



# VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

148



## GRANDES PSIQUIATRAS ARGENTINOS

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

Volumen XXX – N° 148 Noviembre – Diciembre 2019 – ISSN 0327-6139 – Buenos Aires

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

#### Comité Científico

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

#### Comité Editorial

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

#### Corresponsales

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

#### Corresponsales en el Exterior

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

#### Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

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

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXX Nro. 148 NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2019

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

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

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

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

Corrección técnica de textos:  
Natalia Fuertes

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

Impreso en:  
Imprenta Ya,  
Av. Mitre 1761 - Florida  
Buenos Aires, Argentina

## SUMARIO

VERTEX  
*Revista Argentina  
de Psiquiatría*

Aparición  
Bimestral

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

Para consultar  
listado completo  
de números anteriores:  
[www.editorialpolemos.com.ar](http://www.editorialpolemos.com.ar)

*Ilustración de tapa  
Sandra Butera  
"Espiral"  
2016  
50 x 50 cm  
Acrílico sobre tela  
[sandrabutera@hotmail.com](mailto:sandrabutera@hotmail.com)*

### REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Tratamiento del Trastorno límite de la personalidad con antagonistas opioides: buprenorfina, nalmefeno, naloxona y naltrexona en el tratamiento de síntomas disociativos, automutilaciones y conducta suicida**

María Cecilia García pág. 405

- **Síndrome pseudobulbar en pacientes con accidente cerebrovascular en Argentina**

Matías Alet, Constanza Segamarchi, Santiago Claverie,  
Leonardo González, Sandra Lepera, Raúl Rey pág. 415

- **Duración de las internaciones psiquiátricas: una caracterización clínica y socio-demográfica**

Damián Chebar, Patricio Alba, Héctor Alarcón, Guillermo Fassi,  
Valeria Losanovsky Perel, Silvina Mazaira, Diego J. Martino pág. 420

### DOSSIER

#### GRANDES PSIQUIATRAS ARGENTINOS

##### Introducción

pág. 427

A. Ameghino, R. Arditi Rocha, G. Bermann,  
J.T. Borda, G. Bosch, E. Bringas Núñez,  
D. Cabred, R. Camino, L. Ciampi, J. Dalma,  
F. De Veyga, N. Feldman, R. H. Etchegoyen,  
J. García Badaracco, M. Goldenberg, J. Ingenieros,  
C. Jakob, A. Korn, E. E. Krapf, O. Loudet,  
L. Meléndez, B. Moyano, J. M. Obarrio,  
E. R. Olivera, C. R. Pereyra, E. Pichon Rivière,  
J. M. Ramos Mejía, T. Reza, C. Tobar García, G. Vidal

pág. 429

### EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Samuel Gache y su tesis sobre la psicopatología**

Juan Carlos Stagnaro pág. 454

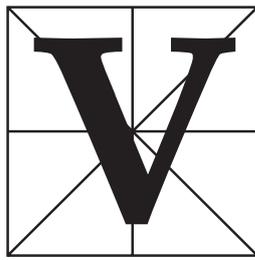
- **Estudio de Psicopatología**

Samuel Gache pág. 456

### LECTURAS Y SEÑALES

- **Construyendo los caminos del GIA. Un recorrido interdisciplinario por los Grupos Institucionales de Alcoholismo**

Diana Kordon pág. 479



### EDITORIAL



*comienzos del año en esta columna editorial hicimos estado de la equivocada y lamentable decisión del gobierno nacional que había ordenado la degradación de varios ministerios nacionales de importancia clave para el desarrollo del país a la categoría de Secretarías de Estado.*

*En las elecciones nacionales del mes de octubre cambiaron las autoridades y el nuevo signo político de los ganadores de la contienda trajo un saludable cambio de concepto respecto del tema. Fue así que inmediatamente después del evento fue anunciada la composición de la nueva estructura de gobierno y los argentinos recibimos la feliz noticia de la creación de nuevos ministerios que deben atender problemáticas acuciantes como Vivienda y hábitat y Mujeres, género y diversidad; y la reposición de los ministerios correspondientes a las áreas de Trabajo, Agricultura, ganadería y pesca, Ambiente y desarrollo sostenible, Turismo y Deportes y, muy especialmente por su importancia en los temas que nos competen como psiquiatras los de Salud, Ciencia, tecnología e innovación y Cultura. Pasan así a tener la posibilidad de recuperar la categoría de políticas de Estado los objetivos de desarrollo que tanto reclamamos.*

*No obstante, como cada nuevo funcionario se ocupó de señalar, la gestión del gobierno anterior dejó un resultado muy problemático y será tarea de las nuevas autoridades y resultado del esfuerzo popular que se enderecen muchos estamentos y planes en las áreas mencionadas, se reorganicen los que fueron suprimidos, y se lancen otros necesarios para retomar un camino de crecimiento nacional con equidad y justicia.*

*En el área específica de la Salud Pública la tarea será muy grande y compleja, y en el sector particular de la Salud Mental aún más. Esto es así porque nada se hizo en los últimos años más que intentar manejar erráticamente la crisis de recursos financieros, agravada por la carencia de sensibilidad ante el desolador panorama socio-económico por todos conocido.*

*El proyecto de Ley de Solidaridad Social y Reactivación Productiva enviado al Congreso de la Nación por el nuevo poder Ejecutivo incluye un capítulo de declaración de Emergencia Sanitaria, que suma facultades al Ministerio de Salud e impulsa la interacción con otros ministerios y áreas de gobierno. Los puntos principales en materia de salud son, entre otros: hacer cumplir la Ley N° 27.491 de control de enfermedades prevenibles por vacunación (el país sufre el peor brote de sarampión tras 19 años sin casos autóctonos, por deficiencias en la compra y distribución de vacunas); procurar el suministro de medicamentos esenciales para tratamientos ambulatorios a pacientes en condiciones de alta vulnerabilidad social; monitoreo por el Ministerio de Salud de los precios de medicamentos e insumos en el sector y autorización para la importación directa frente a posibles problemas de disponibilidad o alzas; garantizar el acceso a medicamentos e insumos esenciales para la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas y crónicas no trasmisibles; asegurar a los beneficiarios del PAMI y del Sistema Nacional del Seguro de Salud, el acceso a las prestaciones médicas esenciales; conformar y convocar al Consejo Nacional Consultivo de Salud para identificar, evaluar y aplicar acciones con el fin de paliar las necesidades básicas y consensuar políticas públicas para promover la equidad en la atención de Salud, con base en la Estrategia de Atención Primaria de Salud.*

*En suma, un conjunto de facultades esenciales para empezar a enderezar la situación sanitaria que espera con urgencia nuestra comunidad. ■*

**Juan Carlos Stagnaro**

## REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio [www.editorialpolemos.com.ar](http://www.editorialpolemos.com.ar)

## MÉTODO DE ARBITRAJE

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

## TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2019

**Vertex 143 / Enero - Febrero**  
**PERSPECTIVAS EN**  
**PSICOFARMACOLOGÍA**

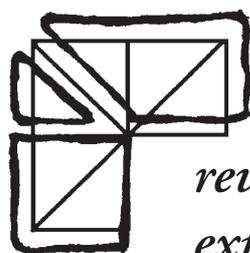
**Vertex 144 / Marzo - Abril**  
**TESIS ARGENTINAS DE PSIQUIATRÍA**  
**DE FINES DEL SIGLO XIX**

**Vertex 145 / Mayo-Junio**  
**CORRIENTES ACTUALES DEL**  
**PENSAMIENTO PSICOSOMÁTICO**

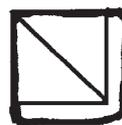
**Vertex 146 / Julio-Agosto**  
**DROGAS Y ALCOHOL**

**Vertex 147 / Septiembre-Octubre**  
**TESTS, ESCALAS, CUESTIONARIOS**  
**E INVENTARIOS EN PSIQUIATRÍA**

**Vertex 148 / Noviembre-Diciembre**  
**GRANDES PSIQUIATRAS**  
**ARGENTINOS**



revista de  
experiencias  
clínicas y neurociencias



# Tratamiento del Trastorno límite de la personalidad con antagonistas opioides: buprenorfina, nalmefeno, naloxona y naltrexona en el tratamiento de síntomas disociativos, automutilaciones y conducta suicida

María Cecilia García<sup>1</sup>

1. Médica Especialista en Psiquiatría. Médica de Planta en Hospital Aeronáutico Central. Jefa de Residentes en Hospital Militar Campo de Mayo. Vicepresidenta del Capítulo de Juego Patológico y otras Adicciones Conductuales de APSA. Miembro permanente en el Capítulo de Psicotrauma de APSA.

Autor correspondiente: María Cecilia García, E-mail: cecigarcia@gmail.com

---

## Resumen

**Objetivo:** El sistema opioide juega un rol importante en la modulación del ánimo, la recompensa y el dolor, encontrándose inestable en personas con Trastorno Límite de la Personalidad. Analizamos la evidencia sobre la eficacia del uso de fármacos que en alguna medida antagonizan a los opioides, en el tratamiento de síntomas disociativos, automutilaciones y conducta suicida de estos pacientes. **Método:** Se realizó una revisión sistemática de la evidencia publicada, utilizando los motores de búsqueda MEDLINE y LILACS para identificar los artículos de interés. Fueron incluidos artículos con diseño experimental u observacional, que divulguen alguna medida de impacto en muestras de pacientes límites con síntomas disociativos, automutilaciones y conducta suicida. **Resultados:** Se incluyó un total de 8 estudios. La evidencia aporta expectativas interesantes sobre posibles líneas de tratamiento del trastorno. El subgrupo que se vio más beneficiado fue el que presentaba analgesia y mayor número de criterios diagnósticos. **Conclusión:** Se necesitan más estudios de mejor calidad metodológica, en muestras poblacionales más grandes y con control de variables de confusión, que nos permitan realizar una estimación válida para un cálculo de potencia, y así poder arribar a conclusiones más firmes.

**Palabras claves:** Trastorno Límite de la Personalidad - Trastornos disociativos - Conductas autolesivas - Suicidio - Analgesia - Buprenorfina - Nalmefeno - Naloxona - Naltrexona.

TREATMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER WITH OPIOID ANTAGONISTS: BUPRENORPHINE, NALMEFENE, NALOXONE AND NALTREXONE IN THE TREATMENT OF DISSOCIATIVE SYMPTOMS, SELF-MUTILATION AND SUICIDAL BEHAVIOR

### Abstract

**Objective:** Recent theory has proposed that a dysfunction of the opioid system modulates mood, reward and pain; seems to be unstable in people with Borderline Personality Disorder. Our purpose is analyze the evidence on the efficacy of the use of buprenorphine, nalmefene, naloxone and naltrexone, in the treatment of dissociative symptoms, self-mutilation and suicidal behavior of these patients. **Method:** We conducted a systematic search of MEDLINE and LILACS databases, to retrieve relevant articles. Included studies were experimental and observational design of borderline personality samples in which dissociative symptoms, self-mutilation or suicidal behaviour was reported as an outcome and evaluated with some measure of impact. **Results:** A total of 8 studies were reviewed. These provided interesting expectations about possible treatment lines in Borderline Personality Disorder using opioid antagonists. The subgroup most benefited was the one who has analgesia and highest number of diagnostic criteria. **Conclusions:** Studies of higher methodological quality are needed, in larger population samples and using control of confounding variables that allow us to estimate a value power calculation, and thus be able to support firm conclusions.

**Keywords:** Borderline personality disorder - Dissociative disorders - Selfmutilation - Suicide - Bruprenorphine - Nalmefene - Naloxone - Naltrexone.

### Introducción

El sistema opioide ha sido relacionado con la modulación del ánimo, la recompensa y el dolor, y mediaría algunas características del Trastorno Límite (TLP), especialmente en los fenotipos más propensos a automutilarse y a abusar de sustancias (1-3). En ellos la actividad endopioide se encontraría inestable, hallándose en alta o en baja en diferentes momentos en el mismo paciente. Esto nos hace pensar a sus receptores como dianas terapéuticas interesantes (1) pues podrían ser efectivos ante situaciones con componentes afectivos y emocionales específicos (4). Sus potenciales efectos beneficiosos podrían deberse a: a) antagonismo MOR, reduciendo la analgesia asociada al estrés, bloqueando la activación artificial “en modo supervivencia” ante conductas de riesgo o autolesiones, reduciendo la liberación de dopamina en el núcleo accumbens y estabilizando con su administración continuada los niveles de opioides endógenos; b) antagonismo KOR, reduciendo disforia, estados disociativos y produciendo un efecto antidepressivo; pudiendo atenuar la ingesta de alcohol y sustancias psicoactivas.

Los fármacos buprenorfina, nalmefeno, naloxona y naltrexona podrían ser efectivos en el tratamiento de conductas autolesivas no suicidas (NSSI), suicidas y síntomas disociativos en pacientes límite. Indagamos en su posible utilidad analizando la evidencia publicada.

### Objetivos

**Primario:** analizar la evidencia sobre de la eficacia del uso de buprenorfina, nalmefeno, naloxona y naltrexona en el tratamiento de automutilaciones, conducta suicida y síntomas disociativos de los pacientes con TLP.

**Secundario:** identificar el perfil de pacientes con mejor respuesta a estos fármacos.

### Metodología

Para responder estos interrogantes se realizó una revisión

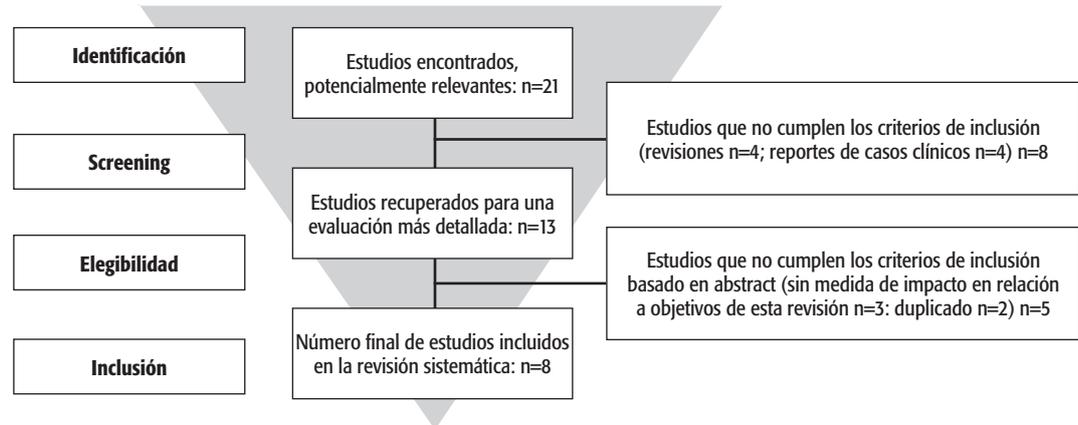
sistemática de la evidencia publicada hasta mayo del 2019, utilizando los motores de búsqueda MEDLINE y LILACS para identificar los artículos de interés. Las búsquedas se realizaron utilizando los siguientes ítems: “borderline personality disorder” [MeSH]; más uno de los siguientes: “dissociative disorders” [MeSH], “dissociative”, “dissociation”, “selfmutilation” [MeSH], “self injuries”, “injury”, “wounds and injuries” [MeSH], “self-injurious behaviour” [MeSH], “self injurious”, “self-mutilation disorder”, “suicid\*” [All Fields] y uno de los siguientes: “buprenorphine” [MeSH], “nalmefene” [MeSH], “naloxone” [MeSH] y “naltrexone” [MeSH]. Fueron consideradas todas las investigaciones que reunieron los criterios de inclusión, estos fueron: 1) artículo original; 2) diseño experimental u observacional; 3) diagnóstico de TLP; 4) que divulgue alguna medida de impacto en relación a nuestros objetivos. Los criterios de exclusión fueron: 1) estudio duplicado; 2) reporte de casos clínicos; 3) revisión; 4) que no analice la relación entre los fármacos que antagonizan al sistema opioide y las conductas autolesivas, suicidas o síntomas disociativos; 5) personas con trastornos del neurodesarrollo o psicóticos. De los artículos seleccionados, se revisaron adicionalmente referencias y publicaciones citadas para identificar cualquier documentación adicional de relevancia.

### Resultados

La búsqueda inicial arrojó 21 resultados de los cuáles se eliminaron aquellos que no cumplían los criterios de inclusión. Fueron eliminados 4 artículos por tratarse de revisiones, 4 por tratarse de reportes de casos clínicos, 3 estudios cuyas medidas de impacto no se condecían con nuestros objetivos y 2 estudios duplicados.

Finalmente, se incluyeron 8 estudios en esta revisión con un total de 187 pacientes tratados con estos fármacos (Figura 1). En general, los estudios fueron realizados en población femenina, presentando un reducido tamaño muestral. El tiempo de duración promedio fue de 6 semanas, excepto uno de los ensayos que duró 3 días (5).

**Figura 1.** Diagrama de flujo de la búsqueda sistemática de la evidencia publicada en la literatura respecto al tratamiento de conductas autolesivas con antagonistas opioides, 2019.



La Tabla 1 describe los 8 artículos seleccionados en esta revisión de la literatura. Dos ensayos utilizaron naloxona (NLX); cuatro, naltrexona (NTX); uno, bupre-

norfina (BPF) y otro, nalmefeno (NMF). La mitad de los estudios utilizó comparador con placebo, siendo dos de ellos de asignación cruzada.

**Tabla 1.** Autores, Año de Publicación, País, Grupo Diagnóstico, Características de la Muestra, Tratamiento, Comparador, Duración, Diseño, Medidas Clínicas Evaluadas y Hallazgos clave de ocho estudios incluidos en esta revisión sobre tratamiento con fármacos que antagonizan el sistema opioide en el TLP, 2019

| Autor        | País | Grupo                          | Muestra              | Mujeres | Tratamiento             | Comparador                | Duración           | Diseño   | Medidas clínicas/ Escalas  | Hallazgos clave  |
|--------------|------|--------------------------------|----------------------|---------|-------------------------|---------------------------|--------------------|--|--|--|
| Russ (1994)  | EEUU | TLP                            | N=11<br>19 a 41 años | 100%    | NLX EV<br>2 mg/día      | Placebo (solución salina) | 3 días             | Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, controlado | Perfil de los estados de ánimo (POMS), Escala propia de intensidad del dolor y malestar.                 | El grupo TLP con analgesia ante NSSI, experimentó más dolor después de NLX. POMS no disminuyó, pero ante la aplicación de un estímulo doloroso mejoraron las puntuaciones de depresión [F(4,36) = 2,88, p = 0,04] y tensión/malestar [F(4,36) = 3,42, p = 0,02]. NLX atenuó la mejoría de la disforia post NSSI.   |
| Sonne (1996) | EEUU | TLP                            | N=5<br>26 a 36 años  | 100%    | NTX VO<br>50-100 mg/día | Ninguno                   | 3 semanas          | Ensayo clínico no controlado, no ciego               | Escala de Yale-Brown para trastornos obsesivos compulsivos (YBOCS) modificada para ideas obsesivas NSSI. | El 80% dejó de autolesionarse, disminuyendo: NSSI/día 60% (x: S1 28%, S2 11%, S3 26%), NSSI [(S1 2,0, S2 0,4, S3 1,8%), (t=4,0, p<0,05)], pensamientos NSSI/día en S2 comparada con S3 (t=2,16, p<0,05) y de S2 comparada con S1 (t=2,37, p<0,05), aumento en S3 (t=6,07, p<0,05). YBOCS disminuyó (t=3,69, p>0,05). Al discontinuar NXT, aumentaron NSSI e YBOCS. Sugiere rebote. |
| Roth (1996)  | EEUU | NSSI en TLP y otros trastornos | N=7,<br>18 a 50 años | 100%    | NTX VO<br>50 mg/día     | Ninguno                   | Media 10,7 semanas | Ensayo abierto, no controlado, no ciego              | Escala propia evaluando NSSI, analgesia, disforia, tensión interna.                                      | En todos los pacientes disminuyeron NSSI, analgesia y disforia. El 85,7% de los pacientes dejaron de autolesionarse. Al suspender NTX 42.8% reanudó NSSI.  |

| Autor                | País     | Grupo                           | Muestra                          | Mujeres | Tratamiento                              | Comparador | Duración  | Diseño  | Medidas clínicas/<br>Escala  | Hallazgos clave  |
|----------------------|----------|---------------------------------|----------------------------------|---------|--|------------|-----------|---|--|--|
| Bohus (1999)         | Alemania | TLP                             | N=13<br>17 a 47 años             | 100%    | NTX VO<br>25-100 mg/día                  | Ninguno    | 2 semanas | Ensayo clínico abierto, no controlado. Dos grupos, superposición de 5 pacientes | Cuestionario autoadministrado evaluando disociación, analgesia, tensión e inmovilidad (DAISS, no publicada), flashbacks.   | Redujo: severidad de los eventos disociativos por DAISS (4.5±1.6 a 2.6±1 p0.01) y su duración (de 29±14% a 13%±7% p0.003); inmovilidad (4.3±2.2 a 1.8±1.3 p0.002) y su duración (de 26±19% a 9%±8% p0.006); analgesia (4.4±2,1 a 3±1,4 p0.078) y su duración (44%±21% a 30%±14% p0,101 ns). Pacientes con síntomas más severos, se beneficiaron con dosis menores. La mayoría experimentó una disminución en la cantidad de flashbacks por día por protocolo para flashbacks (6.3±6.3 a 2.5±3.7 p0.38) y por DAISS (4.5±2.7 a 3.5±2.8 p0.171) y su duración (24%±27% a 17%±20% p0.132), con correlación positiva dosis/efecto. |
| Philipsen (2004)     | Alemania | TLP                             | N=9,<br>25 a 43 años             | 100%    | NLX EV<br>0,4 mg tras evento disociativo | Placebo EV | 6 semanas | Ensayo clínico controlado, aleatorizado, doble ciego, cruzado                   | Escala de Estados Disociativos (CADSS), de autoevaluación (DSS), de experiencias disociativas (DES) y de disociación somatomorfa (SDQ-20), Inventario de depresión de Beck y Hamilton. | No fue superior a placebo en estados disociativos agudos. Correlación entre criterios para TLP y mejoría sintomática. 44% respondió a NLX, de los cuales el 25% también lo hizo a placebo, 22% respondió sólo a placebo. Severidad de los síntomas fue significativamente menor tras la inyección (F1.8=10.5, p<0.05 para DSS y F1.8=21.2, p<0.01 para CADSS), lo cual podría implicar un efecto antidisociativo de la vía inyectable.   |
| Schmahl (2012)       | Alemania | TLP                             | N=29<br>18 a 44 años             | 100%    | NTX VO<br>50-200 mg/día                  | Placebo    | 8 semanas | 2 ensayos controlados, aleatorizados doble ciego, cruzado                       | Escala de experiencias de disociación, de ansiedad de Hamilton, de depresión de Beck y Hamilton, BSL-23.   | En ambos ensayos, los datos fueron algo a favor de la NTX con respecto a la intensidad y la duración de los síntomas disociativos, que fueron más altos con placebo (en estudio 1, d = 0,13 y 0,09; en estudio 2, d = 0,41 y 0,24, tamaño del efecto en intensidad y duración, respectivamente).   |
| Yovell (2016)        | Israel   | Ideación Suicida en TLP y otros | N=88<br>18 a 65 años<br>TLP N=34 | 72,2%   | BPF SL<br>0,8 mg/día                     | Placebo    | 4 semanas | Ensayo clínico controlado aleatorizado  | Escala de Beck ideación suicida (BSSI), de Depresión II de Beck, de probabilidad de riesgo suicida (SPS), Sufrimiento (ítem 25).   | Disminuyó Ideación Suicida de Beck semana 2 (diferencia media=24.3, 95% IC=28,5, 20,2; p=0.04) y al final de la semana 4 (diferencia media=27,1, IC del 95% = 212.0, 22.3; p=0.004); SPS diferencia media = 210.4, IC 95%=219.7,21.0; p=0.03). Ítem 25 (diferencia media=20.8, IC 95% = 21.5, 20.7; p=0.03).   |
| Martín-Blanco (2017) | España   | TLP                             | N=25<br>media 34.60 años         | 93%     | NMF VO<br>18 mg/día                      | Ninguno    | 8 semanas | Ensayo abierto, no controlado, no ciego   | Inventario de síntomas borderline (BSL-23), Impresión clínica global (ICG-TLP).  | Redujo el consumo de alcohol y escalas clínicas del TLP. Todos los dominios sintomáticos mostraron mejora, excepto la ideación paranoide. BSL-23 semana 0: 54.25; semana 8: 42.95; ICG-TLP semana 0: 4.80; semana 8: 3.25.   |

## Análisis por fármacos

La Tabla 2 resume sus características principales.

**Tabla 2.** Fármacos antagonistas opioides con sus características principales (receptores a los que se acoplan, vía de administración y dosis posible para TLP [SL, sublingual, EV, endovenosa; IM, intramuscular, SC, subcutánea], metabolismo, unión a proteínas (UP), indicaciones habituales (en gris) e indicaciones posibles para TLP (en negrita)

|                     |  |                  |   |                 |  |                   |   |
|---------------------|--|------------------|---|-----------------|--|-------------------|---|
|                     | <p><b>Agonista parcial MOR</b><br/><b>Antagonista KOR</b><br/>vía SL 0.8mg/6-8hs<br/>CYP3A4<br/>UP 96%</p> |                  | <p><b>Antagonista MOR y DOR</b><br/><b>Agonista parcial KOR</b><br/>vía oral 18mg/día<br/>UGT2B7<br/>UP 30%</p> |                 | <p><b>Antagonista MOR, DOR, KOR</b><br/>vía EV, IM, SC<br/>0,4mg/dosis<br/>Citosólico<br/>UP 32% a 42%</p> |                   | <p><b>Antagonista MOR, DOR, KOR</b><br/>vía oral 50mg/día<br/>Citosólico<br/>UP 21% a 28%</p> |
| <b>Buprenorfina</b> | <p>Dependencia a opiáceos</p> <p>Analgésia</p>   | <b>Nalmefeno</b> | <p>Intoxicación por opiáceos</p> <p>Dependencia de alcohol</p>  | <b>Naloxona</b> | <p>Intoxicación por opiáceos</p> <p>Prueba previa a naltrexona</p>   | <b>Naltrexona</b> | <p>Dependencia a opiáceos y alcohol</p>   |
|                     | <p><b>Ideación Suicida y Síntomas depresivos</b></p>   |                  | <p><b>Reducción NSSI y dominios sintomáticos del TLP</b></p>  |                 | <p><b>Disminución de analgesia y NSSI</b></p>  |                   | <p><b>Disminución de síntomas disociativos y NSSI</b></p>                                     |

### Buprenorfina

Tiene un perfil farmacodinámico complejo: es agonista parcial MOR y potente antagonista KOR. A su vez, sus propiedades dependen de la dosis y vía de administración (6). Podría ser eficaz en pacientes deprimidos y suicidas. Su acción parece adaptarse mejor al perfil del subgrupo TLP con síntomas afectivos relacionados con sentimientos dolorosos de abandono y rechazo. A dosis bajas sería menos activo sobre síntomas neurovegetativos y otros relacionados con la disminución del tono hedónico; además, atenuaría la hiperactivación del sistema pánico endorfinérgico (7, 8).

En un ensayo clínico controlado (7) ( $n=88$ ) se obtuvo una reducción significativa de la ideación suicida grave, 4 veces mayor que con placebo. Esta diferencia se acentuó con el transcurso del tratamiento (mayor a las 4 semanas). La respuesta de la ideación suicida del TLP fue un 20% mayor que la de sujetos melancólicos.

### Nalmefeno

Es un modulador selectivo del sistema opioide: antagonista MOR y DOR, y agonista parcial KOR (9). En el TLP podría reducir la hipersensibilidad del sistema

opioide ante NSSI bloqueando la estimulación del circuito de refuerzo y recompensa. Además, podría disminuir la gravedad de la sintomatología clínica del TLP en todas sus dimensiones, excepto en ideación paranoide.

En un ensayo clínico abierto ( $n=25$ ) (10) se obtuvo una reducción significativa del consumo de alcohol, con mejoría de todos los dominios sintomáticos medidos por BSL-23 y ICG-TLP: descenso significativo del 21% de la puntuación global de BSL-23, del 32.3% de la ICG-TLP y del 68% en la escala de consumo excesivo de alcohol (HDD), del 78,5% para NSSI, del 38% en la impulsividad, 33% en la ira e inestabilidad afectiva, 30% en la sensación de vacío, 25% la ideación suicida, 20% la sensación de abandono y de 15.5% la puntuación para alteraciones de la identidad.

### Naloxona

Es un antagonista opiáceo competitivo inespecífico de receptores MOR, DOR y KOR, por lo cual dificulta la actividad de los opioides. Podría reducir hipersensibilidad del sistema opioide ante NSSI. Disminuiría la analgesia relacionada con el estrés en pacientes que la presentan, lo cual contribuiría a limitar la producción de autolesiones. Se estima que habría mayor respuesta

mientras más criterios para TLP cumplan los pacientes.

Un estudio (5) la utilizó en dosis de 2mg EV (n=11) obteniendo una reducción numérica pero no significativa de la analgesia en los pacientes con NSSI. Otro ensayo (n=9) (11) comparó 0.4mg EV de NLX con placebo, observando una reducción numérica pero no significativa de eventos disociativos agudos.

### **Naltrexona**

Es un antagonista opiáceo competitivo inespecífico de receptores MOR, DOR y KOR, dificultando la actividad de los opioides. Podría ser eficaz para síntomas disociativos, reduciendo la cantidad de eventos disociativos por día, su intensidad, duración y la inmovilidad o parálisis; la cantidad de *flashbacks* al día, su intensidad y duración; y la analgesia relacionada con el estrés. Además, podría ser eficaz en NSSI al disminuir la hipersensibilidad del sistema opioide y, como consecuencia, las conductas por sí mismas y su refuerzo.

Quienes se verían más beneficiados son los pacientes con más criterios diagnósticos, aún en dosis de 50 mg/día. Su administración oral de manera continua sería más eficaz que la aplicación EV o SC de NLX en agudo. Además, es probable un efecto rebote al suspenderla abruptamente.

Un estudio (n=13) (12) observó una reducción significativa del 50% en la cantidad de eventos disociativos por día, 42% en su intensidad y 58% en la parálisis asociada a estos. Si bien, para otra investigación (n=29) (13) el descenso no fue significativo (aunque sí numérico) de 31% en la intensidad de los eventos y 41% en la parálisis asociada.

También redujo la frecuencia de *flashbacks* un 60% respecto a la cantidad de episodios, 22% en su intensidad y 29% en su duración (n=13) (12). Si bien en otro ensayo estas diferencias fueron menores y no significativas, del 11% en cantidad y del 13% en su duración (13).

Respecto a la analgesia relacionada con el estrés, un estudio observó que todos los pacientes experimentaron dolor ante la intervención con NTX (n=7), y una reducción no significativa de 50% su intensidad y 30% su duración (n=13) (12).

Un ensayo (n=5) (14) observó una disminución significativa de 50% en las ideas NSSI, se redujeron 3 veces los actos y conductas de automutilación (un 75%), el 80% de los pacientes dejaron de hacerlo mientras duró la intervención, y el 20% restante redujo al 60% su cantidad. Otro (15) observó que el 87,5% de los pacientes dejaron de autolesionarse, reduciendo además el alivio emocional ante las NSSI (n=7). En otro ensayo (13) estas diferencias no fueron significativas pero sí numéricas (n=29). Un estudio observó una diferencia significativa de la disforia (n=7) (15), si bien otro halló una reducción numérica pero no significativa (n=29) (13).

## **Análisis orientado a los síntomas**

Estos resultados se esquematizan sintéticamente en la Tabla 3.

**Tabla 3**

### **Síntomas disociativos**

- ↓ eventos disociativos (intensidad y duración)
- ↓ inmovilidad
- ↓ flashbacks
- ↓ analgesia

Más beneficio cuanto mayor es la sintomatología

Más beneficio mientras más criterios diagnósticos

### **Autolesiones**

- ↓ cantidad de NSSI
- ↓ pensamientos NSSI

Más beneficiado quien cumpla más criterios diagnósticos

### **Ideación suicida**

- ↓ de escala SPS

Más efectivo contra ideación suicida del límite que en melancólicos

### **Síntomas depresivos**

- ↓ de puntuación de Escala de Beck
- ↓ de desesperanza

### **Síntomas disociativos**

Se correlacionan con experiencias de tensión interna aversiva y conductas autolesivas no suicidas. De hecho, los pacientes utilizan las NSSI empíricamente para finalizar las experiencias disociativas. Los antagonistas opioides completos han demostrado resultados interesantes en el tratamiento de los síntomas disociativos. Se ha observado que NLX y, específicamente NTX, podrían ser eficaces en el control de eventos de despersonalización y desrealización. Todos los ensayos clínicos que han intentado valorar su eficacia, han obtenido reducción en esta sintomatología. Si bien no ha sido posible arribar a conclusiones firmes los resultados son sugerentes:

- Reducción en la cantidad de eventos disociativos por día, su intensidad, duración y la parálisis o inmovilidad tónica. Un estudio (n=13) (12) observó que a partir del tercer día todos los pacientes redujeron significativamente los eventos disociativos: 42% su intensidad, 55%

su duración, 50% la cantidad de eventos reportados por día y 58% la parálisis. En esta línea, otros investigadores (13) diseñaron un ensayo clínico con mayor rigurosidad (n=29) controlando confundidores como la reducción espontánea de los síntomas disociativos a lo largo del tiempo y el efecto placebo, obteniendo resultados algo a favor de la NTX respecto a su intensidad y duración (pero en menor medida que los estudios previos). Observaron una reducción numérica no significativa del 31% y del 41% respectivamente. Con NLX administrada en dosis única (n=9) no se observaron diferencias significativas respecto a la reducción de eventos disociativos (44%) comparándola con placebo (33%) (11). En este ensayo, la severidad de la sintomatología fue significativamente menor ante ambas intervenciones sugiriendo que esto podría deberse al efecto de la aplicación del inyectable (la experiencia dolorosa podría interrumpir el estado disociativo, actuando como las NSSI).

- *Reducción en la cantidad de flashbacks* al día, su intensidad y duración. Un estudio (n=13) obtuvo una disminución significativa del 60% en la cantidad de episodios por día, 22% su intensidad y 29% su duración, con una correlación positiva dosis/efecto (12). En otro ensayo (n=29) (13) ésta fue menor (11% en la cantidad y 13% su duración).

- *Reducción en la analgesia relacionada con el estrés*, impactando sobre las NSSI ya que, al intentar autolesionarse, sentirían dolor y detendrían su conducta. Un estudio (n=11) (5) comprobó que los pacientes con analgesia, la redujeron en un 14% tras la intervención con NLX. Con NTX se obtuvieron resultados similares: los 7 pacientes que se incluyeron en un estudio (15) experimentaron dolor a partir de su administración. En otro (n=13) la analgesia se redujo en menor medida (50% su intensidad, 30% su duración) (12).

- *El impacto en las alteraciones sobre la autopercepción no están del todo claras*, y deberían ser estudiadas con especificidad. El NMF redujo las alteraciones de la identidad en pacientes TLP (n=25) medidos por ICG-TLP siendo más notoria a las 8 semanas de tratamiento (10).

- *El beneficio sería directamente proporcional a la severidad del TLP* siendo mayor en los pacientes que cumplan más criterios diagnósticos por DSM (11, 12).

- Sería más eficaz la administración oral continuada que en agudo (11, 12).

### Conductas autolesivas no suicidas

El mecanismo por el cual disminuirían las NSSI sería doble: debido a la reducción de la analgesia durante la automutilación, eliminando además el alivio de la tensión interna y la disforia, desarticulando el sistema de refuerzo y recompensa mediado por opioides y dopamina. Estos serían:

- *Reducción en las NSSI*, disminuyendo la hipersensibilidad de los opioides a estas conductas y, por lo tanto, su refuerzo negativo. En un estudio (n=5) el 80% de los pacientes dejaron de autolesionarse y el 20% restante disminuyó un 60% la cantidad de días que lo hicieron, lo

cual fue más notorio con la administración continuada de NTX (14). Resultados similares obtuvo otro (15) en el cual disminuyó la frecuencia de NSSI (n=7), el 85,7% de los pacientes dejaron de autolesionarse mientras duró la intervención, reduciendo además el alivio emocional ante estas conductas. Sin embargo, un ensayo que tomó las NSSI como objetivo secundario a la intervención con NTX, no observó diferencias significativas en comparación con placebo (n=29) (13). Muchos sujetos que presentaban NSSI antes o después de los episodios disociativos, al reducirse éstos con la administración de fármacos, redujeron también las autolesiones (11). Existen, además, algunos reportes de casos que expresan resultados positivos en pacientes TLP con estas conductas (16-18).

El NMF disminuyó significativamente las NSSI (n=25) en un 78,5% y la impulsividad en un 38% (10) medidas por BSL-23 e ICG-TLP, siendo más notorio a la 8va semana de tratamiento.

- *Reducción en la cantidad de pensamientos vinculados a autolesionarse*, impactando secundariamente en el número y frecuencia de NSSI. Tras la administración de NTX (n=5) disminuyeron a la mitad los pensamientos de automutilación (medido por YBOCS modificada para ideas obsesivas y automutilación) (14).

- *Pacientes con más criterios diagnósticos, se verían más beneficiados* al utilizar NTX, en dosis de 50 mg/día. La administración continua de NTX sería más eficaz que la aplicación de NLX en agudo.

- *Se estima un efecto rebote* al suspender abruptamente NTX, por lo que su discontinuación debería ser gradual (especialmente en pacientes que se autolesionan). Un estudio (n=5) (14), evidenció un aumento de 6.7 veces el número de pensamientos NSSI y en otro (n=9) (15) quienes que suspendieron la medicación (n=2) se autolesionaron.

- *Podría existir un confundidor ante la intervención con fármacos que utilicen la vía EV, IM o SC para su administración*. Los inyectables podrían resultar en una situación que, al generar dolor, active la vía de los opioides endógenos, disminuyendo por sí misma las NSSI y los síntomas disociativos (n=9) (11).

### Ideación suicida

En el TLP el efecto de reducción en la ideación suicida podría deberse a una atenuación del sistema pánico endorfinérgico (7, 8, 19). De los estudios que evaluaron esta dimensión, resulta:

- *Reducción en la ideación suicida* con BPF a dosis bajas de 0.8mg/día SL (n=88) (7). Disminución significativa en la ideación suicida grave medida por SPS (4 veces mayor que con placebo), diferencia que se incrementó a favor de esta intervención hacia el final de la 4ta semana de tratamiento. Sería más efectivo contra la ideación suicida atípica de los pacientes límite que para la de sujetos melancólicos, con un índice de respuesta un 20% mayor. Además, obtuvo una reducción numérica (no significativa) de la Escala de Beck para suicidio.

El NMF redujo en un 25% la ideación suicida en pacientes límite (n=25) medido por ICG-TLP, siendo esta diferencia significativa y más notoria a medida que avanzó el tratamiento (10).

### *Síntomas depresivos*

Al utilizar BPF como intervención en 88 pacientes, se obtuvo un descenso en la Escala de Depresión de Beck y en el grado de desesperanza, si bien estas diferencias no fueron significativas al compararlas con placebo. Pero cuando esto se evaluó a través de la Escala de Ideación Suicida de Beck y la pregunta 25 sobre sufrimiento subjetivo de la SPS, se plasmó una diferencia significativa a favor de la eficacia de la BPF sobre placebo (7).

No se observaron diferencias significativas en las puntuaciones para depresión medidas por POMS con NLX (5); tampoco en las escalas de Depresión de Beck ni de Hamilton. Un estudio (n=7) observó una disminución de la disforia con NTX, si bien no la cuantificó (15); en otro (n=29) no evidenciaron diferencias significativas al tomar las escalas de Depresión de Hamilton y Beck (13).

### **Evaluación de calidad de los estudios**

Para evaluar la calidad de los estudios, se realizó inicialmente la escala de Jadad por su sencillez y practicidad, siendo sus parámetros de valoración: asignación aleatoria con métodos adecuados, enmascaramiento y descripción o no de las pérdidas y retiradas del estudio. Se aplicó a todos los ensayos, siendo 4 estudios de buena calidad con puntuación mayor a 3 y 4 de baja calidad. Se mensuran los resultados en la Tabla 4.

Además, se trabajó con las "Recomendaciones de las Normas Consolidadas para los Informes de los Ensayos Clínicos" (CONSORT). Es una lista de comprobación de 25 ítems que se consideran críticos para evaluar la transparencia y exactitud de las publicaciones, teniendo en cuenta diseño, ejecución, análisis y resultados de los estudios. La limitación más importante de los estudios fue el tamaño muestral y el no contar con estudios previos que permitan realizar una estimación válida para un cálculo de potencia, por lo cual la posibilidad de generalizar sus conclusiones es restringida. La fuente de financiación de los estudios y los conflictos de interés

**Tabla 4.** Evaluación de los estudios revisados con la "Escala de Jadad"

| <b>Crterios</b>   | <b>Russ<br/>1994</b> | <b>Sonne<br/>1996</b> | <b>Roth<br/>1996</b> | <b>Bohus<br/>1999</b> | <b>Philipsen<br/>2004</b> | <b>Shmahl<br/>2012</b> | <b>Yovell<br/>2016</b> | <b>Martín-Blanco<br/>2017</b> |
|---|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|---------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------------|
| ¿Se describe el estudio como aleatorizado? (*)          | NO                   | NO                    | NO                   | NO                    | NO                        | NO                     | SI                     | NO                            |
| ¿Se describe el estudio como doble ciego? (*)           | SI                   | NO                    | NO                   | NO                    | SI                        | SI                     | SI                     | NO                            |
| ¿Se describen las pérdidas y retiradas del estudio? (*) | SI                   | NO                    | SI                   | SI                    | SI                        | SI                     | SI                     | SI                            |
| ¿Es adecuado el método de aleatorización? (**)          | SI                   | NO                    | NO                   | NO                    | SI                        | SI                     | SI                     | NO                            |
| ¿Es adecuado el método de doble ciego? (**)             | SI                   | NO                    | NO                   | NO                    | SI                        | SI                     | SI                     | NO                            |
| <b>Puntuación</b>                                       | <b>4</b>             | <b>-2</b>             | <b>-1</b>            | <b>-1</b>             | <b>4</b>                  | <b>4</b>               | <b>5</b>               | <b>-1</b>                     |

(\*) SI= 1 / No= 0; (\*\*) SI= 1 / No= -1

de los autores sólo consta en 2 estudios: Schmahl (13) y Yovell (7). Los resultados de la evaluación de esta guía fueron comparables a los realizados por la Escala Jadad.

### Dificultades en la generalización de resultados

Al revisar las bases de literatura científica, los estudios pertinentes son escasos, en muestras poblacionales muy pequeñas, con lapsos breves de tratamiento y seguimiento. Sólo la mitad de los estudios son de buena calidad metodológica.

Pensamos que estas dificultades pueden deberse a múltiples factores: la dificultad diagnóstica de este trastorno y la baja adherencia que podría traducirse en una amplia deserción de los estudios. Además, teniendo en cuenta que se trata de pacientes graves con poca o nula respuesta a tratamientos farmacológicos, podría implicar que las tasas de respuesta no sean equiparables a las de otros trastornos, obteniendo resultados que tal vez no tengan la contundencia que los profesionales de la salud deseáramos. Esto podría resultar en una falta de interés en continuar invirtiendo el tiempo y el esfuerzo que supone realizar investigación de calidad metodológica en grandes grupos poblacionales.

### Conclusiones

Los resultados de la revisión de la literatura si bien no son concluyentes, aportan expectativas interesantes sobre posibles líneas de tratamiento.

De manera sintética podemos concluir que estos resultados parciales son los siguientes:

1. Naltrexona podría reducir los síntomas disociativos de desrealización, despersonalización, analgesia rela-

- cionada con el estrés, inmovilidad tónica y *flashbacks*.
2. Naltrexona, y tal vez nalmefeno, podrían reducir las ideas y conductas autolesivas sin fines suicidas (NSSI).
3. Nalmefeno podría mejorar los dominios clínicos del TLP.
4. Buprenorfina podría mejorar la ideación y conducta suicida del paciente límite y, en menor medida, la sintomatología depresiva.
5. Existe una correlación positiva que implica que el tratamiento a largo plazo es más eficaz que en monodosis.
6. Podría existir un efecto rebote ante la discontinuación abrupta de estos fármacos, por lo que se sugiere su retiro lento y gradual.
7. El perfil de pacientes que podría verse más beneficiado con estos fármacos es el subgrupo que cumpla la mayor cantidad de criterios para TLP y el que presenta analgesia relacionada al estrés.

Para poder arribar a conclusiones más firmes que permitan realizar una estimación válida para un cálculo de potencia, se necesitan más estudios de mejor calidad metodológica: con mayor validez interna, en muestras poblacionales más grandes, con control de variables de confusión que eviten los sesgos al realizar enmascaramiento doble ciego. Esperamos que la investigación continúe y en el futuro podamos contar con mayor evidencia y recursos terapéuticos para abordar la complejidad de estos pacientes.

### Conflicto de interés

El autor declara no presentar conflictos de intereses respecto de este artículo. ■

### Referencias bibliográficas

1. Bandelow B, Schmahl C, Falkai P, Wedekind D. Borderline personality disorder: a dysregulation of the endogenous opioid system? *Psychological review*. 2010;117(2):623-36.
2. Saper JR. Borderline personality, opioids, and naltrexone. *Headache*. 2000;40(9):765.
3. Soloff PH. Psychopharmacology of borderline personality disorder. *The Psychiatric clinics of North America*. 2000;23(1):169-92, ix.
4. Zhao H, Xu H, Xu X. Effects of naloxone on the long-term potentiation of EPSPs from the pathway of Schaffer collateral to CA1 region of hippocampus in aged rats with declined memory. *Brain research*. 2004;996(1):111-6.
5. Russ MJ, Roth SD, Kakuma T, Harrison K, Hull JW. Pain perception in self-injurious borderline patients: naloxone effects. *Biological psychiatry*. 1994;35(3):207-9.
6. Butler S. Buprenorphine-Clinically useful but often misunderstood. *Scandinavian journal of pain*. 2013;4(3):148-52.
7. Yovell Y, Bar G, Mashiah M, Baruch Y, Briskman I, Asherov J, et al. Ultra-Low-Dose Buprenorphine as a Time-Limited Treatment for Severe Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial. *American journal of psychiatry*. 2016;173(5):491-8.
8. Panksepp J, Watt D. Why does depression hurt? Ancestral primary-process separation-distress (PANIC/GRIEF) and diminished brain reward (SEEKING) processes in the genesis of depressive affect. *Psychiatry*. 2011;74(1):5-13.
9. Keating GM. Nalmefene: a review of its use in the treatment of alcohol dependence. *CNS drugs*. 2013;27(9):761-72.
10. Martin-Blanco A, Patrizi B, Soler J, Gasol X, Elices M, Gasol M, et al. Use of nalmefene in patients with comorbid borderline personality disorder and alcohol use disorder: a preliminary report. *International clinical psychopharmacology*. 2017;32(4):231-4.
11. Philipsen A, Schmahl C, Lieb K. Naloxone in the treatment of acute dissociative states in female patients with borderline personality disorder. *Pharmacopsychiatry*. 2004;37(5):196-9.

12. Bohus M, Landwehrmeyer G, Stiglmayr C, Limberger M, Bohme R, Schmahl C. Naltrexone in the treatment of dissociative symptoms in patients with borderline personality disorder: an open-label trial. *Journal of clinical psychiatry*. 1999;60(9):598-603.
13. Schmahl C, Kleindienst N, Limberger M, Ludascher P, Mauchnik J, Deibler P, et al. Evaluation of naltrexone for dissociative symptoms in borderline personality disorder. *International clinical psychopharmacology*. 2012;27(1):61-8.
14. Sonne S, Rubey R, Brady K, Malcolm R, Morris T. Naltrexone treatment of self-injurious thoughts and behaviors. *Journal of nervous and mental disease*. 1996;184(3):192-5.
15. Roth AS, Ostroff RB, Hoffman RE. Naltrexone as a treatment for repetitive self-injurious behaviour: an open-label trial. *Journal of clinical psychiatry*. 1996;57(6):233-7.
16. Griengl H, Sendera A, Dantendorfer K. Naltrexone as a treatment of self-injurious behavior--a case report. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2001;103(3):234-6.
17. Thurauf NJ, Washeim HA. The effects of exogenous analgesia in a patient with borderline personality disorder (BPD) and severe self-injurious behaviour. *European journal of pain* (London, England). 2000;4(1):107-9.
18. McGee MD. Cessation of self-mutilation in a patient with borderline personality disorder treated with naltrexone. *Journal of clinical psychiatry*. 1997;58(1):32-3.
19. Stanley B, Sher L, Wilson S, Ekman R, Huang YY, Mann JJ. Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *Journal of affective disorders*. 2010;124(1-2):134-40.

# Síndrome pseudobulbar en pacientes con accidente cerebrovascular en Argentina

Matías Alet<sup>1</sup>, Constanza Segamarchi<sup>1</sup>, Santiago Claverie<sup>1</sup>,  
Leonardo González<sup>1</sup>, Sandra Lepera<sup>1</sup>, Raúl Rey<sup>1</sup>

1. Sección de Enfermedades Cerebrovasculares, Servicio de Neurología. Hospital "J. M. Ramos Mejía", Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Autor correspondiente: Matías Javier Alet, E-mail: matias.alet@gmail.com

---

## Resumen

**Introducción y objetivo:** El síndrome pseudobulbar se define por episodios involuntarios o exagerados de risa o llanto, posteriores a una enfermedad específica. El síndrome pseudobulbar después del accidente cerebrovascular se reporta entre el 11%-34% de los pacientes. En nuestra población está subdiagnosticado. Determinamos su frecuencia en un grupo de pacientes post-ACV. **Pacientes y métodos:** Estudio observacional prospectivo desde junio/2017 a junio/2018. Se evaluaron dos poblaciones: ACV crónico (Grupo A) y ACV agudo (Grupo B). Se excluyeron pacientes con enfermedad psiquiátrica grave, deterioro cognitivo y/o afasia. Se realizaron las escalas PLACS ("pathological laughing and crying scale") y CNS-LS ("Center for Neurologic Study-Lability Scale"). El síndrome pseudobulbar se definió por criterios diagnósticos más ambas escalas positivas. **Resultados:** Cincuenta pacientes fueron evaluados. El 68% eran hombres. Edad media: 65±12 años. Grupo A: 19 casos y grupo B: 31 casos. PLACS positiva: 21% grupo A y 29% grupo B. CNS-LS positiva: 58% grupo A y 26% grupo B. Ambas escalas positivas en 8 pacientes (2 en crónico y 6 en agudo). Tres de ellos tenían depresión asociada. **Conclusiones:** El síndrome pseudobulbar debe examinarse cuidadosamente luego del ACV. La depresión post-ACV debe diferenciarse de la labilidad emocional por síndrome pseudobulbar. La administración de una sola escala no sería suficiente para la orientación diagnóstica.

**Palabras claves:** Accidente Cerebrovascular - Labilidad emocional - Síndrome pseudobulbar.

PSEUDOBLBAR AFFECT IN STROKE PATIENTS IN ARGENTINA

## Abstract

**Background:** Pseudobulbar affect is defined by involuntary or exaggerated episodes of laughter or crying, subsequent to a specific disease. After-stroke pseudobulbar affect is reported in 11%-34% of patients. In our population is underdiagnosed. Our objective was to determine its frequency in a group of stroke patients. **Patients and methods:** Prospective observational study from June/2017 to June/2018. Two populations were evaluated: chronic stroke (Group A) and acute stroke (Group B). Patients with severe psychiatric illness, cognitive impairment and/or aphasia were excluded. PLACS ("pathological laughing and crying scale") and CNS-LS ("lability scale for pseudobulbar affect") scales were performed. Pseudobulbar affect was defined with diagnostic criteria plus both positive scales. **Results:** Fifty patients were evaluated. Sixty-eight percent were men. Mean age: 65±12 years. Group A: 19 cases and group B: 31 cases. Positive PLACS: 21% group A and 29% group B. Positive CNS-LS: 58% group A and 26% group B. Both positive scales in 8 patients (2 in group A and 6 in group B). Three of them had associated depression. **Conclusions:** Pseudobulbar affect should be screened after stroke. Post-stroke depression is frequent and differential diagnose with emotional lability attributable to pseudobulbar affect must be ruled out. The administration of a single scale would not be sufficient for diagnostic guidance.

**Keywords:** Stroke - Emotion incontinence - Pseudobulbar affect.

## Introducción

El accidente cerebrovascular (ACV) sigue siendo una causa principal de discapacidad a largo plazo en todo el mundo (1). Habitualmente se presta mayor atención a las secuelas motoras e impedimentos físicos. Sin embargo, las discapacidades neuropsiquiátricas también impactan negativamente en la calidad de vida del paciente. Una de esas complicaciones psicosociales del ACV se conoce comúnmente como incontinencia o labilidad emocional, o propiamente como síndrome pseudobulbar (SPB). Este síndrome se define como la incapacidad de expresar adecuadamente las emociones a través de gestos verbales y no verbales. La expresión facial de las emociones más básicas, como la felicidad o la tristeza, requiere una interacción compleja de varias regiones del cerebro, y la interrupción a cualquier nivel de esta red puede conducir a una condición de labilidad emocional y desregulación afectiva (2). Los pacientes con SPB tienen menos control sobre sus afectos, que están notablemente exagerados o inapropiados. Esto crea una tremenda carga psicosocial para los pacientes y cuidadores, conduce a situaciones embarazosas, con disminución en las interacciones sociales y repercusión negativa en su calidad de vida (3).

En Argentina, no hay información sobre este tipo de discapacidad. Por lo tanto, se decidió estudiar una cohorte de pacientes con ACV y evaluar la presencia de SPB en nuestra población.

## Pacientes y métodos

Se realizó un estudio observacional prospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de ACV isquémico o hemorrágico, en el período comprendido entre junio de 2017 y junio de 2018. Se excluyeron los pacientes con enfermedad psiquiátrica severa, deterioro cognitivo severo y/o afasia.

La población se dividió en el Grupo A: ACV crónico, entre 3 y 12 meses (que acudieron a la clínica ambulatoria de ACV); y Grupo B: ACV agudo (que ingresaron en la Unidad de ACV de nuestro centro y fueron evaluados en la primera semana desde el inicio de los síntomas).

En la primera entrevista, se informó a los pacientes de las características y objetivos del estudio, y se obtuvo consentimiento informado por escrito en todos los casos. Se evaluaron los datos demográficos y antecedentes médicos. Los ACV se diferenciaron entre isquémicos o hemorrágicos. Los ACV isquémicos se clasificaron según los criterios de TOAST y la gravedad se definió mediante la escala NIHSS. El territorio vascular afectado se dividió en supratentorial/infratentorial y anterior/posterior.

Se evaluó en cada paciente, familiares y/o cuidadores la manifestación en forma espontánea y luego se indagó en forma dirigida por síntomas compatibles con SPB. Se realizaron las escalas PLACS (*“Pathological Laughing and Crying Scale”*) y CNS-LS (*“Center for Neurologic Study-Lability Scale”*). PLACS se consideró positiva si el paciente obtuvo 13 puntos o más. CNS-LS se consideró positiva si el paciente obtuvo 13 puntos o más. El SPB se consideró presente en aquellos pacientes que cumplieran con los criterios diagnósticos propuestos (Tabla 1) (4) y puntuaran ambas escalas positivas.

**Tabla 1.** Criterios diagnósticos propuestos para síndrome pseudobulbar (\*)

### Criterios esenciales

- El paciente experimenta episodios de expresión emocional involuntaria o exagerada, que incluye risa, llanto u otras manifestaciones emocionales.
  - Los episodios representan un cambio en la reactividad emocional habitual del paciente, son exagerados o incongruentes con el estado emocional subjetivo y son independientes o excesivos en relación el estímulo desencadenante.
  - Los episodios causan malestar clínico significativo, o discapacidad social y/o laboral.
  - Los síntomas no pueden atribuirse a otros trastornos neurológicos o psiquiátricos, o al efecto de sustancias psicoactivas.

### Criterios secundarios

- Los pacientes pueden experimentar cambios autonómicos (por ejemplo, enrojecimiento facial) y signos pseudobulbares (por ejemplo, aumento del tono mandibular, reflejo nauseoso aumentado, debilidad de la lengua, disartria y disfagia).
- Los pacientes pueden mostrar propensión a la ira.

(\*) Criterios diagnósticos adaptados de Miller A, Pratt H, Schiffer RB. Pseudobulbar affect: The spectrum of clinical presentations, etiologies and treatments. *Expert Rev Neurother* 2011;11(7):1077-88

Se administró el inventario de depresión de Beck (IDB) para descartar depresión asociada. Una puntuación mayor o igual a 13 se consideró como un punto de corte para el diagnóstico de depresión. No se consideró presencia de SPB en pacientes con depresión.

El estudio fue presentado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital General "J. M. Ramos Mejía".

El software IBM SPSS Statistics 22.0 se utilizó para analizar los resultados. Las variables categóricas se presentan como números o porcentajes. Las variables cuantitativas se expresan como medias y desviaciones estándar (DE), o medianas y rangos intercuartiles (RIC), según su distribución. Se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas, según corresponda. Las diferencias se consideraron significativas con valores de  $p < 0.05$ .

**Resultados**

Cincuenta pacientes fueron incluidos en el estudio. Treinta y cuatro pacientes (68%) eran hombres. La edad media fue de 65 años (DE ± 12). En el grupo A (ACV crónico), se evaluaron 19 casos y en el grupo B (ACV agudo) 31 casos. En el Grupo A, la mediana de NIHSS en el momento de la evaluación fue de 2 (RIC 0-2) y la mediana de mRS fue de 1. En el Grupo B, la mediana de NIHSS fue de 3 (RIC 2-5). El factor de riesgo vascular más frecuente fue la hipertensión (62%), seguido del tabaquismo (22%) y la dislipidemia (22%).

En pacientes con ACV crónico, PLACS fue positiva en 4 pacientes (21%) y CNS-LS fue positiva en 11 pacientes (58%). Ambas escalas fueron positivas en 2 pacientes (10.5%), y uno de ellos tuvo un IDB positivo. En este grupo, sólo un paciente cumplió con los criterios de diagnóstico de SPB propuestos (Figura 1).

En pacientes con ACV agudo, PLACS fue positiva en 9 pacientes (29%) y CNS-LS fue positiva en 8 pacientes (26%). Ambas escalas fueron positivas en 6 pacientes (19%), y dos de ellos tuvieron un IDB positivo. En este grupo, cuatro pacientes cumplieron los criterios de diagnóstico de SPB propuestos (Figura 1).

En pacientes con SPB, la etiología más frecuente fue la aterosclerosis de grandes vasos y el 75% de ellos tuvo un ACV en el hemisferio derecho. No se encontraron diferencias estadísticas con respecto al sexo, edad, tipo de ACV o NIHSS entre pacientes con o sin SPB.

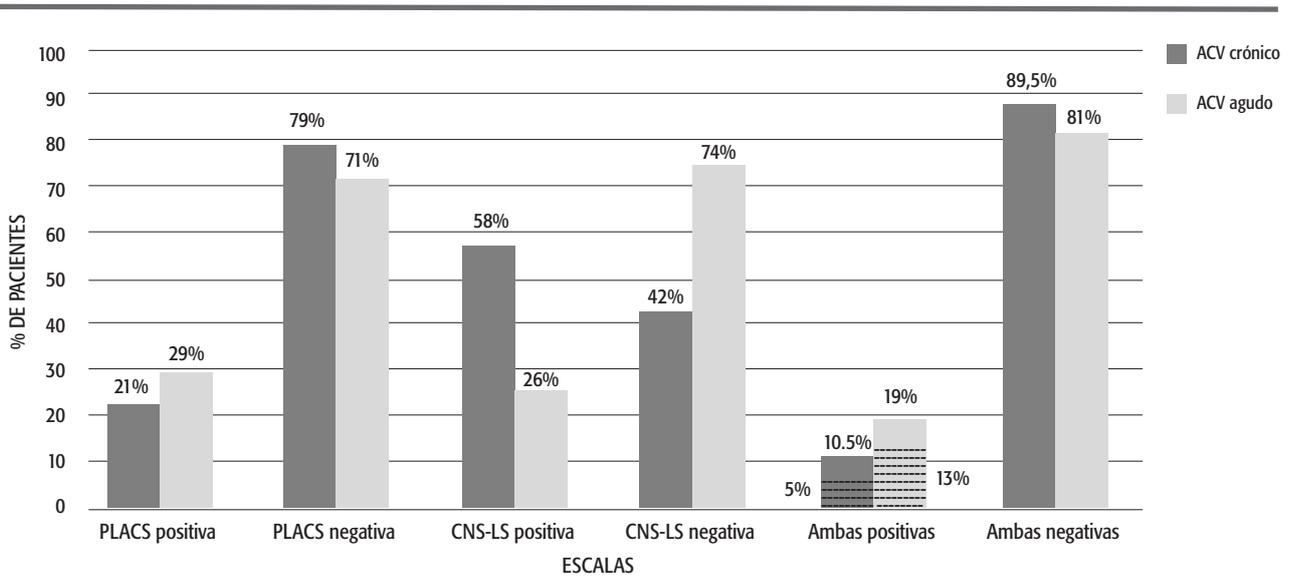
**Discusión**

Diagnosticamos SPB en un paciente con ACV crónico y cuatro pacientes con ACV agudo.

El SPB es una condición definida por la existencia de episodios involuntarios o exagerados de expresión emocional de risa o llanto, que representan un cambio en la reactividad emocional posterior a una enfermedad específica. Estas respuestas son inconsistentes o desproporcionadas en relación con el estímulo, y no hay una mejor explicación de los eventos (como el consumo de sustancias o drogas ilegales, enfermedades psiquiátricas o deterioro cognitivo severo) (3). Afecta la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores.

Esta condición clínica puede estar presente en varias enfermedades neurológicas, incluidas la esclerosis lateral amiotrófica, la esclerosis múltiple y el trauma. En el ACV, se ha reportado, según diferentes series, entre un 11 y un 34% de los pacientes. En nuestra población, esta entidad está subdiagnosticada. Un estudio realizado en 2014 en nuestro hospital, en busca de SPB en diferentes patologías neurológicas, encontró una frecuencia de SPB en el ACV del 35% (5).

**Figura 1.** Escalas realizadas en pacientes con ACV para búsqueda de síndrome pseudobulbar



Se visualizan las escalas realizadas. La zona rayada representa los pacientes con diagnóstico de síndrome pseudobulbar (ambas escalas positivas y diagnóstico negativo de depresión por Inventario de Beck).

Una revisión sistemática reciente y un meta-análisis de la literatura encontraron que el SPB es común después del ACV. El análisis de datos de 15 estudios reveló que 1 de cada 5 pacientes experimenta SPB dentro del primer mes del ACV, con una proporción similar a 6 meses después del ACV y 1 de cada 8 pacientes más allá de este punto (6).

Existen escalas autoadministradas que se han utilizado para objetivar y facilitar el diagnóstico de esta entidad, incluida la escala PLACS y la CNS-LS. En 1993, la escala PLACS fue publicada y validada para SPB en pacientes con ACV agudo. Tiene una sensibilidad del 88% y una especificidad del 96% para el diagnóstico (7). En 1997, la CNS-LS fue validada para la esclerosis lateral amiotrófica y en 2004 para la esclerosis múltiple. La sensibilidad y la especificidad reportadas son 84% y 81%, respectivamente (8). Debido a su facilidad de uso, decidimos aplicar ambas escalas en nuestro estudio. Existen otras escalas para evaluar el SPB, como la Encuesta de Salud de Formulario Corto de 36 ítems (SF-36), el Cuestionario de 10 ítems del Centro de Estudios Epidemiológicos de Depresión (CES-D10) o el Cuestionario de Productividad Laboral y Deterioro de la Actividad (WPAI) (9).

El SPB se debe a la desregulación de 3 vías neurotransmisoras principales, dopamina, serotonina y glutamato, desde los lóbulos corticales frontales a través del cerebelo y el tronco del encéfalo, conocida como red córtico-límbico-subcorticalámico-ponto-cerebelosa (10). El ACV, por daño directo o bien mediante la interrupción de los circuitos que se proyectan hacia el cerebelo y el tronco encefálico, puede provocar la desinhibición de las emociones voluntarias, haciéndolas involuntarias (9).

La combinación de dextrometorfano y quinidina es actualmente el único tratamiento aprobado por la FDA para el SPB. En Europa obtuvo autorización por la Agencia Europea de Medicamentos en 2013, pero fue retirado de mercado en 2016 por decisión de la empresa farmacéutica a cargo. El dextrometorfano actúa sobre los

receptores sigma-1 y NMDA en el cerebro, y el sulfato de quinidina permite que el dextrometorfano alcance concentraciones terapéuticas (11). Hemos utilizado este tratamiento en el paciente con ACV crónico y SPB (sin depresión), con modestos beneficios a los seis meses de seguimiento.

Las tasas de diagnóstico de SPB han aumentado en los últimos años, posiblemente debido a un mejor reconocimiento, comprensión diagnóstica y disponibilidad de tratamiento (12). Después de nuestro estudio prospectivo, mantuvimos una administración estandarizada de ambas escalas (PLACS y CNS-LS) en la entrevista de admisión en la clínica ambulatoria de ACV.

Este estudio tiene algunas limitaciones. Primero, el grupo de pacientes es pequeño y se requiere un mayor número de casos para confirmar estos resultados. En segundo lugar, cuatro pacientes fueron diagnosticados en la etapa aguda del ACV. Es importante enfatizar que las condiciones inherentes a la hospitalización podrían tener un impacto en los resultados de las escalas. Por último, dado que no hay criterios de diagnóstico estandarizados, algunos pacientes pueden no haber cumplido con nuestros criterios propuestos y ser casos falsos negativos.

El SPB es una condición subdiagnosticada y no tratada, que complica al ACV tanto en la etapa aguda o crónica. Se desconoce la verdadera prevalencia de SPB en Argentina. La depresión se asocia con frecuencia y debe descartarse, ya que esta población podría beneficiarse de alternativas terapéuticas distintas a los antidepresivos. La labilidad emocional atribuible al SPB debe evaluarse cuidadosamente a través de preguntas exhaustivas al paciente, la familia y los cuidadores. Se deben aplicar al menos dos escalas para mejorar la sensibilidad diagnóstica.

## Declaración de conflictos de intereses

Los autores no presentan conflictos de intereses respecto de este artículo. ■

## Referencias bibliográficas

1. Thrift AG, Thayabaranathan T, Howard G, Howard VJ, Rothwell PM, Feigin VL, et al. Global stroke statistics. *Int J Stroke* 2017;12(1):13–32.
2. Schneider MA, Schneider MD. Pseudobulbar Affect: What Nurses, Stroke Survivors, and Caregivers Need to Know. *J Neurosci Nurs* 2017;49(2):114–7.
3. Girotra T, Lowe F, Feng W. Pseudobulbar affect after stroke: a narrative review. *Top Stroke Rehabil*. 2018;25(8):610–6.
4. Miller A, Pratt H, Schiffer RB. Pseudobulbar affect: The spectrum of clinical presentations, etiologies and treatments. *Expert Rev Neurother*. 2011;11(7):1077–88.
5. Quarracino C, Susana N, Arakaki T, Franco A, González L, Bohorquez N, et al. *Neurol Arg*. 2014;6(3):142–8.
6. Gillespie DC, Cadden AP, Lees R, West RM, Broomfield NM. Prevalence of Pseudobulbar Affect following Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2016;25(3):688–94.
7. Robinson G, Parikh M, Lipsey JR, Starkstein SE, Price R. Pathological laughing and crying following stroke: validation of a measurement scale and a double-blind treatment study. *Psychiatry Interpers Biol Process*. 1993;286–93.
8. Kasarkis EJ, Smith RA, Moore SR, Gresham LS, Bromberg MB. A self report measure of affective lability. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2008;63(1):89–93.

9. Lapchak PA. Neuronal Dysregulation in Stroke-Associated Pseudobulbar Affect (PBA): Diagnostic Scales and Current Treatment Options. *J Neurol Neurophysiol.* 2015;06(05).
10. Parvizi J, Coburn KL, Shillcutt SD, Coffey CE, Lauterbach EC, Mendez MF. Neuroanatomy of Pathological Laughing and Crying: A Report of the American Neuropsychiatric Association Committee on Research. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2014;21(1):75–87.
11. Zorowitz RD, Alexander DN, Formella AE, Ledon F, Davis C, Siffert J. Dextromethorphan/Quinidine for Pseudobulbar Affect Following Stroke: Safety and Effectiveness in the PRISM II Trial. *PM R.* 2018; S1934-1482(18)30352-6.
12. Towfighi A, Ovbiagele B, El Hussein N, Hackett ML, Jorge RE, Kissela BM, et al. Poststroke Depression: A Scientific Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2017;48(2):e30–43.

# Duración de las internaciones psiquiátricas: una caracterización clínica y socio-demográfica

Damián Chebar<sup>1</sup>, Patricio Alba<sup>1</sup>, Héctor Alarcón<sup>1</sup>, Guillermo Fassi<sup>1</sup>,  
Valeria Losanovsky Perel<sup>1</sup>, Silvina Mazaira<sup>1</sup>, Diego J. Martino<sup>2</sup>

1. Unidad Internación de mujeres, Hospital de Emergencias Psiquiátricas "T. de Alvear", Buenos Aires, Argentina.

2. Doctor en Medicina, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Buenos Aires, Argentina.

Autor correspondiente: Damián Chebar, E-mail: damianchebar@gmail.com

---

## Resumen

**Objetivo:** Este trabajo busca determinar las variables clínicas, socio-demográficas, y terapéuticas asociadas a la duración de la internación en un Hospital de Emergencias Psiquiátricas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina. **Método:** El presente es un estudio analítico, de tipo transversal, en el que se incluyeron consecutivamente 350 pacientes de entre 18 y 65 años, internadas desde junio de 2013 hasta diciembre de 2017 en la sala de internación de mujeres del Hospital de Emergencias Psiquiátricas "T. de Alvear". Al momento del alta se recabaron datos sociodemográficos, clínicos y sobre las condiciones de externación de todas las pacientes. **Resultados:** Las variables que predijeron la duración de la internación fueron: diagnóstico de psicosis, la utilización de litio y anticonvulsivantes, estar desocupada, menor autonomía económica, no haber constituido una familia y haber modificado el núcleo conviviente durante la internación. **Conclusión:** Las variables representativas de vulnerabilidad social y económica se asociaron con la utilización de camas de internación psiquiátrica. Son necesarias políticas públicas que permitan interrumpir la relación entre pobreza y patología mental.

**Palabras claves:** Internación psiquiátrica - Duración de la internación - Predictores - Vulnerabilidad social.

LENGTH OF PSYCHIATRIC HOSPITALIZATIONS: A CLINICAL AND SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERIZATION

## Abstract

**Aim:** The aim of this study was to determine the clinical, socio-demographic, and therapeutic variables associated with the length of hospitalization in a psychiatric emergency hospital in Buenos Aires City. **Method:** The present retrospective analytical study included 350 consecutively admitted patients aged 18-65, from June 2013 until December 2017 in a public psychiatric hospital in Buenos Aires City. Data collected included socio-demographic, clinical and discharge conditions. **Results:** Variables that predicted the length of hospitalization were: diagnosis of psychosis, the use of lithium and anticonvulsants, unemployment, no economic autonomy, not have formed a family and have modified the living support group during the hospitalization. **Conclusion:** The representative of social and economic vulnerability variables were associated with the utilization of psychiatric inpatient beds. Public policies are requested to interrupt the relationship between poverty and mental pathology.

**Keywords:** Psychiatric hospitalization - Length of stay - Predictors - Social vulnerability.

## Introducción

Las internaciones psiquiátricas han reducido sensiblemente su duración en las últimas décadas (1,3). Este cambio puede ser explicado por varios motivos, como el desarrollo de los psicofármacos a partir de la década del '50, el cambio de paradigma hacia un abordaje comunitario, y la creciente preocupación de los pagadores por los costos en salud.

De todos modos, muchos autores critican la actual tendencia a llevar adelante internaciones cortas, en la medida que solo abordan el problema de la "peligrosidad" y la resolución de la crisis mediante el abordaje psicofarmacológico, con una mirada centrada en lo biológico y que deja de lado aspectos psicosociales fundamentales (1). Otros autores asocian esta progresiva disminución en los tiempos de internación con un aumento en las tasas de suicidio y actos criminales por parte de pacientes con patologías mentales (2,3).

A pesar de los avances realizados en términos de desinstitutionalización y reinserción de los usuarios, en el Reino Unido todavía casi el 10% de los pacientes internados permanece más de 90 días y el 1% más de un año (4). En Francia, estas últimas ascienden al 2,5% (5). Las conceptualizaciones sobre la definición de internación prolongada distan de ser homogéneas (2). Diferentes trabajos utilizan periodos que van desde los 28 a los 360 días (1,3-6). Otros autores utilizan una definición relativa, considerando como tal a aquellas incluidas en el percentilo 97,5 de los días de internación (7). Esta situación dificulta notablemente las comparaciones entre estudios y definir un tiempo "adecuado" de internación.

Existen varios factores de riesgo, tanto del paciente como de los sistemas de salud, asociados a las internaciones prolongadas, aunque estas evidencias han sido calificadas como de baja calidad (2). Entre los factores asociados a los pacientes se ha descrito el tener un diagnóstico de psicosis (3-5,8-10), severidad de la enfermedad (3, 4, 5) antecedentes de conductas violentas (4), género masculino (5, 9), género femenino (8), estar desempleado (9, 11), ser soltero (3, 8), necesidad de brindarle alojamiento (4, 9), vivir en grandes centros urbanos (5) y pertenecer a minorías étnicas (4, 8, 9). Paradójicamente, la suicidalidad al ingreso se asoció a estadías más breves (4). Respecto a los factores del sistema de salud, la preferencia del jefe de servicio en relación a la duración de la internación (3), la menor cantidad de camas en el sector (5), y la realización de cambios en el plan psicofarmacológico (3) también se asociaron a internaciones prolongadas.

Nuestro país se encuentra en una situación de transición donde contamos con una legislación de fuerte impronta comunitaria, pero en un contexto de escasez de dispositivos intermedios entre la internación y el tratamiento ambulatorio. En esta coyuntura la búsqueda de los factores asociados a la duración de la internación adquiere relevancia para poder realizar un uso racional y eficiente de los recursos existentes. Sin embargo, en la actualidad no contamos en nuestro medio con datos res-

pecto de los determinantes del tiempo de hospitalización. Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo fue evaluar las variables sociodemográficas, clínicas, y terapéuticas asociadas a la duración de la internación.

## Material y métodos

El presente es un estudio analítico, de tipo transversal, en el que se incluyeron consecutivamente pacientes de entre 18 y 65 años externadas entre el 2013 y el 2017 en la sala de internación de mujeres del Hospital de Emergencias Psiquiátricas "T. de Alvear" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina.

Las pacientes ingresan a la sala únicamente por derivación desde la guardia externa del hospital y tiene una capacidad de 30 camas. Se trata de un dispositivo para pacientes subagudos con la presencia permanente de dos enfermeros. El criterio de derivación a la sala suele ser la imposibilidad de un alta pronta por guardia en base a la complejidad clínica, social y familiar. Para cada paciente se relevaron variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas. Estos datos fueron volcados en un formulario, y completados por cada psiquiatra tratante al momento del alta.

Los diagnósticos fueron realizados por médicos del servicio con más de 10 años de experiencia clínica, según los criterios del CIE-10. Los datos relacionados con la situación habitacional y laboral fueron organizados con criterios similares a los utilizados en el último censo nacional, aunque con algunas modificaciones realizadas por los autores vinculadas a la experiencia de trabajo. En aquellos casos que presentaron más de una internación en el hospital durante el período de estudio, sólo se consignaron los datos de la última con la finalidad de que todas las observaciones puedan ser consideradas independientes. Todas las pacientes (o sus representantes legales) firmaron un consentimiento informado al momento del alta, previo al relevamiento de los datos del estudio y luego de haber sido adecuadamente informadas acerca del alcance del mismo.

Respecto al análisis estadístico, la normalidad de las variables se evaluó mediante métodos analíticos (Kolmogorov-Smirnov). Dada la distribución asimétrica de la mayoría de las variables, la comparación entre grupos de variables continuas se realizó utilizando el test de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Incluso en el caso de variables no paramétricas, se utilizaron la media y desvío estándar como medidas descriptivas para facilitar la comprensión. Las variables cualitativas se analizaron a través del test de chi-cuadrado con corrección de continuidad. La asociación entre variables se evaluó a través de los coeficientes de correlación de Spearman.

## Resultados

Durante el período de estudio se incluyeron 350 pacientes con una edad media de 36.59 (Desvío Estándar=11.67) años y 11.26 (2.82) años promedio de educación. Las mismas estuvieron internadas durante 97.37

(67.89) días, predominando las internaciones involuntarias (67.9%) sobre las voluntarias (32.1%). Las características sociodemográficas se muestran en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de las pacientes al momento del ingreso

| Variable                            | Porcentaje válido |
|-------------------------------------|-------------------|
| Nacionalidad argentina              | 90.8              |
| Estado Civil                        |                   |
| Soltera                             | 57.0              |
| Casada/Conviviente                  | 18.7              |
| Separada                            | 20.8              |
| Viuda                               | 3.5               |
| Lugar de vivienda                   |                   |
| CABA                                | 45.0              |
| Gran Buenos Aires                   | 52.1              |
| Otros                               | 2.9               |
| Tipo de Vivienda                    |                   |
| Material                            | 90.7              |
| Casilla precaria                    | 1.2               |
| Pensión/Institución                 | 7.2               |
| Situación de calle                  | 0.9               |
| Situación de Vivienda               |                   |
| Propia                              | 35.5              |
| Alquilada                           | 19.9              |
| Familiar/Prestada                   | 39.0              |
| Otras                               | 5.6               |
| Trabajo                             |                   |
| Trabajo formal / Tiempo completo    | 12.0              |
| Trabajo precario / A tiempo parcial | 14.6              |
| No busca trabajo (ama de casa)      | 29.8              |
| Desocupada                          | 43.6              |
| Autonomía Económica                 |                   |
| Autónoma / No recibe ayuda          | 16.6              |
| Ama de casa                         | 10.8              |
| Recibe ayuda de pareja o familia    | 48.3              |
| Recibe pensión o plan social        | 21.5              |
| Otros                               | 2.9               |
| Tipo de cobertura de salud          |                   |
| Obra social / Prepaga               | 22.8              |
| Ninguna                             | 72.2              |
| Certificado de discapacidad         | 28.7              |
| Pensión por invalidez               | 22.8              |

El 66% de la muestra (n=231) tenían antecedentes de internaciones psiquiátricas previas (media=2.12, DE=2.74). Los diagnósticos principales de las pacientes internadas fueron esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (27.7%), depresión unipolar (12.6%), trastorno bipolar –incluyendo tanto depresión como manía– (27.1%), y trastornos de la personalidad (mayoritariamente de tipo límite) (22.9%). El resto de las pacientes (9.7%) tuvieron diagnósticos menos frecuentes como trastornos de ansiedad, demencias, o discapacidad intelectual, entre otros. El 18.7% de la muestra presentó comorbilidad con abuso de sustancias (excluyendo el alcohol), mientras que el 15.0% presentó comorbilidad con abuso de alcohol.

Al momento del ingreso, el 13.7% de las pacientes vivían solas, el 33.1% con sus padres, el 20.9% en pareja con o sin hijos, el 17.7% con hijos (con o sin sus propios padres), mientras que el restante 14.6% vivía con otros familiares, amigos/as, en instituciones, etc. A lo largo de la internación el 28.4% de la muestra cambió su situación habitacional, siendo externado a un lugar de vivienda diferente al del ingreso. La externación en la mayoría de los casos fue por alta médica (93.1%), mientras que sólo en el 4.8% de los casos fue por abandono y en el 2.1% por traslados a otra institución.

#### *Factores asociados a la duración de la internación*

Como se mencionó más arriba, las pacientes incluidas estuvieron internadas un promedio de 97.37 (67.89) días. Las internaciones fueron más prolongadas entre las pacientes con antecedentes de internaciones previas que entre las que no las tenían (103.86±71.34 vs. 86.78±58.93; Z=-2.14, p=0.033), aunque no mostraron relación con el tiempo transcurrido desde la última internación.

Entre las variables sociodemográficas analizadas, la duración de la internación se asoció con el tipo de vivienda (Kruskal Wallis X<sup>2</sup>=5.68; gl=3; p=0.007), siendo menor entre las pacientes que tenían una de material (93.44±64.64 días) que entre aquellas que vivían en pensiones/instituciones (129.32±67.87; Mann-Whitney Z=-3.05; p=0.002) o en situación de calle (212.00±166.00; Z=-1.82; p=0.038). Se encontró una asociación en relación a la situación de vivienda (Kruskal Wallis X<sup>2</sup>=9.24; gl=3; p=0.026), siendo mayor el tiempo de internación en aquellas pacientes que no tenían vivienda propia, alquilada, o familiar (133.68±73.44 días). Asimismo, tanto aquellas pacientes con trabajo a tiempo completo o tiempo parcial tuvieron internaciones más breves (68.19±52.74 y 68.84±30.02 días respectivamente) que aquellas desocupadas (108.75±71.64; Z=-4.30, p<0.001 y Z=-3.70, p<0.001 respectivamente) o que no buscaban trabajo (106.88±74.25; Z=-3.88, p<0.001 y Z=-3.41, p=0.001 respectivamente). La autonomía económica también se asoció con los días de internación (Kruskal Wallis X<sup>2</sup>=17.87; gl=4; p=0.001), con hospitalizaciones más prolongadas entre las pacientes que recibían pensiones/planes sociales (119.30±89.26). No hubo dife-

rencias en los días de internación respecto del tipo de cobertura de salud, aunque las pacientes con certificado de discapacidad tuvieron internaciones más prolongadas que aquellas que no lo tenían (126.28±88.80 vs. 85.88±53.43;  $Z=-4.27$ ,  $p<0.001$ ).

En relación a las variables clínicas, los diagnósticos mostraron tener un efecto sobre el tiempo de internación (Kruskal Wallis  $X^2=18.21$ ;  $gl=4$ ;  $p=0.001$ ). Los análisis post-hoc mostraron que las pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos tuvieron internaciones más largas (119.69±79.51 días) que las pacientes con depresión unipolar (86.39±53.89 días;  $Z=-2.63$ ,  $p=0.009$ ), trastorno bipolar (91.19±56.08 días;  $Z=-2.69$ ,  $p=0.007$ ), y trastornos de personalidad (80.13±53.74 días;  $Z=-3.80$ ,  $p<0.001$ ). La comorbilidad con abuso de alcohol o sustancias no se asoció con incrementos en los tiempos de internación en la muestra entera ni tampoco cuando se evaluaron por separado en los diagnósticos en los que eran más prevalentes (trastornos de personalidad y trastorno bipolar). Entre los psicofármacos utilizados tanto el agregado ( $Z=-2.55$ ,  $p=0.011$ ) como el retiro ( $Z=-2.44$ ,  $p=0.015$ ) de drogas antiepilépticas a lo largo de la internación se asociaron con incrementos en la estadía hospitalaria respecto de aquellos pacientes que no recibieron cambios en este grupo de drogas (ya sea porque nunca las tomaron o porque lo hicieron desde el ingreso hasta el egreso). Asimismo, el cambio a lo largo de la internación en la utilización del litio (el cual se debe fundamentalmente al agregado), se asoció a un incremento en los tiempos de internación ( $Z=-2.00$ ;  $p=0.046$ ). Por el contrario, los cambios en los antipsicóticos típicos o atípicos, y antidepressivos no se asociaron a diferencias en la duración de la internación.

El núcleo conviviente también mostró un efecto en la duración de la internación (Kruskal Wallis  $X^2=14.57$ ;  $gl=4$ ;  $p=0.006$ ). Aquellas pacientes que vivían solas tuvieron internaciones más prolongadas (114.40±80.20 días) que las que vivían en pareja (80.78±58.62 días;  $Z=-2.82$ ,  $p=0.005$ ) o con sus hijos (83.77±50.79 días;  $Z=-2.29$ ,  $p=0.022$ ). Aquellas pacientes que vivían con sus padres al momento del ingreso tuvieron internaciones de duración intermedia entre los otros grupos (105.30±69.92 días), las cuales no difirieron estadísticamente respecto de las que vivían solas ( $Z=-0.54$ ,  $p=0.59$ ), pero fueron superiores a las de aquellas que vivían con parejas ( $Z=-3.02$ ,  $p=0.003$ ) o hijos ( $Z=-2.56$ ,  $p=0.010$ ). Asimismo, el hecho de que se hayan realizado cambios en el núcleo conviviente durante la internación también prolongó la duración de la misma (117.94±75.23 vs. 89.43±62.56;  $Z=-3.93$ ,  $p<0.001$ ). Finalmente, las pacientes que fueron externadas por alta médica tuvieron una internación de duración intermedia (98.19±64.89) entre aquellas que abandonaron el tratamiento (52.07±39.44;  $Z=-3.57$ ,  $p<0.001$ ) y las que resultaron trasladadas a otra institución (201.29±123.06;  $Z=-2.39$ ,  $p=0.017$ ).

Con el objetivo de valorar cuáles de todas estas variables podían ser predictoras independientes, se realizó un análisis multivariado de regresión lineal con la duración de la internación como variable dependiente. El modelo

final que se muestra en la Tabla 2 permitió explicar más del 25% de la duración de la internación ( $R^2$  corregido: 0.264;  $F=13.78$ ;  $p<0.001$ ).

**Tabla 2.** Predictores independientes de la duración de la internación en el modelo final de regresión lineal

| Modelo   | Coefficientes $\beta$ | t    | p-valor |
|--|-----------------------|------|---------|
| Constante  | 25.18                 | 2.17 | 0.007   |
| Desocupada/no buscando trabajo                         | 31.72                 | 3.57 | <0.001  |
| Menor autonomía económica                              | 27.23                 | 2.92 | 0.004   |
| Sin familia constituida (solteras/viviendo con padres) | 26.02                 | 3.43 | 0.001   |
| Cambio en núcleo conviviente                           | 19.63                 | 2.33 | 0.021   |
| Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos            | 31.35                 | 3.63 | 0.001   |
| Cambio drogas antiepilépticas                          | 42.51                 | 4.82 | <0.001  |
| Cambio litio   | 21.70                 | 2.25 | 0.025   |

## Discusión

La mayor parte de las pacientes incluidas tenían antecedentes de internaciones previas y mostraban una distribución homogénea entre trastornos psicóticos, afectivos, y de personalidad. Los datos de comorbilidad con abuso de alcohol y sustancias superaron el 25% en algunos diagnósticos lo cual también es acorde con datos previos (12-14). Es de destacar la situación de vulnerabilidad social de las mujeres incluidas en el estudio, considerando que, con una edad media de 36 años, el 77,8% se encuentran solteras o separadas, sólo el 35% tiene una vivienda propia y menos del 20% tienen trabajo formal y autonomía económica. La falta de autonomía económica y la escasa proporción de usuarias que contaban con un trabajo formal, ya sea en relación de dependencia o por cuenta propia en los dos meses previos, se encuentran en línea con los datos de la bibliografía. Se calcula que en el mundo entre el 60 y el 85% de las personas con trastornos mentales severos se encuentran desocupados, incluyendo las cifras de los países desarrollados y con políticas activas de inclusión (15, 16, 17).

En la muestra estudiada el 28,4% requirió para su externación modificar el entorno de residencia del paciente. En otras palabras 1 de cada 4 pacientes no volvieron al entorno en el que convivían antes de su internación. En la práctica, este cambio puede requerirse en diferentes situaciones: por la negativa de la paciente a regresar con el núcleo conviviente, si la familia no resulta continente o se niega a recibir nuevamente a la paciente, o por la falta de condiciones mínimas de habitabilidad (por ej. situación de calle).

La duración promedio de la internación fue de 97.37 días, lo que implica tiempos de internación considerablemente superiores a la mayoría de los estudios (9, 18-21). Es probable que, al menos en parte, estos períodos de internación prolongados guarden relación con la situación de vulnerabilidad social de las pacientes evaluadas. De hecho, y tal como se ha observado en estudios previos (5, 9), la falta de trabajo y autonomía económica se asociaron a tiempos más prolongados de internación. La demora en obtener recursos habitacionales que permitan la externación (hogares, casas de medio camino, centros de día, etc.) es un factor que impacta definitivamente en los tiempos de internación, si bien no está actualmente cuantificado. En relación con esto, el cambio en el núcleo conviviente de las pacientes fue un predictor de mayor duración de la internación.

En la sala de internación se realiza un abordaje interdisciplinario en donde las pacientes cuentan con tratamiento psiquiátrico, psicoterapia individual y familiar, terapia ocupacional y abordaje de trabajo social. El impacto de este abordaje interdisciplinario en los tiempos de internación aún no ha sido estudiado.

En conjunto, muchos de estos resultados vuelven a poner de manifiesto la estrecha asociación entre pobreza y enfermedad mental. Al respecto existen diversas teorías que en sus extremos se definen como la hipótesis de la causa social y la hipótesis de la selección social (22, 23). La primera adjudica a las carencias y al estrés propio de las situaciones de pobreza un factor causal en la aparición de las enfermedades mentales. La teoría de la selección social propone que la propia patología le generaría desventajas al momento de competir con personas sanas. Sin pretender extendernos en este debate, los resultados de este trabajo ponen de manifiesto la necesidad de establecer estrategias que apunten a interrumpir el círculo pobreza-enfermedad mental. Como este trabajo estudia una muestra de mujeres internadas en una institución psiquiátrica, no podemos dejar de mencionar que se trata de una población que además sufre las desigualdades de género. Por tal motivo, entre las acciones necesarias para mejorar las condiciones de nuestras pacientes, se requiere un abordaje integral con perspectiva de género para lograr su empoderamiento.

También se observó que las pacientes con diagnóstico de esquizofrenia permanecieron internadas más tiempo que aquellas con trastornos afectivos o de la personalidad. El diagnóstico de psicosis ya ha sido asociado a la prolongación de la internación en múltiples estudios (3-5, 8-10). La falta de asociación con el consumo

de alcohol y sustancias en este estudio podría deberse a que se utilizaron los criterios del CIE-10 para Trastorno por abuso de sustancias, no quedando representado el uso excesivo de estas sustancias en una población vulnerable.

Los cambios en el empleo de drogas antiepilépticas y litio durante la internación (que consistieron fundamentalmente en el agregado de estas drogas) también se asociaron a una mayor duración de la internación. Es probable que esta asociación se deba, al menos en parte, a que son fármacos que en muchos casos deben titularse lentamente (ej. lamotrigina) y que requieren dosajes plasmáticos para su ajuste (ej. litio, valproato, o carbamazepina). Por otra parte, en ciertos cuadros clínicos (como el trastorno depresivo mayor o los trastornos de personalidad) estos fármacos se emplean en casos refractarios a otros tratamientos, lo cual también podría contribuir a explicar la asociación encontrada.

La duración media prolongada también podría asociarse con un sesgo de selección de los pacientes que pasan a la sala de internación. Aquellas pacientes con posibilidades de un alta rápida suelen externarse en forma directa desde la guardia.

Un aspecto no evaluado en el presente trabajo es la influencia de las características de los equipos tratantes y la modalidad de abordaje en los tiempos de internación. En este sentido sería importante poder comparar estos datos con otros centros de características similares.

## Conclusiones

En el presente trabajo se brinda una caracterización de la población internada en un hospital de emergencias psiquiátricas de la CABA donde se ponen de manifiesto los factores vinculados a la duración de las internaciones.

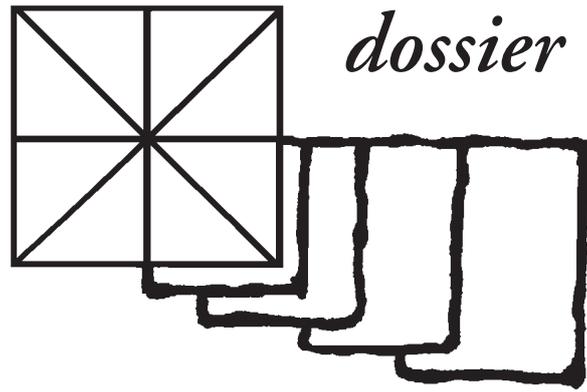
Es importante destacar la influencia de las características socioeconómicas de las pacientes y sus entornos en el uso de los dispositivos de internación y remarcar la necesidad de desarrollar programas adecuados que promuevan la integración social. En este sentido, se tornan imprescindibles políticas públicas que interrumpan el círculo pobreza-enfermedad mental, y que brinden sostén a las pacientes y sus familias.

## Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación al presente artículo. ■

## Referencias bibliográficas

1. Glick ID, Sharfstein SS, Schwartz HI. Inpatient psychiatric care in the 21st century: the need for reform. *Psychiatr Serv*. 2011 Feb;62(2):206-9.
2. Capdevielle D, Ritchie K. The long and the short of it: are shorter periods of hospitalisation beneficial? *Br J Psychiatry*. 2008 Mar;192(3):164-5
3. Capdevielle D, Norton J, Jaussent I, Prudhomme C, Munro J, Gelly F, Boulenger JP, Ritchie K. Extended duration of hospitalization in first episode psychosis: an evaluation of its clinical justification. *Psychiatry Res*. 2013 Sep 30;209(2):160-6.
4. Tulloch AD, Fearon P, David AS. The determinants and outcomes of long-stay psychiatric admissions: a case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008 Jul;43(7):569-74.
5. Plancke L, Amariei A. Long-term psychiatric hospitalizations. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2017 Feb;65(1):9-16.
6. Babalola OI, Gormez V, Alwan NA, Johnstone P, Sampson S. Length of hospitalization for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jan 30;(1):CD000384
7. Brown TM1, Miller HL, Ekstrom D, Evans DL, Golden RN. Characteristics of long-stay patients on the psychiatric service of a university hospital. *Hosp Community Psychiatry* 1991 Jul;42(7):743-5.
8. Tulloch AD, Fearon P, David AS. Length of stay of general psychiatric inpatients in the United States: systematic review. *Adm Policy Ment Health*. 2011 May;38(3):155-68.
9. Newman L, Harris V, Evans LJ, Beck A. Factors Associated with Length of Stay in Psychiatric Inpatient Services in London, UK. *Psychiatr Q*. 2018 Mar;89(1):33-43.
10. Hallak JE, Crippa JA, Vansan G, Zuardi AW. Diagnostic profile of inpatients as a determinant of length of stay in a general hospital psychiatric unit. *Braz J Med Biol Res*. 2003 Sep;36(9):1233-40.
11. Johnstone P, Zolese G. Systematic review of the effectiveness of planned short hospital stays for mental health care. *BMJ*. 1999 May 22;318(7195):1387-90.
12. Machado V, Leonidas C, Santos MA, Santos MA. Psychiatric readmission: an integrative review of the literature. *Int Nurs Rev*. 2012 Dec;59(4):447-57.
13. Donisi V, Tedeschi F, Wahlbeck K, Haaramo P, Amadeo F. Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry*. 2016 Dec 16;16(1):449.
14. Jaramillo-Gonzalez E, Sanchez Pedraza, R y Herazo MI The frequency of rehospitalization and associated factors in Colombian psychiatric patients: a cohort study. *BMC Psychiatry* 2014, 14:161
15. Crowther R, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ*. 2001 Jan 27;322(7280):204-8.
16. Kinoshita YI, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M, Bond GR, Huxley P, Amano N, Kingdon D. Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Sep 13;(9).
17. Marwaha S, Johnson S. Views and experiences of employment among people with psychosis: a qualitative descriptive study. *Int J Soc Psychiatry*. 2005 Dec;51(4):302-16.
18. Nemirovsky M, Guardo G, Rosenstein M, Agrest M, Tkach J, Montanelli R.. Epidemiological features of admitted patients to a psychiatric unit in a Prepaid Medical Organization in Buenos Aires City. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*. 2003 Dec-2004 Feb;14(54):292-8.
19. Serrani D, Galfetti G, Rodríguez C. Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: A retrospective study. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*. 2017 Jul;28(134):260-270.
20. Thompson EE, Neighbors HW, Munday C, Trierweiler S, Length of stay, referral to aftercare, and hospitalization among psychiatric inpatients, *Psychiatr Serv*. 2003 Sep;54(9):1271-6.
21. Figueroa R, Harman J, Engberg J: Use of claims data to examine the impact of length of inpatient psychiatric stay on readmission rate. *Psychiatr Serv*. 2004 May;55(5):560-5.
22. Ritsher JE, Warner V, Johnson JG, Dohrenwend BP. Inter-generational longitudinal study of social class and depression: a test of social causation and social selection models. *Br J Psychiatry Suppl*. 2001 Apr;40:84-90.
23. Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, Schwartz S, Naveh G, Link BG, Skodol AE, Stueve A. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science*. 1992 Feb 21;255(5047):946-52.



# GRANDES PSIQUIATRAS ARGENTINOS

## *Introducción*

Juan Carlos Stagnaro

*Una de las condiciones que aseguran el éxito y buen desarrollo de campos científicos específicos, es la existencia de tradiciones intelectuales que expresen la historia de las producciones en cada área del conocimiento. Estas tradiciones se encarnan en la sucesión de camadas de especialistas dedicados a un tema particular.*

*La transmisión de habilidades, destrezas y conocimientos que se produce a través de esas cadenas intergeneracionales, opera como un reservorio de los saberes de una comunidad científica, que acrecienta su magnitud a lo largo del tiempo.*

*Si bien esos saberes son producciones culturales colectivas surgidas de la vida de las comunidades y no de los individuos aislados, también es cierto que algunos de los miembros de cada una de ellas toman a su cargo la exploración del dominio cognitivo de su especialidad y lo desarrollan para beneficio del conjunto. Algunos obtienen reconocimiento social durante su existencia y otros no. Éstos últimos deben luchar contra la incompreensión de sus contemporáneos respecto de sus avances visionarios, logrando convencerlos e imponer sus pensamientos y propuestas en su época, y otros quedan relegados hasta que son posteriormente rescatados cuando aquello que anunciaban, quizás demasiado prematuramente para las mentalidades de su tiempo, se vuelve una evidencia insoslayable. Esas personas son recordadas en la historia del campo específico de la acción y/o del conocimiento, como figuras singulares en las que se reconocen sus sucesores y*

*en las cuales se apoyan para profundizar las propias experiencias.*

*Quienes obtienen el reconocimiento de haber marcado hitos en la historia de una profesión, cumplen con la función simbólica de autorizar a las sucesivas generaciones a pensar en el seno de una matriz propia de la formación social a la que pertenecen. Por supuesto que no se trata aquí de renovar el mito de los “fundadores” ya abandonado, sino de reconocer a algunos que supieron ser portavoces de las ideas de su tiempo y líderes de ciertos cambios en una compleja dialéctica entre el clima cultural en el que vivieron y actuaron y el talento y oportunidad que tuvieron para expresarlo. Nacen así escuelas y corrientes de pensamiento que se identifican con espacios nacionales, y a veces regionales y con ciertos personajes que quedaron en la historia como sus representantes más conspicuos.*

*En el campo de la psiquiatría la Argentina, a través de la enseñanza de sus maestros, realizó aportes señeros en el ámbito latinoamericano. La manera en que la comunidad nacional acogió a sus miembros aquejados de trastornos mentales y aceptó técnicas de tratamiento y teorías sobre la mente humana modeló el perfil de nuestra disciplina en muchos aspectos. Sus profesionales incorporaron, a lo largo del siglo y medio de su existencia como especialidad médica constituida, las principales novedades mundiales y aportaron a ellas con algunas producciones teóricas y técnicas originales.*

*Esa sucesión de psiquiatras argentinos que dejaron*

con su obra una marca en la historia de nuestra especialidad se presenta en este Dossier por orden alfabético, para facilitar la consulta del lector, y por lo tanto no respeta una determinada cronología.

La lista de los mencionados en este Dossier de ninguna manera agota la totalidad de quienes merecen ser evocados; este es un trabajo a completar con nuevos datos que deberán ser investigados en el futuro ya que de muchos de ellos no han quedado registrados en archivos o no son de fácil acceso.

La biografía tradicional fue acusada de forjar una concepción ingenua del actor-sujeto, caer en la "ilusión retrospectiva" o en un cierto teleologismo, o incluso incurrir en un relato novelesco. A raíz de ello la reflexión sobre el género biográfico conoció una importante renovación en estos últimos años en varias disciplinas. La biografía de hoy encuentra formas renovadas, inspirada en la compleja trama de las

ciencias humanas contemporáneas, para abordar de una manera interdisciplinaria ese género, su práctica, sus dos actores principales, el biógrafo y su personaje, y la "relación biográfica" forjada entre ambos. Sin embargo, no nos adentraremos aquí en una elaboración biográfica que tome en consideración todos esos sesgos y proponga alguna forma historiográfica novedosa de resolver tales problemas metodológicos.

En efecto, no se tiene la pretensión, en las páginas que siguen, de presentar ejercicios biográficos, contruidos con técnicas actuales, acabadas y completas, de los personajes mencionados, sino, simplemente, una serie de lo que podría designarse como meras "fichas biográficas" que informan los datos de vida esenciales de cada uno de ellos, los aportes más importantes que produjeron, las actividades institucionales que protagonizaron y, cuando se pudo acceder a esa información, las referencias de su principales obras. ■

# Grandes Psiquiatras Argentinos

## Índice

|                                    | Pág. |
|------------------------------------|------|
| Arturo AMEGHINO (1869-1948)        | 430  |
| René ARDITI ROCHA (1904-1962)      | 430  |
| Gregorio BERMANN (1894-1972)       | 431  |
| José T. BORDA (1869-1936)          | 431  |
| Gonzalo BOSCH (1885-1965)          | 432  |
| Exequías BRINGAS NÚÑEZ (1904-2000) | 433  |
| Domingo CABRED (1859-1929)         | 434  |
| Raúl CAMINO (1939-2018)            | 434  |
| Lanfranco CIAMPI (1885-1962)       | 435  |
| Juan DALMA (1895-1977)             | 435  |
| Francisco DE VEYGA (1866-1942)     | 437  |
| Noel FELDMAN (1928-2001)           | 438  |
| R. Horacio ETCHEGOYEN (1919-2016)  | 438  |
| Jorge GARCÍA BADARACCO (1924-2010) | 439  |
| Mauricio GOLDENBERG (1916-2006)    | 440  |
| José INGENIEROS (1877-1925)        | 441  |
| Cristofredo JAKOB (1856-1966)      | 442  |
| Alejandro KORN (1860 -1936)        | 443  |
| Enrique Eduardo KRAPF (1901-1963)  | 444  |
| Osvaldo LOUDET (1889-1983)         | 445  |
| Lucio MELÉNDEZ (1844-1901)         | 445  |
| Braulio MOYANO (1906-1959)         | 447  |
| Juan M. OBARRIO (1878-1958)        | 447  |
| Elpidio R. OLIVERA (1924-2016)     | 448  |
| Carlos Rodolfo PEREYRA (1903-1965) | 448  |
| Enrique PICHON RIVIÈRE (1907-1977) | 450  |
| José María RAMOS MEJÍA (1852-1914) | 451  |
| Telma RECA (1904-1979)             | 452  |
| Carolina TOBAR GARCIA (1898-1962)  | 452  |
| Guillermo VIDAL (1917-2000)        | 453  |

**Arturo AMEGHINO**  
(1869-1948)



Arturo Ameghino nació en la ciudad de La Plata, provincia de Buenos Aires, el 14 de julio de 1880 y falleció en 1948.

Inicialmente estudió farmacia y luego medicina, graduándose en ambas carreras. Completó sus estudios de medicina en la Universidad de Buenos Aires y luego viajó a Francia donde realizó sus estudios neuropsiquiátricos entre 1911 y 1914 en los cursos dictados por el neurólogo Joseph Jules Dejerine y el psiquiatra Ernest Dupré en la Universidad de París, adonde adquirió una aguzada técnica para el examen semiológico, que completo como agregado en el laboratorio de Villeton en la Facultad de Medicina de la Universidad de Montpellier y en los cursos de Joseph Grasset.

A su regreso al país fue designado Jefe de Clínica Neurológica de la Facultad de Medicina (1915-16) y un año después Jefe de la Sección de Psicología Experimental del Laboratorio de la Cátedra de Psiquiatría (1917-31) cuya titularidad era ejercida por José T. Borda.

En 1920 fue nombrado Adscripto a la cátedra y, en 1935, Docente Libre y, enseguida, profesor Suplente. Durante ese periodo fue Médico Interno del Hospicio de Las Mercedes.

En 1931 asumió el cargo de profesor titular de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, cargo que ocupó hasta 1943, luego sucedido en ese cargo por el profesor Gonzalo Bosch.

En 1927 fundó la *Revista Argentina de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, también fue miembro fundador de la Sociedad de Medicina Legal y Toxicología de Buenos Aires (1927) y de la Sociedad Argentina de Neurología y Psiquiatría (1923), de la cual fue presidente en 1927-28.

Durante este tiempo, se convirtió en el primer semiólogo de las enfermedades psiquiátricas, y en un gran médico legista, que fue reconocido por los informes que hacía de las autopsias realizadas, y por sus explicaciones acerca de la alienación y la emoción violenta.

En 1936, Ameghino viajó a Chaco, donde visitó las poblaciones aborígenes de la región. Estuvo allí varias semanas, y produjo un excelente trabajo acerca de las costumbres de los tobos, chiriguano y maticos.

**René ARDITI ROCHA**  
(1904-1962)



René Arditi Rocha, miembro de una familia entre cuyos miembros se cuenta al fundador de la ciudad de La Plata, Dardo Rocha, y otros personajes que participaron en las guerras de la Independencia, nació en Buenos Aires el 20 de abril de 1904 y cursó sus estudios universitarios en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en la que se graduó como médico y presentó su tesis *La nueva psiquiatría* en 1932.

Luego se inició en la psiquiatría en la que realizó un vasto y brillante recorrido.

Por iniciativa de Osvaldo Loudet el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires aprobó, en octubre de 1942, un ciclo de estudios superiores para la especialización en psiquiatría, en el Instituto de Clínica Psiquiátrica; Arditi Rocha fue su director en el periodo 1953-1955. En 1955 fue profesor titular de la cátedra de psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires y de la de La Plata, simultáneamente. En Buenos Aires sucedió a Lucio Meléndez (1886-1892); Domingo Cabred (1893-1918), José T. Borda (1922-1930), Arturo Ameghino (1931-1943) y Gonzalo Bosch (1943-1953), y, luego del golpe de Estado de la denominada "Revolución Libertadora", fue reemplazado por Alberto Bonhour (1956-1963).

También ocupó los cargos de Decano y Vicedecano de la Universidad Nacional de La Plata y Consejero Universitario de la misma. Miembro de la Academia Hispanoamericana de la Ciencia y de la Historia, fue elegido Senador de la Provincia de Buenos Aires por la primera circunscripción electoral para el período 1950-1954, por el Partido Justicialista. Fundó en 1936 el Servicio de Psicopatología del Hospital "Parmenio Piñero", que actualmente lleva su nombre; y también lleva su nombre la cátedra de Psiquiatría del Hospital Interzonal "Alejandro Korn" sito en la localidad de Melchor Romero.

En Villa Adelina, Partido de Vicente López, provincia de Buenos Aires, se encuentra una gran casona de típico estilo colonial español, cuya construcción data de 1873. Esa casa fue uno de los más antiguos cascos de estancia de la zona, cuyos últimos dueños pertenecían a la compañía inglesa que instaló el ferrocarril. A principios de los años '30 la familia Arditi Rocha adquirió la propiedad para vivienda familiar y la rebautizó "Los Eucaliptus". Poco tiempo después, en 1949, René Arditi Rocha fundó allí la primera clínica psiquiátrica de la Provincia de Buenos Aires, con características que respondían a los más avanzados criterios de la especiali-

dad, incluyendo el tratamiento de puertas abiertas. Por su prestigio profesional y su actividad política el lugar recibía frecuentemente las visitas de personalidades con quienes Arditi Rocha mantenía estrecha relación: en tres oportunidades asistió el presidente de la Nación, Juan Domingo Perón, acompañado por su esposa. También eran frecuentes las visitas del Dr. Ramón Carrillo, ministro de Salud Pública de la Nación, de Héctor Cámpora, Presidente de la Cámara de Diputados y de Domingo Mercante, Gobernador de la Provincia de Buenos Aires, entre otros funcionarios, intendentes, ministros y miembros del cuerpo diplomático.

Junto al psicólogo polaco Waclaw Radecki con quien trabó una fuerte relación profesional en la década del '30 del siglo pasado, René Arditi Rocha publicó su *Manual de Psiquiatría* en 1937.

René Arditi Rocha falleció en Buenos Aires, el 29 de junio de 1962.

### **Gregorio BERMANN (1894-1972)**



Gregorio Bermann nació en Buenos Aires, en 1894, en el seno de una familia de inmigrantes judíos polacos. En su biografía intelectual no puede separarse su producción científica en el campo de la psiquiatría y la psicología, de su acción política. Se inspiró en el positivismo, el marxismo y otras corrientes de pensamiento como el determinismo, el psicoanálisis, el espiritualismo, etc.; conformando una concepción humanista del sujeto humano, sano y enfermo. Su vida cabalgó en dos generaciones claves en la historia argentina del siglo XX. Una, constituida alrededor de la Reforma Universitaria en 1918, la otra, que tomó cuerpo en los años '60: ambas articularon la relación entre intelectuales y política alrededor de la tarea de transformar la sociedad emancipando a los sectores populares. El movimiento reformista universitario estalló en las postrimerías de la Primera Guerra Mundial. En nuestro país José Ingenieros, Alejandro Korn y otros intelectuales influyeron en el clima de ideas que se reflejaba en la Revista de Filosofía y en Nosotros, referentes del pensamiento de la llamada "joven generación"; en esas revistas Bermann escribió notas sobre la agitación estudiantil. Durante la década del '20 ingresó en el Partido Socialista de Córdoba, junto con otros intelectuales como Deodoro Roca, Saúl Taborda, y Arturo y Raúl Orgaz. Se desempeñó como médico interno del Hospicio de las Mercedes, radicán-

dose, en 1921, en Córdoba, adonde asumió la titularidad de la Cátedra de Medicina Legal y Toxicología. En febrero de 1930, visitó a Freud en Viena. En 1932 fundó el "Instituto Neuropático" de Córdoba. Hacia fines de 1936, participó en la Guerra Civil española como jefe de la misión argentina de neuropsiquiatría y del servicio de neuropsiquiatría en el Hospital Militar Nº 6 de Madrid, con el grado de "comandante médico" del ejército republicano. En el mismo año fundó la emblemática revista *Psicoterapia*, que fue la primera revista en castellano de psicoanálisis. Formó parte del grupo de médicos y sanitarios que posteriormente fundarían la Organización Mundial de la Salud en 1946. Entre 1951 y 1954, publicó en Córdoba la Revista Latinoamericana de Psiquiatría. Promovió la creación de la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP) y, en 1965, fue presidente de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL).

La otra meca de sus viajes fue China adonde viajó a instancias de Bernardo Kordon, otro viejo camarada de la militancia antifascista. En su libro *La salud mental en China* reivindica las transformaciones sociales y culturales impulsadas por la Revolución Cultural Proletaria. En su intensa actividad militante como intelectual polemizó con el psicoanálisis y la política del Partido Comunista Argentino.

Entre su prolífica producción bibliográfica cabe destacar: *El determinismo en la ciencia y en la vida* (1920), *Conceptos básicos en psiquiatría forense y en clínica criminológica* (1921), *Ética médica. Versión taquigráfica de conferencias magistrales* (1925), *Los menores desamparados y delincuentes en Córdoba* (1933), *Psicogénesis de la locura moral* (1934), *La neurosis en la guerra. Psicología. Psiquiatría. Psicoterapia. Psico-higiene del combatiente* (1941), *Nuestra psiquiatría* (1960), *Las psicoterapias y el psicoterapeuta* (1964), *La salud mental y la asistencia psiquiátrica en Argentina*, (1965) y *La salud mental en China*, (1970).

Gregorio Bermann falleció en Córdoba en 1972.

### **José T. BORDA (1869-1936)**



José Tiburcio Borda nació en Goya, provincia de Corrientes, el 28 de enero de 1869, realizó los estudios primarios y secundarios en su ciudad natal e ingresó a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, en 1891, de la que egresó en 1896. Luego de su tesis doctoral "Algunas consideraciones sobre el pronóstico de la alienación mental", que escribió bajo

la dirección del profesor José Penna, y que resumía su experiencia médica entre los años 1892 y 1896, produjo otras importantes obras de temática anatomopatológica. Trabajó y vivió en el Hospicio de las Mercedes -adonde entró como practicante menor interno en 1891- hasta su jubilación como profesor de la Cátedra en 1930. Fue Jefe de Clínica desde 1899 hasta 1916, bajo la dirección del Hospicio ejercida por su maestro Domingo Cabred; inició su carrera docente en la Universidad de Buenos Aires como profesor suplente de Clínica Psiquiátrica, cargo que desempeñó desde 1902 hasta 1922, fecha en la que fue designado Profesor Titular.

En 1922, formuló una clasificación de las enfermedades mentales que fue adoptada por casi todos los países sudamericanos y discutida en 1928 en Primera Conferencia Latinoamericana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal.

El Hospicio de "San Buenaventura", fundado el 11 de noviembre de 1865, rebautizado como Hospicio de las Mercedes el 8 de mayo de 1888, y Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de Hombres en 1949, pasó a designarse Hospital Nacional "José T. Borda" en 1967 y, recientemente, Hospital Psicoasistencial "J. T. Borda", pasando en ese lapso de la órbita nacional a la dependiente de la Ciudad de Buenos Aires.

En ese nosocomio conoció y fue discípulo durante once años de Cristofredo Jakob, quien lo formó en la teoría que relaciona la clínica con la anatomía patológica del encéfalo como explicación de las enfermedades mentales.

En 1900 Borda integró el plantel docente de la primera Escuela de Enfermería Psiquiátrica. Para entonces, ya había ganado una buena reputación como docente y médico psiquiatra. Algunas de sus obras, como Parálisis general progresiva y Topografía de los núcleos grises de los segmentos medulares del hombre, fueron reconocidas en América y Europa por su valor científico.

Pocos campos de la anátomo-patología de las frenopatías quedaron sin estudio por parte de Borda. Con Domingo Cabred, por ejemplo, realizó un vasto estudio de la demencia precoz, cuya síntesis presentaron en el Segundo Congreso Médico Latinoamericano. Borda dirigió la Cátedra de Psiquiatría entre 1922 y 1930, y fue elegido Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina en 1930.

Fueron aforismos vertidos por José T. Borda: "La curación de una afección mental se halla en razón inversa de su duración" y "El diagnóstico de muchas enfermedades mentales es un diagnóstico de evolución y por lo tanto el pronóstico está lleno de interrogantes".

Algunos de sus trabajos más importantes fueron: *Parálisis general progresiva, contribución al estudio de su anatomía y su histología patológica* (que recibió una entusiasta acogida de eminentes neurólogos como Auguste Marie), *Contribución al estudio histopatológico de la ependimitis ventricular*, *Contribución al estudio de las alteraciones de los centros nerviosos en las formas graves de la psicosis alcohólica*, *Contribución al estudio anátomo-clínico de la demencia senil*, *Contribución al estudio de las lesiones celulares de la corteza*

*cerebral en la demencia precoz y Consideraciones sobre tumores del encéfalo*.

Seis años después de dejar la cátedra, Borda falleció en Buenos Aires el 6 de septiembre de 1936.

## Gonzalo BOSCH (1885-1965)



Gonzalo Bosch nació en Buenos Aires, en 1885. Fue sobrino nieto de Ventura Bosch, uno de los fundadores del Hospicio de San Buenaventura, institución que, luego de sucesivas reformas y ampliaciones dio lugar, primero al Hospicio de las Mercedes, luego al Hospital Neuropsiquiátrico de Hombres y por fin al Hospital "J. T. Borda" de la ciudad de Buenos Aires. Cursó sus estudios secundarios en el Instituto Libre de Segunda Enseñanza. Bosch se graduó como médico en 1913 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, con la tesis intitulada: Examen morfológico del alienado.

Fue director del Hospicio de las Mercedes entre los años 1931 y 1947, Director de la Colonia Nacional de Alienados "Dr. Domingo Cabred" -adonde tuvo como colaboradores a Fernando Gorriti y Alejandro Raitzin-, Presidente en dos oportunidades de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal y Vicepresidente 1º de la "Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social", desde 1933.

Desarrolló una ininterrumpida carrera docente que comenzó como Docente Libre, luego continuó como Profesor Adjunto y, desde 1943 hasta 1953, como Profesor Titular de Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Buenos Aires, después de haber ocupado ese puesto en la Universidad del Litoral. Entre otros destacados docentes contó con la colaboración de Mauricio Goldenberg que inició y culminó su formación psiquiátrica junto a Bosch y Carlos Pereyra. En 1938 fue elegido miembro titular de la Academia Nacional de Medicina.

Bosch fue también fundador de la Liga Argentina de Higiene Mental, junto a Lanfranco Ciampi y otros destacados psiquiatras argentinos, y tuvo un papel protagónico en la aplicación del modelo de la higiene mental en nuestro país. El proyecto más importante del higienismo en la Argentina fue el control de los factores sociales y ambientales reconocidos como causa de estas enfermedades.

En el año 1932 fundó y organizó la Escuela de Visitadoras y Visitadores sociales de Higiene Mental, a la que concibió como un ejército preparado para la acción sani-

taria que incluía el desempeño de enfermeros, médicos, pedagogos y psicólogos.

En el año 1932 publicó *Anormalidades de la personalidad, trabajo psicopatológico en el que considera a la persona como un todo indivisible*; para el autor la personalidad estaría constituida por diversos factores: hereditarios, ambientales, funcionales, morales, intelectuales y somáticos. La posibilidad de enfermar no es solo endógena sino que puede ser exógena, relacionada, precisamente, con factores ambientales.

En 1930 Gonzalo Bosch elaboró junto con Lanfranco Ciampi una Clasificación de las enfermedades mentales que sostenía una visión diferente respecto de la noción de alienación; las patologías estaban organizadas, para estos autores, según un continuum, que iba de un grado mayor de consciencia a uno menor, en donde el grado de enfermedad estaba determinado por la autonomía psíquica del enfermo (ver Lanfranco Ciampi).

Según su propia opinión sus principales trabajos fueron: la mencionada *Clasificación de las Enfermedades Mentales* (1930), *Constitución hipofrénica asténica, El pavoroso aspecto de la locura en la República Argentina* (1931), *Necesidad de establecer y vigorizar el concepto de la demencia en general; de modificar la concepción de alguna de sus formas en particular* (1939), *Una nueva forma atípica de la Parálisis General Progresiva* (1941) y *La esquizofrenia. Resumen histórico, Consideraciones psico-clínicas. Anatomía patológica. Tratamiento* (1939).

### Exequías BRINGAS NÚÑEZ (1904-2000)



Exequías Bringas Núñez, nació el 28 de octubre de 1904 en la ciudad de La Rioja y allí transcurrió su infancia y cursó los primeros grados de la escuela primaria. Y también allí, en la plaza de la capital provinciana, en conversaciones con una extraña ancianita que lo intriguaba con su lenguaje y su actitud. Mucho después sabría que se trataba de una esquizofrénica.

Después de unos pocos años en Buenos Aires, donde su padre era contador del Arsenal de Guerra, retorna a Córdoba a cursar sus estudios secundarios en el Colegio de Montserrat para ingresar a la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba en 1923, graduándose de Médico Cirujano en 1930. Durante esos años, desde

1927 a 1930, fue practicante, y luego médico interno del Sanatorio Morra, y asistía a las clases de Psiquiatría que se daban en el Hospital Neuropsiquiátrico, entonces Hospital de Alienadas.

Desde 1930 hasta 1946 vivió en el Asilo Colonia de Oliva donde era Jefe de Servicio y nacieron sus seis hijos, dos de ellos distinguidos psiquiatras y psicoanalistas. Simultáneamente era jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Psiquiatría que se dictaba en el Hospital Neuropsiquiátrico de la capital provincial. En 1937 sostuvo su tesis doctoral que llevó por título: *Esclerosis en Placas y Trastornos Mentales*, y publicó numerosos trabajos en el Boletín del Asilo, centro de renombre internacional, hospital modelo en su época que fue visitado por ilustres especialistas extranjeros como Ladislav Von Meduna, Emilio Mira y López, Isidro Más de Ayala y Gheorgh Marinesco.

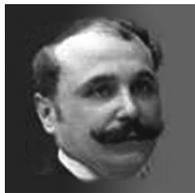
Cesanteado del Asilo de Oliva en 1946 por razones políticas, se instala en Córdoba y se incorpora al sanatorio "Alberdi", del que director durante casi cincuenta años. Se inició en el ámbito de la docencia universitaria en 1930 como Jefe de Trabajos Prácticos, en la Cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba y, en 1937, ganó por concurso el cargo de profesor suplente (adjunto), alcanzando el cargo de profesor titular por concurso en 1947, que ejerció hasta 1956, en que renuncia al impedirle presentarse a concurso, nuevamente por "razones" políticas. En 1958 fue designado Director del Hospital Neuropsiquiátrico, cargo del que fue relevado en 1960, una vez más por "razones" políticas, pero, ese breve lapso le alcanza para editar y dirigir el "Boletín" del Hospital, y continuó como Jefe de Servicio hasta su retiro en 1976.

En 1973 es designado profesor de la II Cátedra de Clínica Psiquiátrica y, nuevamente, en 1976 será dejado cesante por la última dictadura, para regresar, reivindicado por la democracia, a la titularidad de la única cátedra de Clínica Psiquiátrica que ocupó hasta 1983, cumplidos 79 años, para acogerse a la jubilación definitiva. En esos pocos años se creará en la Cátedra, con su auspicio y entusiasta apoyo, el Primer Curso de Postgrado en Psiquiatría de la Universidad Nacional de Córdoba. En 1965 fue designado Profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Córdoba. Por último, en 1986, es designado profesor emérito de la Universidad Nacional de Córdoba.

Bringas Núñez fue psiquiatra forense de la Justicia de Córdoba; presidente de la Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía de Córdoba; Presidente de la Regional Centro de la Federación Argentina de Psiquiatras y autor de innumerables conferencias, artículos, participaciones en congresos nacionales e internacionales, cursos libres, etc.

Exequías Bringas Núñez, falleció en Córdoba el 19 de abril de 2000, a los 95 años de edad.

### **Domingo CABRED (1859-1929)**



Domingo Felipe Cabred nació en Paso de los Libres, provincia de Corrientes, el 20 de diciembre de 1859. Realizó sus estudios primarios en la ciudad de Buenos Aires y se recibió como Doctor en Medicina en la Universidad de Buenos Aires en 1881, con una tesis intitulada "Contribución al estudio de la locura refleja", especializándose en psiquiatría, bajo la tutela de Lucio Meléndez. Fue practicante durante tres años y, posteriormente, médico interno en el Hospicio de las Mercedes; el 16 de abril de 1886 ascendió a sub-director, cargo que ejerció hasta el 10 de Octubre de 1892, fecha a partir de la cual fue director de la institución hasta su retiro, por razones de salud, que tuvo lugar el 23 de noviembre de 1916. Además, trabajó en la docencia universitaria a partir de 1887 como profesor suplente de Patología Mental, y luego profesor titular en 1893, sucediendo a Meléndez, en ese cargo y en la Dirección del Hospicio. Con el apoyo del diputado y médico Eliseo Cantón, logró, en 1897, que se aprobara la creación de una Colonia Nacional de Alienados de puertas abiertas.

En 1888, Cabred viajó a Europa y estudió el funcionamiento de los hospicios y de los institutos para sordomudos de Alemania, Italia, Austria y Francia. Un año más tarde, en 1889, fue el representante argentino y Presidente de Honor del Congreso Internacional de Medicina Mental, realizado en París. En 1896 representó a la Argentina en el Congreso Nacional de Antropología Criminal realizado en Ginebra, Suiza. Fue allí donde propuso una moción, la cual fue aprobada, en la que sostenía que los alienados delincuentes no debían ser alojados en secciones especiales de las cárceles, sino que debían ser tratados en hospicios y en instituciones especializadas. En consecuencia, Cabred creó un departamento con esas características en el Hospicio de las Mercedes, que sería el primero en su tipo en Sudamérica. En el año 1900 creó el Instituto de Psiquiatría, que posteriormente fue anexo a la Facultad de Medicina. En 1903, Cabred fundó la Liga Argentina de Lucha contra el Alcoholismo. En 1908, fundó la Colonia Nacional de Alienados, conocida con el nombre de Colonia Open Door; difundiendo, así, en nuestro país y en el continente en los Congresos Médicos Latinoamericanos realizados en Río de Janeiro (1909) y Lima (1913) los criterios de tratamientos en psiquiatría más modernos para la época.

Además, impulsó una gran obra de infraestructura hospitalaria desde su puesto como Presidente de la Comisión Nacional de Hospitales.

Entre sus escritos más importantes, además de los dedicados a las observaciones realizadas durante sus viajes, tales como *Memoria sobre los asilos de Italia*, *Memoria sobre la organización de los asilos de alienados en Inglaterra* y *Estudio sobre los asilos abiertos en Alemania*, se deben mencionar: *Estudio sobre la clasificación de enfermedades mentales presentado en el Congreso Internacional de Medicina Mental* (1889), *Informe sobre el Congreso Nacional de Antropología Criminal* (1896), *Discurso inaugural de la Colonia Nacional de Alienados* (1908), *Asilo Colonia Regional de Retardados* (1908), *Asilo Colonia Regional de Alienados de Oliva, Provincia de Córdoba* (1908), *Alcoholismo. Sus causas en la República Argentina* (1913), *El Instituto de Clínica de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires* (1913).

Cabred falleció en la ciudad de Buenos Aires el 27 de noviembre de 1929.

La Colonia Nacional de Alienados tiene como nombre actual el de Hospital Interzonal Psiquiátrico "Colonia Dr. Domingo Cabred", en honor a su fundador.

### **Raúl CAMINO (1939-2018)**



Completados sus estudios en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Raúl Camino inició su formación en la primera residencia de psiquiatría del Hospital "J. T. Borda". Al terminarla partió como médico de una base en la Antártida en la que realizó una original experiencia grupal y obtuvo un grado militar.

De retorno en el continente, en 1968, fue designado por el coronel Estéves, a la sazón a cargo de la Dirección Nacional de Salud Mental, durante el gobierno de facto del dictador Juan Carlos Onganía, para llevar adelante una experiencia sanitaria en la localidad de Federal, provincia de Entre Ríos: le asignaron la tarea de recibir a un grupo de 400 pacientes internados desde hacía largo tiempo en el Hospital "J. T. Borda", el hospital "B. Moyano" y en la misma provincia, para su tratamiento y rehabilitación. A tal fin le entregaron los edificios abandonados de un cuartel de Caballería del Ejército. Camino los hizo acondicionar para que funcionaran como Colonia psiquiátrica. Las carencias presupuestarias hicieron que se encontrara al principio de su labor con todos los pacientes a su cargo. Pero poco a poco, obtuvo salarios para algunos colaboradores conformando a la institución como una Comunidad Terapéutica en la que desarrolló una de las más originales y pioneras experiencias en su

estilo en nuestro país. A partir de la institucionalización de la Asamblea de pacientes, que se realizaban tres veces por semana en la flamante Colonia Psiquiátrica de Federal, y en poco tiempo, se organizaron distintas actividades para los pacientes, que comenzaron así una labor productiva a cambio de un peculio. Cerca de la mitad de los pacientes fueron externados y reinsertados socialmente. Raúl Camino permaneció al frente de la institución, que hoy lleva su nombre, hasta el golpe militar de 1976, fecha en la que por sucesivos problemas políticos pidió el traslado. Posteriormente, y durante largos años, Raúl Camino trabajó en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas "T. de Alvear", adonde dejó su impronta de gran compañero y excelente clínico.

Raúl Camino falleció en Buenos Aires en 2018.

### Lanfranco CIAMPI (1885-1962)



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

Junto a Gonzalo Bosch organizó el Comité Regional de la Liga Argentina de Higiene Mental en 1930.

Pionero en el desarrollo de la psiquiatría infantil, Ciampi se especializó en Italia en el trabajo con niños deficientes y retrasados, adonde trabajó, entre 1905 y 1919, en el Instituto Médico-pedagógico de Roma, bajo la dirección del célebre alienista Sante De Sanctis, quien describió, siguiendo las enseñanzas de Emil Kraepelin, un cuadro de psicosis infantil que designó con el nombre de Demencia Precocísima. Ciampi llegó a ser, en el último de los años mencionados, vicedirector de dicha institución. Debido a su fama en la especialidad fue convocado para instalarse en Rosario por el Dr. Agudo Ávila, para dirigir en nuestro país, la primera Cátedra de Psiquiatría Infantil siguiendo la corriente neuro-psiquiátrica de su maestro romano.

Dicha cátedra ha sido reconocida en todo el mundo como la primera cátedra oficial de psiquiatría infantil dentro de la organización de un programa de estudios universitarios.

En 1928 creó una Escuela de niños retardados, neuróticos y psicopáticos y unas oficinas de trabajo manual para niños, dependiente de la Cátedra. A dicha escuela acudían tanto los niños nerviosos y deficientes inter-

nados como los ambulatorios, y se impartieron cursos para maestras diferenciales. Allí conoció a la que sería su esposa quien se había formado en Italia con el método de la Profesora María Montessori, que ambos aplicaron en Rosario.

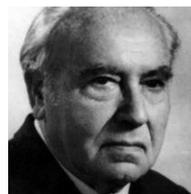
En 1930, Junto a Gonzalo Bosch, Ciampi elaboró una nosografía psiquiátrica en la que establecieron cinco grupos de enfermedades o afecciones que tomaron como base el grado de autonomía psíquica del enfermo, razón por la cual ese ordenamiento de la patología adquirió suma importancia medicolegal, además de su implicancia clínica. El fundamento de su clasificación era la denominada "autonomía psíquica" (A.P.) discriminándose así: a) la inestabilidad de la A.P., b) la debilitación de la A.P., c) la pérdida completa y temporaria de la A.P., d) la carencia por insuficiente desarrollo mental de la A.P. y e) los estados mentales con pérdida total y definitiva de la A.P. No obstante, si bien estos grupos fundamentales surgían de un criterio uniforme en cada una de las cinco clases descritas, no permitían -por su heterogeneidad clínica- una taxonomía definida desde el punto de vista psicopatológico.

En la década de los treinta Ciampi organizó y dirigió, en Buenos Aires, el Instituto Neuropsiquiátrico para niños "Cecilia María Estrada de Cano".

Además de la ya mencionada *Clasificación de las enfermedades mentales*, Ciampi dejó otros trabajos señeros en los que hizo gala de una gran erudición y actualidad respecto del pensamiento clínico, sanitario y docente de la psiquiatría de la época, tales como: *La asistencia de los enfermos mentales según los criterios reformadores modernos*, *Contribución a la psicopatología sexual infantil*, *La organización de la enseñanza psiquiátrica en la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario* (1929), *El examen del enfermo mental*, *La creación de un Comité de Higiene Mental en la Provincia de Santa Fe y Desarrollo y actividades del Instituto Psiquiátrico de Rosario desde octubre de 1927 hasta 1934* (1935). *Una institución y un programa*.

Lanfranco Ciampi falleció en Buenos Aires, adonde pasó la últimos años de su vida, en 1962.

### Juan DALMA (1895-1977)



Juan Dalma nació en la ciudad de Fiume, el 18 de junio de 1895, puerto marítimo del Imperio Austro Húngaro, hasta 1919. Hansi, como le llamaban sus familiares y amigos, era el primogénito de cuatro hijos. Su padre

Desiderio Dalma, que se había diplomado como médico en Viena, se especializó en odontología. De ascendencia judía, Hansi fue bautizado y luego educado en la religión católica-romana.

Dama cursó en Fiume su educación primaria y secundaria. La enseñanza era bilingüe: húngara e italiana, añadiéndose como tercer idioma, el alemán. El croata se aprendía en contacto con los estratos humildes de la población. En cursos privados aprendió el francés y el inglés.

En 1913 cursó el primer año de medicina en Viena. El segundo lo hizo en Budapest. Interrumpió sus estudios cuando fue alistado en el ejército austro-húngaro como auxiliar sanitario de trincheras, en Rusia y en el frente del Isonzo, obteniendo la medalla de plata al valor por el cumplimiento del deber humanitario. Recién en 1920, terminada la guerra, se doctoró en Padua.

Volvió a Fiume a iniciar su carrera profesional y científica como ayudante médico en el hospital general con el Prof. Dr. Lionello Lenaz, y se trasladó luego a Regio Emilia, adonde ocupó un cargo de médico interno en el Instituto de Psiquiatría, uno de los más importantes y prestigiosos del país.

Por aquellos años de juventud también estuvo en París, donde se perfeccionó en neurología con un discípulo de Charcot, Guillain y un colaborador suyo, Alajouanine.

Desde Reggio Emilia estableció Dalma relaciones científicas con el Prof. Ernst Kretschmer y escribió trabajos sobre constitución y temperamento, los primeros fuera de Alemania, en los que agregó a los criterios del profesor alemán observaciones de carácter endocrinológico. Además, realizó estudios sobre la presión del líquido céfaloraquídeo durante el ataque convulsivo epiléptico presentados en el Congreso Italiano de Trieste, que solucionaron en forma terminante un problema importante de patogénesis y mecanismo del gran mal, escribió un ensayo sobre concordancias entre planteos de la psicología experimental y el psicoanálisis y publicó otros trabajos con interpretación de sesgo psicoanalítico sobre obras de Zola, Anatole France, D'Annunzio y sobre la psicopatología de la vida cotidiana.

En esos años desplegó una intensa tarea sanitaria y asociativa. Organizó y dirigió el Hospital Psiquiátrico Provincial de Fiume. Fue, asimismo, miembro fundador y vocal de la Asociación Médica y Consultor de neuropsiquiatría en los Juzgados de Paz, del Tribunal, de la Corte de Apelación y Patronato Nacional de Accidentes del Trabajo de Fiume, miembro activo de las Sociedades Italianas de Psiquiatría, de Neurología, de Psicoanálisis, del Progreso de las Ciencias, de Biología Experimental y presidente de la filial de Fiume de esta última. Integró el cuerpo de redactores de las revistas *Note e Riviste di Psichiatria* editada en Pesaro y *Rivista de Psicoanalisi*, editada en Roma. Participó en los congresos de psiquiatría y neurología, de biología y de ciencias celebrados en Trieste, Modena, Ferrara y Roma. Además de los con-

gresos italianos, Dalma participó en los internacionales de Berna, donde conoció a Pavlov, Cushing, Nonney y Sherrington, de París y de Londres.

En 1928 Dalma obtuvo por concurso nacional el cargo de Director del Servicio Psiquiátrico de la Provincia de Fiume. Pero su carrera académica universitaria se vio truncada por el decreto del mes de mayo de 1932 por el cual el gobierno italiano estableció, como condición previa a la participación en pruebas y concursos, la afiliación al partido fascista, exigencia incompatible con su militancia contra el corporativismo político. No obstante Dalma continuó con su actividad hospitalaria, profesional y científica.

Del Instituto Psiquiátrico de Reggio Emilia pasó al Hospital Psiquiátrico de Cremona, cerca de Milán, como jefe de sala de 2da. y luego de 1er. clase, cargos ganados por concurso nacional en 1924 y 1928. En ese periodo frecuentó cursos en París, en el Servicio neurológico de la Salpêtrière con el Prof. Guillain, en el servicio de cronaxia con el Prof. Bourguignon, en la Clínica Psiquiátrica Universitaria del hospital Sainte Anne con el Prof. H. Claude.

Con la introducción en Italia de las leyes raciales en 1939, lo separan de la Dirección del Hospital Provincial de Psiquiatría de Fiume, de las sociedades científicas y otros cargos. Pero le queda permitido el ejercicio profesional, en reconocimiento de sus méritos civiles. Su hermano menor, doctor en química y descubridor de varios alcaloides, había ya emigrado con anterioridad a Suiza, donde continuó con sus investigaciones, y luego a la Argentina, donde trabajó primero en el Instituto Miguel Lillo de Tucumán y después en las industrias "Atanor", hasta su fallecimiento en 1957.

En 1943, a causa de la rendición de Italia, Alemania invade la península y sus tropas llegan a Fiume, lo cual obliga a Dalma y a su familia a emprender una dramática fuga hacia Brindisi, que ya estaba ocupada por los aliados y gobernada por el Rey y su primer ministro el Gral. Badoglio.

Dalma se puso inmediatamente a disposición de las autoridades italianas del llamado "Reino del Sur", donde se reconstituyó la Dirección General de Sanidad (transformada más tarde en Ministerio) bajo la Dirección de un Prefecto y a cargo de cinco médicos, en la que le cupo la organización hospitalaria. En junio de 1944 los aliados desembarcaron en Anzio y ocuparon Roma. Paralelamente con esta actividad sanitaria, Dalma desarrolló también otra de carácter político, colaborando con el gobierno italiano en las tratativas de límites de la frontera noreste del país y presentó varios proyectos en tal sentido ante el Ministerio de Relaciones Exteriores.

En el mes de julio de 1948 Dalma viajó a la Argentina para recibir la ayuda económica que se obtuvo a partir de una velada organizada por la Cruz Roja Argentina en el teatro Colón de Buenos Aires en beneficio de los ciudadanos italianos desplazados por la guerra. En Buenos Aires conoció al Dr. Horacio Descole, interven-

tor de la Universidad de Tucumán, durante el Ministerio de Educación de Oscar Ivanissevich, quien le ofreció el cargo de Regente (asesor cultural) y de organizador de la Escuela de Medicina, con miras al cargo de profesor de psiquiatría. Después de vacilaciones y dudas Dalma aceptó en forma condicional y por un corto período, desempeñándose como Regente en los años 1948 a 1951. Durante ese periodo se contrataron centenares de profesores europeos convirtiendo a Tucumán en una activa ciudad universitaria. Dalma intervino en el Primer Congreso de Medicina Psicosomática de 1950 y trabajó en el Instituto de Medicina Regional entre 1949 y 1953, donde estudió el líquido cefalorraquídeo y la acción térmica en cultivos del tripanosoma en enfermos de Chagas.

En 1949 organizó la Escuela de Medicina, que inició sus cursos en 1950, y, en 1954 se hizo cargo de la cátedra de Neurología que dictó hasta 1956.

También ocupó la cátedra de Medicina Legal y Toxicomanía en 1955, y al año siguiente, en 1956, asumió la titularidad de la cátedra de Psiquiatría, tarea que cumplió hasta su muerte.

Dictó cursos libres de Psicología Médica, materia a la que incorporó en el nivel de grado y de Historia de la Medicina, como curso de post-grado para el doctorado.

Miembro del Comité de Redacción o del Comité de Honor de la *Revista de Psicología Médica y Psiquiatría de Barcelona*, de "Nevrasse" Vercelli (Italia), *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, de Buenos Aires, y Miembro Ejecutivo de la *Revista de la Facultad de Medicina* de Tucumán desde su fundación en el año 1958.

Fue también Ciudadano honorario de Tucumán, Miembro Correspondiente Nacional de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, Presidente de Honor de la Asociación Latino-Americana de Psiquiatría, Experto de Salud Mental de la O.M.S. por dos períodos, Presidente por dos períodos de la Asociación de Medicina Legal y Ciencias Criminales de Tucumán y Vicepresidente por dos períodos de la Sociedad Argentina de Psicología.

Además de dictar numerosas conferencias en cátedras universitarias de Zurich, Roma, Genova, París, Trieste y en instituciones científicas y culturales argentina, Dalma publicó más de cien artículos en revistas científicas entre los que se destacaron: *Aspectos Médico-Legales de las Manifestaciones Criminales en los Postencefalíticos* (1954), *Estudio Estructural de la Delincuencia Juvenil* (1960), *Actualidad de Cesare Beccaria* (1964), *La Imputabilidad Atenuada* (1964), *El Secreto Médico* (1972),

Juan Dalma falleció en Tucumán el 21 de octubre de 1977, a causa de las lesiones sufridas en un accidente automovilístico.

## Francisco DE VEYGA (1866-1942)



Francisco de Veyga nació en Buenos Aires el 19 de agosto de 1866. Cursó sus estudios secundarios en el Colegio Nacional Central, e ingresó, luego, a la Facultad de Medicina. Realizó sus prácticas de grado en la Armada Nacional, adonde, luego de graduarse, prestó servicios como cirujano. Se recibió de médico en 1890 con una tesis intitulada *Contribución al estudio de la fiebre tifoidea*.

Estudió en París con Jean-Marie Charcot en La Salpêtrière, siguió los cursos de medicina legal de Philippe Broudel y los de psiquiatría de Valentin Magnan en Sainte Anne. Además tuvieron peso en su formación las ideas de Cesare Lombroso, creador de la antropología criminal.

En 1892, de regreso en la Argentina, fue nombrado director del Hospital Militar. En 1894 fue designado Profesor Suplente de Medicina Legal. En 1897 dictó el primer curso de antropología y sociología criminal en nuestro país. El 21 de junio de 1899 fue designado titular de la cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Para poder enseñar en forma práctica la Tanatología y Traumatología se hizo cargo del Servicio Público de Autopsias de la Capital. Y para la enseñanza de la Criminología y Psiquiatría Forense hizo un convenio con el Dr. Francisco Bealey, Jefe de Policía, para desempeñarse como médico ad honorem en el Depósito de Contraventores 24 de Noviembre. Así nació el Servicio de Observación de Alienados, como una dependencia de la Policía. De Veyga fue designado Director del nuevo servicio y nombró a José Ingenieros Jefe de Clínica.

Fundada en noviembre de 1908, la Sociedad de Psicología de Buenos Aires fue establecida fundamentalmente por Horacio G. Piñero y Francisco de Veyga.

En 1905 él e Ingenieros viajaron a Roma como delegados argentinos al V Congreso Internacional de Psiquiatría. En 1911 fue nombrado director general del Servicio de Sanidad del Ejército y se vio obligado a renunciar a la cátedra de Medicina Legal. Su acción se abocó principalmente al recién creado servicio militar obligatorio, con el objeto principal de organizar, controlar y socializar a las jóvenes generaciones de argentinos. Siguiendo esta misma línea, en 1927 participó en la creación de la Liga Argentina de Higiene Mental, institución subsidiada por el gobierno y en la creación del Laboratorio de Psicofisiología de la Facultad de Derecho de La Plata, con el objetivo de hacer investigaciones dentro del campo del

derecho laboral y penal. Como representante del positivismo empirista, de Veyga compartía el proyecto de mejorar la raza por medio de la educación. Los inmigrantes e hijos de inmigrantes eran los sujetos sociales a los que apuntaba tanto el servicio militar como la escuela pública obligatoria.

En el Primer Congreso Latinoamericano de Criminología, realizado en la ciudad de Buenos Aires del 25 al 31 de julio de 1938 y presidido por el Dr. Osvaldo Loudet, de Veyga fue invitado de honor.

Francisco de Veyga firmó convenios sanitarios con Uruguay, Francia e Italia, participó en varios otros congresos internacionales de psicología, psiquiatría, medicina legal y criminología, dirigió *La Semana Médica* y escribió para *El Mercurio de América* y la *Revista de Filosofía* entre otras publicaciones. Además de los artículos suyos que se mencionan a lo largo de este trabajo, podemos enumerar algunas monografías importantes, como *Estudios médico-legales sobre el Código Civil Argentino*, *Anarquismo y Anarquistas*, *La inteligencia y la vida*. *Sus relaciones en el concierto vital*, *Genio y degeneración*, *De la regeneración como ley opuesta a la degeneración mórbida* y *Vida y trabajos del doctor José María Ramos Mejía*.

De Veyga murió en la ciudad de Buenos Aires en 1942.

### Noel FELDMAN (1928-2001)



Noel Feldman siguió sus estudios primarios y secundarios en la ciudad de Rosario que lo vio nacer el 16 de abril de 1928. Se graduó en la Facultad de Medicina de la Universidad del Litoral en 1963. Desde muy joven se apasionó por la política y fue en los claustros que comenzó a destacarse como dirigente siendo elegido representante estudiantil en el Consejo Directivo de la Facultad, y luego en el mismo cargo en el Consejo Superior de la Universidad.

En 1965 aceptó una beca para trabajar en Francia y desembarcó para ello en el legendario Servicio que dirigía el maestro Henri Ey en Bonneval. Allí cumplió con un hito fundamental de su formación que lo marcó para siempre con la impronta de un pensamiento en el que se articulaban los abordajes fenomenológico y psicoanalítico apoyados en un sólido conocimiento de la semiología y la clínica clásicas. De allí pasó a Montreal, Canadá adonde continuó su formación en la Universidad local y volvió a Rosario en 1967.

Poco tiempo después fundó, junto con Carlos Solomonoff y Enrique Cirera, la famosa Clínica "Phillipe Pinel" en una hermosa casona del boulevard Oroño. "La Pinel" devino un centro de referencia en la especialidad. Simultáneamente, fiel a su compromiso político, Feldman aportó incansablemente para la construcción de la Federación Argentina de Psiquiatras de la que fue, primero Secretario Científico de la Regional Litoral y luego Secretario Científico nacional.

Al producirse en 1976 el Golpe de Estado que entronizó la dictadura militar, Feldman se exilió en Canadá en donde había anudado anteriormente amistades y relaciones profesionales. Nuevamente recaló en Montreal, en cuya Universidad ejerció como Profesor Agregado de psiquiatría mientras dirigía el Servicio de Consultorios Externos del hospital anexo.

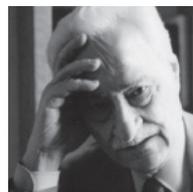
Permaneció en Canadá desde 1976 hasta 1982. De vuelta en Rosario retomó su práctica privada y la enseñanza y brindó resueltamente su apoyo para la construcción de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) en el seno de la cual creó el Capítulo de Epistemología y Psiquiatría.

Fue uno de los primeros en integrarse al Comité Científico de *Vertex*, *Revista Argentina de Psiquiatría* y, desde entonces, jugó un papel fundamental en la orientación y la crítica constructiva de la revista.

También desarrolló tareas docentes en la Universidad de Lomas de Zamora; en la maestría de Salud Mental creada por su amigo Emiliano Galende e impulsó el proyecto de un curso de postgrado similar en la Facultad de Medicina de Rosario.

Noel Feldman falleció en Rosario el 13 de julio de 2001.

### R. Horacio ETCHEGOYEN (1919-2016)



Ricardo Horacio Etchegoyen (más conocido como Horacio Etchegoyen) nació en La Plata el 13 de enero de 1919. Su padre, a quien no llegó a conocer ya que murió cuando Horacio contaba con apenas siete meses de edad, fue médico. Etchegoyen cursó sus estudios primarios en la escuela "Joaquín V. González" y los secundarios en el Colegio Nacional de la misma ciudad, del que egresó como bachiller en 1937. En principio Etchegoyen intentó estudiar leyes, al igual que su padrino de bautismo, pero en función de la carrera en medicina que seguía su hermano, cambió su idea e ingresó a la Facul-

tad de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata en 1938.

Durante sus estudios contó con la enseñanza de destacados profesores como Eugenio Galli, en Anatomía, Andrés E. Bianchi, en anatomía patológica y Manuel del Carril en clínica médica. Culminó sus estudios de medicina en 1949. Desde su juventud militante y durante toda su vida se definió como “un hombre de la Reforma Universitaria”. Fue ayudante de la cátedra de Egidio S. Mazzei, quien lo invitó a sumarse a su equipo de clínica médica, como anatomopatólogo, aunque finalmente optó por el ejercicio de la psiquiatría.

Realizó su formación en la especialidad junto a José María Blanco en el Hospital de Melchor Romero trabajando en el Servicio de Admisión en el cual llegó a ocupar posteriormente el cargo de Médico Jefe. En esa época trabó conocimiento con Enrique Pichon Rivière

En los años '50 comenzó su formación psicoanalítica en la Asociación Psicoanalítica Argentina. Fue analizante de Heinrich Racker y alumno de Enrique Pichon-Rivière, Marie Langer, David Libermann y León Grinberg.

En el año 1956, fue propuesto para ocupar el cargo de profesor de Psiquiatría en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo el cual ejerció casi diez años. En Mendoza, desarrolló una brillante actividad como profesor de la cátedra de psiquiatría, lo que valió que su servicio fuera calificado como experiencia piloto en América Latina por los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y fundó la actual Sociedad Psicoanalítica de Mendoza.

En 1966, enfrentado con sectores muy reaccionarios de la capital mendocina, se vio obligado a renunciar. Partió durante un año a Londres con una beca de la OMS y allí se analizó con Donald Meltzer y tuvo como supervisoras a Esther Bick, Betty Joseph, Hanna Segal, Herbert Rosenfeld, y Roger Money-Kyrle.

A su retorno de Inglaterra, se instaló definitivamente en Buenos Aires.

Decididamente kleiniano, fundó en 1977, junto a otros colegas, y fue su primer presidente, la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA) y, en 1993 accedió al cargo de presidente de la *International Psychoanalytic Association* (IPA), de la que fue el primer presidente latinoamericano. Durante su gestión en la IPA, en la que, según sus propias palabras, “mi ideología fue la de la Reforma Universitaria”, bregó por la mayor transparencia de la gestión y esclareció conflictos vinculados a los derechos humanos en el seno de la institución, democratizó los estatutos de la organización y promovió la apertura teórica a la enseñanza de la obra de Jacques Lacan, entre otras medidas que marcaron una brillante etapa.

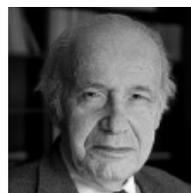
En 1996 recibió el premio Konex por su trayectoria y sus aportes a la cultura argentina, en 2009, fue nombrado Profesor Honorario de la Universidad de Buenos Aires y en 2012 fue honrado como Presidente de Honor del congreso de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), entre muchas otras distinciones.

Su libro más importante *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* -editado en Buenos Aires en 1986 (actualmente en su tercera edición castellana corregida y aumentada por el autor, 2009) y traducido a los idiomas inglés, italiano, francés y portugués- es considerado la referencia más importante y completa en su tema desde los artículos de técnica psicoanalítica de Sigmund Freud. Los conceptos de contratransferencia e interpretación analítica, cristalinos en su pensamiento, le valieron un lugar destacado para pensar el método y la herencia freudiana, lo cual probablemente hizo de Horacio Etchegoyen el psicoanalista argentino más reconocido a nivel internacional.

Hasta sus últimos días de su larga vida fue un hombre de trabajo, comprometido con el psicoanálisis, cálido, generoso con su saber, poseedor de una capacidad de escucha incomparable y una palabra tierna pero sin concesiones, no exenta de un gran humor. Pero, si alguna virtud, entre las muchas que engalanaban su personalidad, puede destacarse en Horacio, fue su posicionamiento ético.

Horacio Etchegoyen falleció en Buenos Aires el 1 de julio de 2016, a la edad de 97 años.

### Jorge GARCÍA BADARACCO (1924-2010)



Jorge García Badaracco se graduó como médico con diploma de honor en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1947.

En 1950, se trasladó a París para completar su formación psiquiátrica y psicoanalítica, trabajando junto al Profesor Julián de Ajuriaguerra en el hospital Sainte Anne, adonde creó el Servicio de Relajación Corporal. En los años 1951-53 realizó los seminarios de psicoanálisis con Jacques Lacan y fue Assistant Étranger de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale en 1953. En París tomó contacto con otras personalidades de la psiquiatría y del psicoanálisis de la época como Henri Ey, Henri Hécaen, Sacha Nacht, Serge Levobici, Paul Guiraud, Jean Delay.

Durante su estancia en Francia fue aceptado como miembro adherente de la Sociedad Psicoanalítica de París. En 1957, siendo ya miembro Asociado de dicha Sociedad, regresó a Buenos Aires. A poco de llegar fue nombrado profesor de Neuropsiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuyo, cargo que abandonó rápidamente y, en 1958, obtuvo por concurso una

Jefatura de Servicio en el hospital "J. T. Borda". Al año siguiente de la asunción de la Jefatura de ese Servicio creó la primera residencia médica de psiquiatría. En 1964, organizó el primer Hospital de Día para pacientes psiquiátricos adultos del país. Poco después, en 1968, renunció a su cargo tras el desencuentro entre su concepción asistencial y la de la Dirección del hospital, fundando entonces una clínica privada, el instituto DITEM, en donde desarrolló y profundizó su producción teórica y su actividad profesional durante 25 años.

García Badaracco fue dos veces presidente de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA).

Entre 1987 y 1994 regresó a la Universidad de Buenos Aires como profesor regular titular y dirigió el Departamento de Salud Mental y Psiquiatría de la Facultad de Medicina, desde donde impulsó la creación de unidades docentes en numerosos hospitales generales y especializados en psiquiatría, entre ellos el hospital "B. Moyano" y el hospital "J. T. Borda".

Entre sus escritos más destacados están *Biografía de una esquizofrénica* (1982) *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar* (1989) y *Psicoanálisis multifamiliar, los otros en nosotros y el descubrimiento del Sí Mismo* (2001).

En la introducción de "Comunidad terapéutica psicoanalítica..." precisó: "Mi primera actividad como psiquiatra y psicoanalista empezó con la psicoterapia bipersonal, tal como establecía la ortodoxia en esos años. Ya entonces comencé a observar las dificultades que presentaban los pacientes difíciles en los que resultaban estériles nuestros intentos para conseguir cambios que abrieran un camino para seguir avanzando. Las mismas dificultades se me presentaban en el ámbito hospitalario, donde encontré que la mayoría de los pacientes internados eran crónicos, con muchos años de hospitalismo, con los que incluso era difícil intentar el más mínimo diálogo. Para ser operante, algo había que cambiar. Al comprender que la sesión terapéutica era vivida por esos pacientes como un sometimiento y una imposición, hice un giro de ciento ochenta grados y traté de crear una relación más libre y espontánea [...]. Por invitación mía se fueron incorporando al grupo familiares, terapéutas y personal auxiliar cada vez que estaban disponibles. Ese fue el germen de la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar".

García Badaracco fue miembro fundador del Ateneo Psiquiátrico de Buenos Aires y de la Sociedad Argentina de Terapia Familiar, además de presidir la Sociedad Argentina de Terapia Familiar (1979-1984) y ser miembro titular de la Asociación Médica Argentina y la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. En 1986 recibió el Premio Konex en Psicoanálisis. Desde 1993, codirigió la Maestría sobre Psiconeuroinmuno-endocrinología de la Facultad de Medicina del Instituto Universitario de la Fundación Favalaro.

En 2005 se lo distinguió con el premio Maestro de la Medicina Argentina en la Academia Nacional de Medicina. En 2009 la Legislatura porteña lo distinguió como

personalidad destacada de la ciencia por su trayectoria en la psiquiatría argentina.

El Dr. Jorge García Badaracco falleció en Buenos Aires, el 14 de septiembre de 2010.

### Mauricio GOLDENBERG (1916-2006)



Mauricio Goldenberg inició sus estudios de medicina en 1934. En 1940 entró como practicante en el Hospicio de las Mercedes, bajo la dirección del Dr. Gonzalo Bosch para cumplimentar el cursado de clínica médica correspondiente a los dos últimos años de la carrera. A poco de recibirse Bosch lo convoca como docente para su cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires (1946-1954), que se dictaba en el Hospicio de las Mercedes, y lo invita también, en 1950, a participar del Primer Congreso Mundial de Psiquiatría, que tuvo lugar en París, bajo la presidencia de Jean Delay y la secretaría general de Henri Ey. En esa oportunidad Goldenberg trabó una fructífera relación con importantes maestros de la época como Julián de Ajuriaguerra, Juan José López Ibor y otros.

Ya terminada su formación como médico psiquiatra siguió desarrollando tareas asistenciales en el Hospicio de las Mercedes, desde 1947.

En ese lugar conoció a Enrique Pichon Rivière, que tendría una influencia enorme en su futura formación profesional y a Celes Cárcamo, recién llegado de Francia, ambos integrantes de la recién creada APA (Asociación Psicoanalítica Argentina) y que lo introducirían en el campo del psicoanálisis.

Su tesis doctoral (1944) versó sobre los aspectos clínicos del alcoholismo, su director fue Carlos Pereyra, un gran semiólogo en psiquiatría con formación fenomenológica. Posteriormente publicó un trabajo sobre el tema en la Revista argentina de Higiene Mental donde resaltaba es aspecto social del alcoholismo e introducía propuestas para el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes. Se desempeñó como vocal suplente de la Liga Argentina de Higiene Mental (1948-1966), adonde desarrolló tareas asistenciales (1946-1947). En 1963 fue designado miembro del Panel de expertos en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud.

Su cargo más importante fue el de Jefe del Servicio de Psicopatología del Policlínico "G. Aráoz Alfaro" (1956-1972), ubicado en la localidad de Lanús, Provincia de Buenos Aires, del cual se retiró para ocupar el de Jefe del

Servicio de Psicopatología del Hospital Italiano de Buenos Aires (1972-1975).

Obligado a salir del país durante la dictadura militar iniciada en 1976, se radicó en Venezuela adonde fue Profesor de Clínica Psiquiátrica en el Curso de Postgrado de Psicólogos del Centro de Salud Mental del Este, del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en Caracas (1977-1984).

Luego de la recuperación de la democracia en la Argentina fue nombrado Profesor Emérito por la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (1984) y desarrolló, a pedido del presidente Raúl Alfonsín, junto con un equipo de colaboradores, los "Lineamientos Generales para el Plan Nacional de Salud Mental" (1984), que nunca llegó a aplicarse integralmente.

Para muchos investigadores y estudiosos Mauricio Goldenberg, fue el psiquiatra más influyente de su generación en América Latina. Creador de una experiencia pionera en el Policlínico "Gregorio Aráoz Alfaro" de Lanús (1956), en la cual brindó atención de Internación, Consultorios Externos, Hospital de Día y comunitaria, conformando una alternativa multidisciplinaria en un Servicio de Psicopatología de Hospital General, a la psiquiatría hospitalocéntrica de los hospitales monovalentes. La experiencia del "Lanús", como se dio en llamar a la desarrollada por Goldenberg, fue inspiradora de muchas otras en Argentina y América Latina.

Mauricio Goldenberg falleció en Washington DC, en 2006, a los 90 años de edad.

### José INGENIEROS (1877-1925)



José Ingenieros (Giuseppe Ingegneri era su nombre original) nació el 24 de abril de 1877 en Palermo, Italia. Llegó al país con sus padres, siendo aún muy pequeño. Hijo de Salvatore Ingegneri (verdadera ortografía del apellido familiar) y Mariana Tagliavia. Cursó sus estudios primarios en el Colegio Nacional. Como su padre, líder trabajador de filiación marxista y periodista, tenía dificultades económicas, José se vio obligado a contribuir a la economía familiar desde su niñez corrigiendo pruebas de imprenta y haciendo traducciones de italiano, francés e inglés. En 1888 ingresó al Colegio Nacional de Buenos Aires, que en esa época dirigía Amancio Alcorta. En 1892, luego de finalizados sus estudios secundarios fundó el periódico La Reforma y un año después, 1893, ingresó como alumno a la Facultad de Medicina de la

Universidad de Buenos Aires, en la que se graduó en 1897 como farmacéutico, y en 1900 como médico con su tesis Simulación en la lucha por la vida (1903). Para esa época ya era conocido en los círculos literarios.

En 1914, Ingenieros se casó con Eva Rutemberg en Lausana, Suiza; aunque el noviazgo se había iniciado en Buenos Aires. Del matrimonio nacieron cuatro hijos, Delia, Amalia, Julio y Cecilia.

Filósofo, historiador, sociólogo y médico psiquiatra. Fue profesor de Psicología experimental en la Universidad de Buenos Aires y uno de los máximos representantes del positivismo en Latinoamérica.

Fundó la revista "Archivos de Criminología, medicina legal, psiquiatría y ciencias afines", continuidad de una anterior publicación, "Criminología Moderna", dirigida por Pietro Gori, y de la cuál también participó entre 1898 y 1900.

En 1903 la Academia Nacional de Medicina lo premió por su ensayo Simulación de la locura. Fue nombrado Jefe de la Clínica de Enfermedades Nerviosas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, y en 1904 ganó la suplencia de la Cátedra de Psicología Experimental en la Facultad de Filosofía y Letras.

Se convirtió en un destacado miembro de la Cátedra de Neurología a cargo de José María Ramos Mejía y en el Servicio de Observación de Alienados de la Policía de la Capital, junto a Francisco de Veyga, del cual llegó a ser su director.

Entre 1902 y 1913 se hizo cargo del Instituto de Criminología de la Penitenciaría Nacional de Buenos Aires, alternando su trabajo con conferencias en universidades europeas.

Ingenieros solía participar de los grupos de intelectuales de la época en los que frecuentaba a escritores de la talla de Ruben Darío, Roberto Arlt, Leopoldo Lugones, etc. Dirigió junto a éste último el famoso periódico "La Montaña".

En 1908 ganó la Cátedra de Psicología Experimental en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Ese año fundó la Sociedad de Psicología.

En 1909 fue elegido Presidente de la Sociedad Médica Argentina y nombrado Delegado Argentino del Congreso Científico Internacional de Buenos Aires. Completó sus estudios científicos en las universidades de París, Ginebra, Lausana y Heidelberg.

Además de dirigir su periódico bimestral, "Seminario de Filosofía", mezcló su pasión por la ciencia con una ética social acentuada. En sus múltiples actividades demostró una capacidad y penetración notorias, siendo considerado un intelectual de peso en su tiempo.

A partir de la década del '10 comenzó a profundizar una línea de pensamiento más relacionada con los aspectos morales y políticos, aspectos ambos que veía íntimamente relacionados, inspirando a la juventud latinoamericana que realizó la Reforma Universitaria de 1918 y lo nombró Maestro de la Juventud de América Latina. Sus desarrollos sobre la identidad latinoamericana y el antiimperialismo tuvieron gran influencia

sobre varias generaciones del continente.

Durante la Reforma Universitaria, fue elegido Vice-decano de la Facultad de Filosofía y Letras, con amplio apoyo del movimiento estudiantil.

Desilusionado al no recibir la cátedra de Medicina Legal, con posterioridad a la renuncia presentada por de Veyga, Ingenieros se radicó en Europa entre los años 1911 y 1914, viajando, estudiando y escribiendo (*El Hombre Mediocre* fue escrito durante este período) en Francia, Suiza y Alemania.

Al regresar a Buenos Aires, durante la Primera Guerra Mundial, halló a una nación próspera, optimista acerca de su futuro nacional y a un partido político en ascenso, la Unión Cívica Radical, que había obtenido la reforma electoral y que en breve tiempo elegiría a su primer presidente; inmediatamente después de su regreso, Ingenieros fundó la segunda publicación a la cual vinculó; su nombre e influencia, la "Revista de Filosofía", que editó y en la que escribió extensamente a partir de 1915 hasta su muerte.

Sus ensayos sociológicos, *El Hombre Mediocre* y ensayos críticos y políticos, como *Al margen de la ciencia*, *Hacia una moral sin dogmas*, *Las Fuerzas Morales*, *Evolución de las ideas argentinas* y *Los tiempos nuevos* tuvieron un gran impacto en la enseñanza a nivel universitario en la Argentina y obtuvieron una gran adhesión moral entre la juventud latinoamericana.

En 1919 renunció a todos los cargos docentes y comenzó hacia 1920 su etapa de lucha política, participando de manera activa en favor del grupo progresista "Claridad", de tendencia comunista.

En 1922 propuso la formación de la "Unión Latinoamericana", un organismo de lucha continental contra el imperialismo. En 1925, a pocos meses de su muerte, creó el mensuario "Renovación" en contra del imperialismo, firmando con los pseudónimos de Julio Barreda Lynch y de Raúl H. Cisneros.

Con el paso del tiempo discrepó con las posturas del comunismo y empezó a colaborar con periódicos anarquistas, llegando a ser abiertamente simpatizante de esa corriente de pensamiento político, varias de sus obras literarias reflejan ese acercamiento que se debió, al menos en parte, a la influencia de criminólogo italiano Pietro Gori.

Ingenieros fue un representante destacado del pensamiento positivista, sobre todo en sus primeros años. También fue uno de los fundadores del socialismo en la Argentina, aunque no participó orgánicamente en la actividad partidaria.

Ingenieros fue un autor de una extraordinaria producción; gran lector y prolífico escritor, dejó una biblioteca de varios cientos de obras, que incluyen aproximadamente veinte libros y más de doscientas monografías sobre criminología, historia, psicología, psicopatología y ética, así como también sobre tópicos de interés público. Entre sus numerosos libros se encuentran: *La psicopatología en el arte* (1902), *La simulación en la lucha por la vida* (1902), *Simulación de la locura* (1903), *Histeria y sugestión*

(1904), *Patología del lenguaje musical* (1906), *Crónicas de viaje* (1906), *La locura en la Argentina* (1907), *Principios de psicología* (1911), *El hombre mediocre* (1913), *Hacia una moral sin dogmas* (1917), *Ciencia y filosofía* (1917), *Sociología Argentina* (1918), *Proposiciones relativas al porvenir de la filosofía* (1918), *Evolución de las ideas argentinas* (1918), *Las doctrinas de Ameghino* (1919), *Los tiempos nuevos* (1921), *Emilio Boutroux y la filosofía francesa* (1922), *La cultura filosófica en España* (1922), *dos obras póstumas* *Las fuerzas morales* y *Tratado del amor*, y entre otros numerosos artículos, "El contenido filosófico de la cultura argentina", publicado en Revista de Filosofía, en 1915 y "El elogio de la risa", aparecido en Chinón, en 1905.

Ingenieros, murió relativamente joven, el 31 de octubre de 1925, a los 48 años de edad.

### Cristofredo JAKOB (1856-1966)



Cristofredo Jakob llegó a la Argentina en 1899, contratado por el Ministerio de Relaciones Exteriores a pedido de Domingo Cabred en cuya cátedra organizó el primer laboratorio de Anatomía Patológica del sistema nervioso en el Hospicio de las Mercedes. Desde 1912 hasta 1946, también trabajó en el Hospital de Alienadas (hoy hospital "Braulio Moyano"). Desde 1901 dictó clases en la cátedra de Neurología de Ramos Mejía. Fue el primer profesor titular de Biología en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires y en la Universidad de La Plata dictó Anatomía Patológica y Biología y Sistema Nervioso.

Jakob, nacido en Wernitz-Ostheim, Alemania, en 1866, era médico psiquiatra y neurobiólogo. Fue primer asistente de Adolf von Strümpell en la Universidad de Erlangen y autor de dos atlas de anatomía.

En la perspectiva de Jakob, el psiquismo es una descripción objetual. Los objetos internos representan el mundo circundante y en él a la persona. Este conjunto de objetos internos es el resultado sintético proveniente de las dos formas de estímulos vitales: la introyental (vegetativa simpática, que da la información nerviosa del cuerpo propio) y la ambiental (somática, que representa al ambiente y al cuerpo a través de sus componentes sensitivos y motores). Una importante consecuencia de esta concepción es la localización de las funciones viscerales en la corteza límbica, que establece, por primera vez en la historia de la neurobiología, Cristofredo Jakob. Describe así las vías de llegada de las sensaciones

viscerales desde el tallo cerebral a los cuerpos mamilares y de aquí, vía el fascículo de Vicq D'Azyr, al tálamo anterior y, finalmente, a la corteza cingulada. Elaboró así el concepto de sistema límbico, casi treinta años antes de que Papez esbozara la descripción de su famoso "circuito" en 1937.

Sus obras comprenden unos 20 libros y 180 artículos científicos. Entre ellas descuellan los dos volúmenes de su obra *Del cerebro animal al cerebro humano* (editada en 1911 en alemán, y en 1913 en español), el *Atlas del cerebro de los mamíferos de la República Argentina* (1913) y la monumental *Folia Neurobiológica Argentina*, cuyos siete volúmenes (cuatro atlas y cuatro tomos de texto editados entre 1939 y 1945) condensan el trabajo de casi medio siglo. En la *Folia*, Jakob explícita el ideal de reconstruir la génesis de la organización cerebral del hombre, su "encefalogonía biológica". El sistema nervioso central de los vertebrados está organizado en tres niveles jerárquicos de reacciones arqui, paleo y neoneuronales. El sistema arquineuronal comprende los arcos reflejos viscerales y somáticos. El sistema paleoneuronal, sede de las funciones instintivas, puede prolongar en el tiempo los efectos del estímulo. Finalmente, el sistema neoneuronal, que es el sustrato de la conciencia, tiene dos módulos topográficos: la corteza límbica y la corteza lateral. Es aquí donde el cerebro sostiene los contenidos de la experiencia individual y los objetos intencionados por la voluntad: es lo que Jacob denomina el ontopsiquismo. Otras obras de Jakob son: *Lecciones sobre anatomía y fisiología del sistema nervioso* (1900), *La leyenda de los lóbulos frontales como centros supremos psíquicos del hombre* (1906), *Consideraciones anatomobiológicas sobre los centros del lenguaje* (1906), *Sobre apraxia* (1907), *Afasia motriz y su localización* (1910), *La célula cortical en la locura* (1910).

### Alejandro KORN (1860-1936)



Alejandro Korn nació en Empalme San Vicente, provincia de Buenos Aires, en 1860. Recibió la instrucción primaria en su propia casa, proporcionada por maestros alemanes emigrados como su padre. Desde niño aprendió latín, francés y alemán, que fue su lengua materna tanto como el español. Estudió medicina y filosofía. Su tesis de doctorado en medicina se intituló *Locura y Crimen* (1883) y su tesis de filosofía *Fisiología del espíritu*. Ejerció como médico en las pequeñas localidades

de Navarro y Ranchos, adonde se radicó. En 1888 fue designado médico de policía.

En noviembre de 1897, el Gobernador de la Provincia de Buenos Aires, Guillermo Udaondo, le confió la Dirección del entonces Hospital Provincial de Melchor Romero, una colonia-hospital de 80 hectáreas (que Korn ampliará a 180 ha). En su gestión al frente del Hospital proporcionó a los pacientes un trato digno y respetuoso y bregó permanentemente por diseñar tratamientos para asegurar la reinserción en el medio ambiente habitual de los mismos. Fue Director hasta julio de 1916, fecha a partir de la cual, se dedicó por entero a la filosofía. En 1910 fundó la Sociedad Médica de La Plata, desempeñándose luego como su presidente.[]

Contando 21 años de edad, el 15 de junio de 1881, ingresó en la logia Germania N° 19 de la masonería argentina, la misma en la que participaba su padre; a los 23 años fue nombrado Venerable Maestro de su logia y, posteriormente, pasó a integrar la logia La Plata N° 80.

Adhirió a la Unión Cívica Radical desde su fundación en 1891, militó en sus filas pero, en 1918 se desafilió de ella y se orientó hacia el socialismo afiliándose al Partido Socialista en 1931.

Desarrolló una intensa actividad universitaria como docente y como alto funcionario en las universidades de La Plata y Buenos Aires, y fue una de las máximas figuras del movimiento reformista iniciado en Córdoba.

Se destacó como esgrimista y, en 1891, fue elegido presidente del Club Gimnasia y Esgrima de La Plata,

Alejandro Korn ha sido considerado junto a José Ingenieros como el fundador del pensamiento estrictamente filosófico en la Argentina, y parte del grupo fundacional de la filosofía latinoamericana. La base de la filosofía de Korn es el ataque frontal al positivismo y al realismo ingenuo. Con él se superó el positivismo y, por lo tanto, empezó una preocupación más directa y reflexiva por los problemas de la filosofía a la que concebía como una praxis ligada a los problemas y a la voluntad de los individuos y las comunidades democráticas concretas.

Llevaron el nombre de Alejandro Korn la ciudad en que nació, designada así desde 1964; el Hospital Neuropsiquiátrico de Melchor Romero, desde 1954; la Universidad Popular Alejandro Korn (UPAK), fundada el año de su muerte (1936) y activa desde entonces; una sala de la Biblioteca de la Universidad Nacional de La Plata y una cátedra libre en la misma universidad, creada en 1997 con el fin de difundir sus ideas y analizar las novedades en materia de arte, ciencia y filosofía.

Entre las obras principales de Korn cabe mencionar: *Socialismo ético*, (1918), *Inscript vita nova* (1918), *La Reforma Universitaria* (1919), *La libertad creadora* (1920), *Esquema gnoseológico* (1924), *El concepto de ciencia* (1926), *Axiología* (1930), *Apuntes filosóficos* (1935), *Influencias filosóficas en la evolución nacional* (1936), *Filósofos y sistemas* (1936), *Ensayos críticos* (1936), *Obras completas* (1949), *Juan Pérez* (1963), *Estudios de filosofía contemporánea* (1963).

### Enrique Eduardo KRAPF (1901-1963)



Enrique Eduardo Krapf nació el 4 de julio de 1901, en Nuremberg, Bavaria, en el seno de una familia judía perteneciente a la burguesía acomodada. Su padre era médico. Cursó precozmente la escuela elemental y obtuvo su título de bachiller en el Gymnasium Kaiser-Friedrich. Se recibió de doctor en medicina, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Leipzig en 1923 con la tesis intitulada: "Los síntomas catatónicos en la locura maniaco-depresiva". En 1924 ingresó como Practicante (*medizinalpraktikant*) en la Clínica Neurológica de la Facultad de Ciencias Médicas de Hamburgo donde trabajó con el Profesor Max Nonne, uno de los principales organizadores del campo de la neurología. Nonne lo envió a hacer una práctica en el Hospital Alemán de la Ciudad de Buenos Aires. En 1926, de vuelta en Alemania, obtuvo el cargo de Médico Interno de la Clínica Neuropsiquiátrica de la Facultad de Ciencias Médicas de Munich, dirigida por el Profesor Oswald Bumke, institución en la que, al año siguiente ascendió al cargo de Jefe de Clínica de la Cátedra de Psiquiatría y Neurología.

En 1928 fue nombrado Médico Agregado Extranjero de la Cátedra de Clínica Neurológica de la Facultad de Medicina de París que dirigía el Profesor Guillain y, en 1929, regresó a su antiguo cargo en Munich. En 1933 fue designado como *Privatdozent* de Psiquiatría y Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Colonia en donde fue Jefe de los Consultorios Externos

En 1932 fue nombrado asistente científico y Jefe de Consultorios Externos de la Clínica Neuropsiquiátrica de la Facultad de Ciencias Médicas de Colonia, bajo la dirección del Profesor Aschaffenburg. Poco después, debido a la persecución antisemita del régimen nazi debió emigrar a París adonde comenzó a trabajar en Neuropatología con el prestigioso profesor Ivan Bertran en La Salpêtrière. Se instaló luego en Escocia adonde, por examen obtuvo el título de Fellow de la Royal Society of Glasgow. Años más tarde en 1937, fue nombrado médico agregado extranjero de la cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Ciencias médicas de Londres dirigida por el profesor Mapother.

En 1933 emigró a la Argentina y resolvió y se inscribió como alumno en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires el 19 de febrero de 1934 con el propósito de revalidar todas las materias de la carrera y, en 1937, se alcanzó el título de Doctor en Medicina con una tesis sobre "La influencia del ritmo

estacional sobre la frecuencia de las enfermedades mentales. Contribuciones a una meteoropatología argentina", que dirigió el Dr. Gonzalo Bosch, por entonces director del Hospicio de las Mercedes. Ese mismo año ingresa al Hospicio de la Mercedes como Médico Agregado y, en 1938, fue nombrado Jefe Interino del Servicio de Admisión. En 1939 es Jefe del Servicio de las Fuerzas Armadas para pensionistas de 3ra. Clase y personal subalterno; en 1942, neuropsiquiatra honorario del Hospital Británico y, en 1945, Jefe de Servicio del mismo Hospital.

En Alemania, Krapf había conocido al profesor Braulio Moyano que había ido al Servicio de Bumke para estudiar neuropatología con Spielmeyer.

Paralelamente a su labor psiquiátrica Kraft completó su análisis didáctico con Angel Garma, tarea que ya había comenzado en Londres con Melanie Klein, quien vivía en Inglaterra desde 1936.

En la Facultad de Medicina, hizo la carrera docente. Fue Adscripto, docente libre en 1948 y Profesor Adjunto de 1949 a 1953. Fue asiduo colaborador de la *Revista Neuropsiquiatría* que contaba entre sus miembros a Ipar, Bonich, Goldenberg, Pereyra y Melgar. Entre 1951 y 1952 ejerció la función de Vicepresidente y luego Presidente del Comité Ejecutivo de la Federación Mundial para la Salud Mental. Asimismo, Krapf dictó durante cuatro años consecutivos, entre 1947 y 1950 un curso de Psicología Médica que formaba parte del Curso de Especialización para Médicos Psiquiatras que había organizado Osvaldo Loudet.

En 1951, durante el IV Congreso Internacional de Salud Mental reunido en México, Kraft contribuyó a la organización de la Sociedad Interamericana de Psicología, de la cual fue elegido primer Presidente.

Fue miembro de la Liga Argentina de Higiene Mental, desde 1936; de la Sociedad de Historia de la Medicina y de la Asociación Médica Argentina, ambas desde 1937; de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría desde 1938 y de la Sociedad de Psicología de Buenos Aires desde 1940, en la que fue vocal de la Comisión Directiva en 1942.

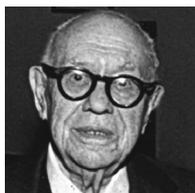
En 1953 partió hacia Ginebra y, desde ese momento las tareas ligadas a la Higiene Mental o Salud Mental comenzaron a formar parte de sus intereses principales. A principios de 1954 fue nombrado jefe de la Sección Salud Mental de la OMS, cargo en el que se jubiló en 1963. Durante su permanencia en la OMS trabajó diligentemente en la nueva concepción de salud que se explicitó en la Constitución de la Organización.

Kraft publicó tres libros: *Tomás de Aquino y la psicopatología* (1943), *Angustia, tensión y relajación* (1952) y *Psiquiatría* (1959), y numerosos artículos en revistas de la especialidad entre los que se destacaron: *Tres reformadores de la asistencia psiquiátrica: William Tuke, Dorothea Dix y Clifford Beer* (1942), *La nosología diferencial en Psiquiatría* (1943), *Los disfrénicos, personalidades psicopáticas* (1944), *Sobre el carácter senil* (1945), *Problemas de la medicina psicosomática* (1948), *El judío de Shakespeare. Una contribución a la psicología del antisemitismo* (1951), *Aspectos internacionales de la higiene mental* (1951), *Orien-*

taciones nuevas en higiene mental (1951), *Psicología médica y medicina psicosomática* (1956), *Relación de la psiquiatría y de la protección de la salud mental con la medicina clínica y las ciencias antropológicas* (1963).

Falleció en Ginebra, Suiza el 9 de diciembre de 1963.

### **Oswaldo LOUDET (1889-1983)**



Oswaldo Loudet Nació el 13 de abril de 1889. Su padre fue un destacado médico.

Comenzó sus estudios universitarios en la Facultad de Medicina en 1907, y se graduó en 1916, con una tesis sobre La pasión en el delito. Luego, ingresó al Hospital de Alienados como practicante. Fue presidente del Centro de Estudiantes de Medicina. En 1918, tiempos de la Reforma Universitaria, fue fundador y Primer Presidente de la Federación Universitaria Argentina.

Entre 1921 y 1922 fue médico agregado del Hospicio de las Mercedes y, en 1925, fue designado Médico Agregado del Hospital Nacional de Alienadas. También fue médico en el Hospital Melchor Romero de La Plata.

En 1927 fue designado Director del Instituto de Criminología de la Penitenciaría Nacional de Buenos Aires que, inicialmente estuvo a cargo de José Ingenieros, y fundó el anexo psiquiátrico de dicha penitenciaría.

Inició su trayectoria docente universitaria, primero en la Cátedra de Psicología Experimental de la Facultad de Filosofía y Letras (que había creado Ingenieros) y luego en la de Psiquiatría de la Universidad de La Plata. En esta cátedra, dictó los primeros cursos, en 1936, cuando la asignatura recién se había creado. Editó, durante más de 25 años, la Revista de Psiquiatría, Criminología y Medicina Legal.

En 1931 fue designado Profesor Titular de Clínica Psiquiátrica.

En los años 1942/43 fue Vicedecano de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires y, en 1943/44, Decano interino de esa Facultad.

En 1937 accedió al cargo de Profesor Extraordinario de Clínica Psiquiátrica y, en 1945 Profesor titular de Criminología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires. En el curso de su gestión como docente y como directivo de la Facultad, Loudet impulsó la creación de las carreras de especialización en Medicina Legal y Psiquiatría.

A los fines de su docencia y práctica clínica creó un modelo de Historia Clínica Criminológica, cuya aplica-

ción como así también los fundamentos sobre los cuales se asentaba -el estudio de la personalidad del delincuente- fue extendido a varios establecimientos penales y centros universitarios de América Latina.

A partir de 1950, Loudet relegó la docencia y se asentó como un gran conferencista. El 28 de diciembre de 1955 fue elegido para formar parte de la Academia Nacional de Medicina. Más tarde, también integró la de Farmacia y Bioquímica, la de Letras, la de Ciencias Morales y Políticas y la Academia de Ciencias de Buenos Aires.

Entre 1970 y 1980, fue director del Instituto Popular de Conferencias y dictó numerosas exposiciones públicas, sobre filosofía, medicina y humanismo.

Criminólogo, psiquiatra, médico legista e historiador de la medicina fue autor de numerosas obras, entre las que se cuentan los libros: *Las reacciones antisociales de los débiles mentales*, *El Padre Castañeda a la luz de la Psicología Patológica*, *Pedagogía Universitaria*, *¿Qué es la locura?*, *Historia del Instituto Libre de Segunda Enseñanza*, *Médicos Argentinos*, *Historia de la Psiquiatría Argentina*, *Ensayos de crítica e historia* y *Los médicos en los ejércitos de la libertad*.

Oswaldo Loudet falleció en Buenos Aires en 1983.

### **Lucio MELÉNDEZ (1844-1901)**



Lucio Meléndez nació el 2 de marzo de 1844 en la ciudad de La Rioja, adonde permaneció durante su infancia y parte de su adolescencia. Fue hijo del matrimonio formado por José Reyes Meléndez, chileno, y Loreto Herrera, dama de la sociedad riojana.

El padre de Lucio murió siendo éste muy pequeño y fue un cuñado, el coronel Nicolás Barros, quien aseguró el sostén y guía del niño.

Uno de sus biógrafos, recuerda que "La Rioja, en ese entonces, con sus industrias primitivas, con su comercio pobre, sin institutos de cultura; y conmovida por los entreveros de la guerra civil, era apenas una aldea colonial, henchida de virtudes y dolores bajo su estameña franciscana" -y agrega- "... imaginad al niño, allá en el año 1855, cuando todavía las montoneras de Peñalozavan y vienen por los campos y los pueblos, y las intrigas palaciegas del viejo Bustos entran y salen del Cabildo. La mujer de un santero (escultor de imágenes religiosas) le enseña el abecedario y las nociones primarias [que luego completa en la escuela de un sacristán]. A falta de papel -porque el que iba a La Rioja se empleaba en tacos para las tercerolas y los fusiles- el muchacho escribe los

palotes, los números y las primeras palabras en tablas de cactus y de algarrobo, cuando no en tejas de arcilla y hojas de árbol. Y todo a punta de carbón y de ladrillo en vez de tiza”.

Su capacidad de observación y su curiosidad por los fenómenos naturales, particularmente biológicos, diseccionando ratas y lagartijas, indujo a Barros a enviarlo a realizar estudios -con el proyecto de que luego siguiera la carrera de medicina- en el prestigioso colegio de Monserrat, dependiente de la Universidad de Córdoba; ciudad a la que arribó, en 1860, contando dieciséis años. Allí cursó, durante ese año y los dos siguientes, 1861 y 1862, casi todas las materias correspondientes a los tres años de la escuela Preparatoria. Probablemente, en previsión de sus posteriores estudios de medicina, Meléndez se trasladó a Buenos Aires en 1863 y cursó, en ese año y en el de 1864, las materias que le restaban para obtener su diploma de Estudios Preparatorios.

Al año siguiente, 1865, ingresó a la Facultad de Medicina. Siendo aún estudiante y junto a dos de sus condiscípulos en los estudios de medicina -Pinto y Echegaray-Meléndez participó de la guerra del Paraguay, durante la cual reemplazó al flebotomista Venkelmar.

Luego de la guerra, finalizada en enero de 1869, y todavía durante el período de sus estudios, siendo practicante mayor en el Hospital General de Hombres de Buenos Aires, Meléndez participó activamente en la asistencia prestada a las víctimas de las epidemias de cólera y fiebre amarilla que se desencadenaron en 1869 y 1871 respectivamente.

En septiembre de 1871 solicitó, como ex alumno, al Presidente de la Facultad, que se le tomara el examen general, que se designara día para el mismo y le comunicó que el tema elegido para su Tesis era: Aneurismas externos. Con estas instancias de evaluación aprobadas obtuvo, finalmente, el título de médico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1872 a la edad de veintiocho años. Su tesis contó con el padrinazgo del profesor Santiago Larrosa, secretario y profesor de Fisiología de dicha casa de estudios.

Tres años después de su graduación como médico, con fecha 31 de marzo de 1875, Lucio Meléndez fue nombrado profesor sustituto de Clínica de las Enfermedades de la Piel y Sifilíticas, y al año siguiente, en 1876, catedrático sustituto de Nosografía Quirúrgica. Su primer trabajo clínico fue publicado en 1876 y trata de un caso de locura por anemia cerebral.

En 1876, luego de algunos años de desempeñarse como Médico de Cárcel, sucedió al Dr. José María Uriarte, en el cargo de Director del Hospicio de San Buenaventura.

En 1878, fue nombrado por el gobierno de la Provincia de Buenos Aires para ocuparse de combatir la epidemia de viruela que azotaba a los partidos de la campaña.

En 1879, Meléndez escribió con Emilio R. Coni una “Estadística sobre los alienados de la provincia de Buenos Aires”. Dicho trabajo, redactado en francés, y luego traducido al castellano para su publicación en la Revista

Médico Quirúrgica, fue leído el 13 de septiembre de ese año en la reunión de la 6° Sección (Psiquiatría) del Congreso Internacional de Ciencias Médicas de Amsterdam. Ese extenso escrito en el que los autores analizan múltiples aspectos de la situación sanitaria y de las instituciones de salud, puede ser considerado como el estudio inaugural de Epidemiología y Salud Pública de la psiquiatría en la Argentina.

En 1880, Meléndez, acompañado por su esposa, hizo un viaje de descanso a su ciudad natal, La Rioja. Durante su estada allí, lejos de descansar, Meléndez atendió enfermos que se le acercaban en busca de ayuda, hizo estudios de descripción del suelo de su provincia y de las condiciones sanitarias de la misma e investigó las posibles causas del “chucho” (nombre local que se le daba al paludismo), enfermedad de origen desconocido en la época.

Durante la gestión de Meléndez al frente del Hospicio de San Buenaventura se llevó una minuciosa estadística, se realizaron obras de ampliación y el 5 de mayo de 1887, siendo presidente Julio A. Roca e intendente municipal Torcuato de Alvear, se inauguraron las nuevas instalaciones bajo la advocación de la Virgen de las Mercedes, patrona de los presos y asilados. El mismo Meléndez fue padrino de la ceremonia junto al director de la asistencia pública José María Astigueta. En 1884, durante la presidencia de la república de Julio A. Roca, la Academia de Medicina creó nuevas cátedras, entre ellas la de Patología Mental. Meléndez fue nombrado, en 1886, en el cargo de profesor titular disputándolo con Eduardo Pérez y José María Ramos Mejía. Lucio Meléndez fue así el primer profesor de dicha unidad académica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

A lo largo de su vida Lucio Meléndez produjo una extensa obra escrita que incluyó más de cien artículos publicados en revistas especializadas (fue colaborador durante años de los “Anales del Círculo Médico Argentino” y de la “Revista Médico-Quirúrgica”) sobre temas sanitarios, nosográficos, de medicina legal, etc., y la serie de más de cincuenta observaciones clínicas en las que plasmó su forma de abordaje de las enfermedades mentales.

A los cincuenta años, probablemente debido a una afección cardíaca Meléndez se retiró de toda actividad académica y asistencial y decidió instalarse en el pueblo de Adrogué, Provincia de Buenos Aires, adonde falleció, el 7 de diciembre de 1901, a la edad de cincuenta y siete años. Sus restos fueron llevados a Buenos Aires y sepultados en el cementerio de la Recoleta.

Llevar, actualmente, su nombre un hospital de la provincia de Buenos Aires, sito en el pueblo en donde murió: Adrogué y un pabellón del Hospital “Melchor Romero” de la localidad de Alejandro Korn, provincia de Buenos Aires.

Su discípulo Domingo Cabred lo sucedió en la dirección del Hospicio de las Mercedes y en la cátedra de Enfermedades Mentales.

### Braulio MOYANO (1906-1959)



Braulio Aurelio Moyano nació en Villa Mercedes, provincia de San Luis, el 21 de agosto de 1906. Se graduó como médico, en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires en 1928. En 1930, hizo conocer un opúsculo con aportes a la difícil coloración de la neuroglía y más tarde, en 1932, presentó su tesis de doctorado intitulada: "Demencia senil y presenil". En 1939 asumió la jefatura del laboratorio del Hospicio de las Mercedes, y desde 1946 hasta 1959 fue Jefe de Servicio Psiquiátrico en el Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de Mujeres, que actualmente lleva su nombre.

Moyano, quien tenía un carácter muy retraído, optó por vivir en el hospital neuropsiquiátrico y permaneció soltero. Trabajó como investigador con Cristofredo Jakob en el Laboratorio de Neurobiología del Hospital Nacional de Alienadas, y luego viajó a Europa adonde completó su formación junto a grandes científicos con quienes luego mantuvo estrecha amistad, como Hugo Spatz, Max Hallervorden y Pío del Río Hortega. Con el tiempo dirigiría el laboratorio en el Hospital Neuropsiquiátrico de Hombres, mientras Jakob pasó a dirigir el laboratorio ubicado en el de mujeres.

Moyano pretendió aunar el estudio de la anatomía patológica con la medicina clínica y la genética. Sus comunicaciones en este sentido también tuvieron resonancia internacional.

En 1931 Moyano descubrió que dos enfermedades, la demencia de Pick y la demencia de Alzheimer, presentaban en el cerebro ovillos y placas, visibles al microscopio. También descubrió que el primer síntoma de la demencia de Pick es la pérdida del lenguaje interior y, en 1935, junto a Roque Orlando, describió el mecanismo causal del signo de Argyll Robertson, consistente en la desmielinización de las fibras nerviosas del iris. En 1941, junto a Gonzalo Bosch, publicó un detallado informe sobre el mecanismo de acción de la malarioterapia.

Ni bien el famoso neurocirujano Ramón Carrillo, asumió con rango de ministro en el flamante Ministerio de Salud de la Nación, creado bajo la presidencia del Gral. Juan Domingo Perón, le solicitó a Moyano que lo acompañara como su segundo. Moyano no aceptó la propuesta, entendiendo que no se consideraba apto para trabajar en esas funciones de alta responsabilidad. Fue nombrado entonces como Secretario General de Investigaciones Científicas, y estableció su despacho en la habitación del hospital donde vivía. En 1944 recibió el Premio Nacional de Ciencias, por su trabajo sobre "Ana-

tomía patológica de las enfermedades mentales".

Braulio A. Moyano escribió numerosas obras especializadas, como *Histopatología de la esclerosis lobar progresiva y simétrica* (1931), *Demencia senil y demencias preseniles* (1933), *Patogenia del signo de Argyll-Robertson en la parálisis general* (1935), *Las lesiones de la oliva bulbar en la parálisis general progresiva* (1936), *Sobre la anatomía patológica de la parálisis infantil* (1936), *Anatomía patológica de la arterioesclerosis cerebral* (1938), *Sobre el mecanismo de acción de la cura palúdica en la parálisis general progresiva* (en colaboración con Gonzalo Bosch), y *Anatomía patológica de las enfermedades mentales*, obra de 1944 por la que se le otorgó el Premio Nacional de Ciencias Aplicadas a la Medicina.

Disgustado por los cambios en la administración científica sobrevinientes tras la revolución militar de 1955, Moyano pasó su último mes de vida muy pensativo, contemplando el invierno desde los ventanales del laboratorio en el Hospital Borda. Cuando falleció en Buenos Aires, el 7 de julio de 1959, contaba apenas 53 años.

### Juan M. OBARRIO (1878-1958)



Juan M. Obarrio nació el 18 de mayo de 1878 en la ciudad de Buenos Aires, hijo del doctor Manuel Obarrio.

Cursó sus estudios secundarios en el Colegio Nacional de Buenos Aires. Se doctoró en 1902 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires con una tesis titulada "Localizaciones medulares", que desarrolló en el Hospicio de las Mercedes bajo la guía del doctor Cristofredo Jakob y obtuvo el Premio Facultad.

Especializado en neurología y psiquiatría, en 1918 ocupó temporalmente la dirección del Instituto Frenopático, primera clínica psiquiátrica privada de la Argentina, fundado en 1880 por los doctores Rafael Herrera Vegas, Felipe Solá y Eduardo M. Pérez.

Obarrio integró la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales presidida por el doctor Domingo Cabred, impulsó la creación de consultorios externos en el Hospital Nacional de Alienadas, trabajó desde su especialidad en el Hospital de Niños y fundó el servicio de Neurología y Psiquiatría del Hospital Rivadavia, siendo jefe del mismo en 1927.

El 2 de agosto de 1929 se lo eligió para ocupar el sitial N° 1 en la Academia Nacional de Medicina.

Ese mismo año impulsó la creación de la "Liga Argen-

tina de Higiene Mental”, y a esos efectos convocó a una reunión de los principales especialistas en la materia de la ciudad de Buenos Aires, quienes el 6 de diciembre de 1929 decidieron unánimemente fundarla eligiendo al doctor Gonzalo Bosch para presidirla.

Entre 1932 y 1938 estuvo al frente de la Asistencia Pública en la ciudad de Buenos Aires.

Fue también el primer director del Hospital de San Isidro, en el partido de ese nombre, provincia de Buenos Aires. El hospital había sido fundado en 1892 por la Sociedad de Socorros de San Isidro e inaugurado en el año 1909, fue uno de los principales centros de salud del área hasta la creación del nuevo Hospital Central de esa localidad del cono urbano bonaerense. Vecino el mismo durante muchos años, Obarrio fundó y dirigió los periódicos locales *La Libertad* y *La Estampa*, y junto a su amigo el doctor José María Pirán donó el primer local de la Biblioteca Popular de San Isidro.

Durante su carrera se interesó en la medicina forense y llegó a presentar diversos proyectos legislativos sobre alienados y toxicómanos. Escribió también alrededor de cincuenta trabajos en el área de la psiquiatría, destacándose los relacionados con el alcoholismo infantil. Escribió ciento doce ensayos sobre neurología entre los que destacan *El tratamiento del hemibalismo*, *La enteroposis como causa de la neuritis de los plexos lumbosacros* y, en particular, sus trabajos acerca de la enfermedad de Parkinson y de los tumores de la línea media cerebelosa. Los reflejos en el síndrome coreico llevan el nombre de reflejo de Morquio-Obarrio Luis Morquio (1867–1935), médico uruguayo con una destacada labor académica, de investigación y en clínica pediátrica.

Juan M. Obarrio falleció en Buenos Aires el 26 de mayo de 1958. Un hospital colonia en San Miguel de Tucumán lleva su nombre.

### **Elpidio R. OLIVERA (1924-2016)**



Elpidio Ramón Olivera nació en la provincia de La Rioja en 1924 y estudió medicina en la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), egresando en 1952 con el tradicional título de Médico Cirujano que expedía la Facultad de Medicina de esa casa de estudios. Inmediatamente después ingresó al “Instituto Neuropático”, que dirigía el Dr. Gregorio Bermann para realizar su formación psiquiátrica.

En 1957 fue nombrado docente de la Cátedra de Semiología Neurológica de la Facultad de Medicina de la UNC., adonde practicó brillantemente la docencia hasta 1976, fecha en la que fue separado del cargo por las autoridades de la dictadura militar. Esa arbitraria medida de discriminación ideológica fue reparada con la reincorporación de Olivera a su antiguo puesto con el retorno de la democracia en 1984.

En 1958 fundó, junto a otros colegas el “Centro Psiquiátrico” para la discusión de la problemática en la especialidad, del cual fue el primer Presidente; y, desde 1959 y hasta 1995, fecha de su jubilación, fue Jefe del Servicio de Psicopatología del Hospital Privado de Córdoba.

En 1970 ocupó el puesto de Vice-presidente de la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP), bajo la presidencia de su colega y amigo el Dr. Gervasio Paz.

Ya en 1957 fundó el primer centro privado de formación de psiquiatras del interior del país, con reconocimiento del Consejo de Médicos, y desde 1960 hasta 2002 fue presidente del Comité de Psiquiatría del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba y Director de los Cursos de Recertificación. Como reconocimiento a su dilatada y prolífica trayectoria la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) lo designó presidente de honor de su XXIV Congreso Argentino de Psiquiatría en el año 2009.

Miembro del Comité Científico de Verex, *Revista Argentina de Psiquiatría*, eminente psicopatólogo, gran lector de los autores clásicos y muy versado en la medicina griega Olivera fue autor de importantes trabajos como: “*El juicio de insania en la Grecia clásica*” (2000) y “*Platón y los médicos y sus pacientes*” (2011).

Elpidio Ramón Olivera falleció en Córdoba el 6 de junio de 2016.

### **Carlos Rodolfo PEREYRA (1903-1965)**

Carlos Rodolfo Pereyra nació en la ciudad de La Plata, en el seno de una familia humilde, el 9 de abril de 1903.

Cursó sus estudios primarios y secundarios en el Colegio Nacional dependiente de la Universidad de La Plata. Posteriormente ingresó a la Facultad de Derecho de esa Universidad, donde cursó dos años, al cabo de los cuales se orientó al estudio de la medicina en la Facultad de Medicina de la misma Universidad hasta cumplir el tercer año de la carrera, participando activamente en el Centro de Estudiantes de esa casa de estudios y como Delegado Estudiantil ante el Consejo Superior. A partir del cuarto año completó sus estudios en la Universidad de Buenos Aires.

Simultáneamente fue practicante de la Asistencia Pública de Berisso, provincia de Buenos Aires, de 1933 a 1935, año en el que obtuvo el diploma de médico.

En 1933 obtuvo el cargo de practicante del Hospicio de las Mercedes por concurso y fue designado ayudante del Prof. Gonzalo Bosch, entonces profesor titular de psiquiatría, el 9 de julio de 1935, coincidentemente con el fin de sus estudios de medicina.

Vivió en La Plata con su esposa, con la que contrajo matrimonio en 1935, y con la que tuvo cuatro hijos, hasta que ganó por concurso el cargo de Jefe de Servicio del Hospicio de las Mercedes, actual Hospital Nacional "José T. Borda", de la Ciudad de Buenos Aires. Dicho cargo otorgaba una vivienda dentro del hospicio, por lo que trasladó allí su domicilio.

Allí fue creciendo la familia y nacieron los hijos. Sus hijos varones siguieron los pasos del padre y cursaron primero la carrera de medicina y luego se especializaron en psiquiatría.

Pereyra cultivó una estrecha relación profesional con su maestro Gonzalo Bosch, con quien compartió el consultorio particular y sus colegas Ramón Melgar y Carlos Beta, entre otros.

Fue designado secretario técnico interino del Hospicio en 1936 manteniendo ese puesto hasta 1938 y, simultáneamente, fue encargado del Servicio N° 6. Posteriormente pasó como jefe del Servicio Esquirol del mismo hospital desde 1938 hasta 1946, año en el que fue dejado cesante sin sumario previo, por razones políticas.

En 1943 presentó su tesis de doctorado sobre uno de los temas centrales de su interés: *Esquizofrenia, demencia precoz*, con la que obtuvo el Premio Facultad de Medicina, otorgado por primera vez a una tesis de doctorado en psiquiatría.

En 1947 inauguró, junto con el Dr. Rivero, el Sanatorio "Pinel", para enfermos mentales, sito en Castelar, provincia de Buenos Aires.

En 1950 fundó el Servicio de Psicopatología del Hospital Italiano de Buenos Aires, donde fue designado, por sus méritos, médico consultor de Psicopatología *ad honorem* y médico jefe consultor desde el 7 de septiembre de 1950 el 2 de agosto de 1965. Esta actividad en el Hospital Italiano abrió una nueva perspectiva en la atención de los enfermos mentales, ya que inauguró la instalación de Servicios de Psicopatología en los hospitales generales.

Pronto esa iniciativa fue seguida por algunos de sus discípulos, que crearon Servicios de Psicopatología en otras instituciones policlínicas: en el Hospital "B. Rivadavia", el Prof. Obarrio, en el Hospital Militar Central, el Prof. Allaria y en el Hospital "P. Piñero", el Prof. Arditti Rocha.

El 5 de julio de 1956, las autoridades del gobierno de facto de la llamada Revolución Libertadora, decidieron reponerlo en el cargo de Jefe de Servicio en el Hospicio de las Mercedes por Decreto 12.111 del Ministerio de Salud Pública, pero Pereyra inmediatamente luego de aceptar renunció al mismo.

Excelente docente, su facilidad de expresión y riqueza de lenguaje le permitían exponer con absoluta

claridad los temas más complejos de la psiquiatría. Gran semiólogo, sus mostraciones de pacientes ante los alumnos eran famosas por la claridad con que iban surgiendo signos y síntomas de los distintos cuadros clínicos.

Fue ayudante de la Cátedra de Psiquiatría del Prof. Gonzalo Bosch durante los años 1934 y 1935, profesor de Semiología Psiquiátrica desde 1935 hasta 1937 en la Escuela de Visitadoras de Higiene Mental, Jefe de Trabajos Prácticos del Curso Libre Completo del Prof. Gonzalo Bosch desde 1936 hasta 1942 y jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Psiquiatría desde 1945 hasta 1946.

Desde 1943 hasta 1951 fue Jefe de Clínica de la Cátedra de Psiquiatría.

Sus clases como encargado de la enseñanza de Semiología Psiquiátrica del Curso Superior de Médicos Psiquiatras durante 11 años, desde 1944, tuvieron una gran trascendencia fueron y dieron origen al libro de Semiología de los procesos de la esfera intelectual.

En 1959 fue designado profesor adjunto de Clínica Psiquiátrica, por resolución N° 204 del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, junto a los Dres. Enrique Eduardo Kraft, Luis María Martínez Dalke, Braulio Moyano y Ramón Melgar; cargo al que renunció de manera indeclinable el 19 de abril de 1961.

Paralelamente a su actividad médica y docente Pereyra publicó entre 1936 y 1954 numerosos trabajos en revistas y reuniones científicas resultantes de sus tareas de investigación entre los cuales se destacaron los relativos a la clínica de la demencia parálitica, las psicosis esquizofrénicas, el síndrome post conmocional, el síndrome de despersonalización, el tratamiento de las neurosis, la técnica de la insulino terapia y las indicaciones del electroshock, la herencia en psiquiatría, los trastornos adquiridos de la personalidad, la psicopatología de la epilepsia, etc.

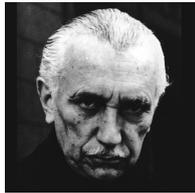
También fue autor de perdurables libros de la especialidad: *Esquizofrenia-demencia precoz* (1943), *Cesación del coma hipoglucémico* (1944), *Las Parafrenias. Delirio Crónico de ideas Polimorfos* (1945), *Semiología y Psicopatología de los Procesos de la Esfera Intelectual* (1951) y *Demencias, diagnóstico diferencial* (1960).

Desde 1938 Pereyra fue miembro de la Comisión Directiva de la Liga de Higiene Mental y miembro titular de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría, ocupando el cargo de presidente de ésta última en el periodo 1951-1952 a la cual representó ante el Comité Organizador del Congreso Internacional de Psiquiatría de París, organizado por Henri Ey en 1950.

También fue miembro titular de la Sociedad Argentina de Criminología y del Consejo Directivo Provisional de la Sociedad Interamericana de Psicología (Rama Argentina) en 1955. En 1956 fue designado Miembro de Honor de la Sociedad General Médica Psicoterapéutica de Viena.

Carlos Rodolfo Pereyra falleció de una enfermedad cardíaca el 2 de agosto de 1965.

## Enrique PICHON RIVIÈRE (1907-1977)



Enrique Pichon Rivière nació el 25 de junio de 1907 en Ginebra, Suiza, de padres franceses y llegó a la Argentina a la edad de cuatro años. Su familia se instaló en el Chaco y luego en Goya, provincia de Corrientes, adonde pasó su infancia. Tras una breve experiencia en Rosario, cursó la carrera de medicina en la Universidad de Buenos Aires, mostrando desde el comienzo de su formación un intenso interés por la problemática de la patología mental. Se graduó de médico en 1936. Trabajó como psiquiatra en el asilo-colonia de la localidad de Torres en la provincia de Buenos Aires. Allí, trabajando con niños y adolescentes que padecían de retraso mental, Pichon observó que entre los pacientes internados, había una parte cuya patología obedecía a causas orgánicas, en tanto otros carecían de esa característica; eran sujetos físicamente armoniosos, con capacidad para la música, y el desarrollo de muchas habilidades, a la vez que también evidenciaban un retraso intelectual. Investigando a estos pacientes, constató que los grupos familiares de los que provenían presentaban características relativamente comunes, en particular un tipo de relación de intensa sobreprotección del niño o joven denominado "con dificultades" y que eso se había dado desde su temprana infancia. A estos pacientes los denominó oligotímicos y trabajó con ellos en la posibilidad de lograr el desarrollo de distintos tipos de aprendizaje, así como el efecto terapéutico e integrador del juego grupal, en este caso el fútbol, una de sus grandes pasiones. La experiencia desplegada en el Asilo de Torres dejó en Enrique Pichon Rivière una inquietud, entonces no tenida en cuenta en los medios psiquiátricos, acerca del rol del grupo familiar en el desarrollo de ciertas patologías.

Poco después pasa al Hospicio de las Mercedes adonde trabaja largo tiempo. En el plano de la terapéutica Pichon, además de introducir el electroshock -relata que el mismo Cerletti, a quien no conocía, había enviado uno de los aparatos de su invención al Hospicio-, fue uno de los primeros en ensayar la imipramina en la Argentina. Esa droga que fue creada en 1957, fue empleada, inmediatamente, por Pichon en una investigación clínico terapéutica en la que lo asistieron los Dres. Vidal, Taragano, Benchetrit y Marranti de la que resultó un artículo "Empleo del Tofranil en psicoterapia individual y grupal", publicado en *Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, en 1960.

Fue co-fundador junto a Angel Garma, Celes Cár-

camo, Arnaldo Rascovsky, Enrique Ferrari Hardoy y Marie Langer, de la Asociación Psicoanalítica Argentina (A.P.A.), en 1942. Se analizó con Garma y se sumó a la tarea pionera de institucionalizar el psicoanálisis en Buenos Aires. Más tarde se alejó de la A.P.A. para orientarse a su original trabajo teórico y técnico en el campo de la Psicología Social y fundó su Escuela. Creador de los Grupos Operativos y de la noción de ECRO (Esquema Conceptual Referencial Operativo) ejerció una influencia determinante como maestro sobre varias generaciones de psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas argentinos hasta la actualidad. Realizó estudios importantes sobre arte y locura e incursionó en el periodismo. En 1937, se casó con la reconocida psicoanalista Arminda Aberastury. Ingresó por esa época al Hospicio de las Mercedes adonde realizó su formación como psiquiatra y trabajó como tal por espacio de quince años. Fue Jefe de Servicio de Psiquiatría de la Edad Juvenil y realizó allí sus primeras experiencias de grupos operativos. En 1946, dictó un ciclo de conferencias en el Instituto francés de estudios superiores que conforman un libro: *Psicoanálisis del Conde de Lautréamont*. En 1951, viajó a París para un Congreso de Psicoanálisis donde conoció a Jacques Lacan con quién trabó amistad.

En 1971, se reunieron en dos volúmenes sus artículos y conferencias bajo el título "Del Psicoanálisis a la Psicología Social" que se constituye en un verdadero testimonio de su obra.

Su principal aporte fue implantar en nuestro país el interés por los grupos en la sociedad; tema de avanzada que llegaba de Europa y de los Estados Unidos. Sus primeras experiencias grupales las llevó a cabo en el Servicio de Admisión del Hospicio de las Mercedes, allí descubrió casi intuitivamente que trabajando con los enfermeros producía cambios en la población de enfermos. La segunda experiencia clave fue la observación de la modalidad de funcionamiento del grupo familiar que acompaña al paciente. Así se replanteó el proceso de enfermar dentro de un contexto diagnóstico, pronóstico y de tratamiento. Fue entonces que propuso también, al entonces Director del Hospital, Gonzalo Bosch, la creación del Servicio exclusivo para adolescentes llamado "Sala de Edad Juvenil", antes mencionado, que funcionó bajo su dirección.

Al abandonar el Hospital desarrolló una concepción propia. Fundó, en 1955, con el apoyo de la Facultad de Ciencias Económicas, el Instituto de Estadística de la Facultad de Filosofía y su Departamento de Psicología, el IADES (Instituto Argentino de Estudios Sociales) que desarrolló experiencias de trabajo institucional y comunitario, estudios de opinión, etc. y dictó, además, un curso de coordinación de grupos con el objetivo de formar operadores sociales que pudieran influir en la comunidad. En 1958, en el marco institucional del IADES, se desarrolló la Experiencia Rosario, considerada el acta de fundación de los Grupos Operativos, creación original de Pichon Rivière. Años más tarde esta Institución se convirtió en la Primera Escuela Argentina de Psicología

Social y el grupo operativo en su instrumento de trabajo. Entre los aportes significativos del autor no puede dejar de mencionarse su particular forma de entender la Psicología Social más allá de los vínculos interpersonales, como un interciencia cuyo campo es abordado por múltiples disciplinas. A esto denominó Pichon una Epistemología Convergente. Reemplazó la noción de relaciones de objeto freudiana por la de vínculo, propuso la dialéctica como fundamento del cambio y al diálogo operativo como el instrumento. Sus referentes teóricos fueron desde Marx hasta la psicología social americana, pasando por Melanie Klein, Kurt Lewin, Sartre, Politzer, Lagache, Moreno y la Escuela de Palo Alto.

Líder y maestro, introductor de la psiquiatría dinámica en la Argentina, creador, como se dijo, de la teoría de los grupos operativos y muchos otros conceptos originales, Pichon Rivière se convirtió en referente obligado para más de una generación de psicoterapeutas y numerosos investigadores en el campo de la teoría social.

Entre sus obras principales se cuentan: *Teoría del vínculo*, selección temática de transcripciones de sus clases, años 1956/57, realizada por Fernando Taragano (1985), *El proceso creador* (1987), *El proceso grupal*, en colaboración con Ana Pampliega de Quiroga (1999), *Psicología de la vida cotidiana* (1985), *La Psiquiatría, una nueva problemática* (1983), *Del psicoanálisis a la psicología Social, Psicoanálisis del Conde de Lautréumont* (1992), además de sus conocido diálogo con Vicente Zito Lema publicado con el título *Conversaciones con Enrique Pichon Rivière* (1975).

Enrique Pichon Rivière falleció en Buenos Aires el 16 de julio de 1977.

### José María RAMOS MEJÍA (1852-1914)



Hijo del coronel Matías Ramos Mejía y de doña Francisca Madero, José María Ramos Mejía nació en Buenos Aires el 24 de diciembre de 1849, creció en la estancia familiar y se educó en Buenos Aires. Fue su guía en los estudios el destacado historiador Vicente F. López, quien ejerció una influencia decisiva en la posterior orientación del joven médico.

Ramos Mejía fue un autodidacta. Aprendió en las mismas fuentes europeas que llegaron a conocer Alberdi y Sarmiento, y en las que se inspiró toda la "generación del 80". Ya desde su época de estudiante se mostró como una personalidad comprometida con los problemas universitarios que hacían necesaria la reforma.

En 1875 fundó el Círculo Médico Argentino, y en 1879 se graduó como doctor en medicina con la tesis *Apuntes clínicos sobre traumatismo cerebral*. A partir de entonces, consagrado como uno de los grandes hombres del pensamiento nacional, Ramos Mejía ocupó cargos importantes en la administración pública. En 1880 fue elegido diputado nacional y, en 1882, vicepresidente de la Comisión Municipal de Buenos Aires, adonde promovió la Asistencia Pública, institución que dirigió desde 1873.

En 1887 fundó el Departamento Nacional de Higiene, que más tarde dirigió durante seis años. Desde ese cargo impulsó el sanitarismo en Buenos Aires, con medidas contra la fiebre amarilla, la creación de un hospital flotante y del Lazareto de Martín García, de la Inspección Sanitaria del Puerto, de los servicios de limpieza de las aguas y del Instituto de Bacteriología. Además, hizo una seria campaña contra la viruela, tomó medidas eficaces contra la lepra, y reglamentó el ejercicio de la medicina y el de la farmacia, al ordenar la redacción del Codex Medicamentario. También en 1887, creó la cátedra de "Patología nerviosa" en la Facultad de Medicina, desempeñándose en el hospital San Roque como jefe de Sala de esa especialidad. Su enseñanza inició institucionalmente en el país los estudios de neurología. Tuvo numerosos discípulos, como José Ingenieros, Lucio V. López y Luis Agote. Desde 1908 hasta 1912 fue presidente del Consejo Nacional de Educación; tarea en la cual se guió por dos ideas fundamentales: multiplicar las escuelas y acentuar el carácter nacional de la enseñanza.

La mayor parte de sus estudios médico-legales ha quedado dispersa en revistas técnicas, o inédita. Una parte está reunida en el volumen *Estudios clínicos sobre las enfermedades nerviosas y mentales*. Estas obras y sus *Estudios médico-forenses sobre la degeneración, las neurosis y las enfermedades mentales*, lo colocaron como uno de los iniciadores de la psiquiatría argentina. Su libro más importante fue *Las multitudes argentinas* (1899), estudio de psicología colectiva que sigue el modelo establecido por Le Bon en *Psychologie des foules*, publicado sólo un año antes. Partiendo de un sociologismo evolucionista de marcado cariz biológico, analiza la dimensión social y política de la inmigración masiva y la gobernabilidad de las masas, aplicando a la historia social los principios de la historia natural, como era característico en la corriente positivista. Escribió también un trabajo histórico, lleno de pasión, titulado *Rosas y su tiempo*.

Entre sus obras se destacan *La neurosis de los hombres célebres en la historia argentina* (1878), que lo consagró como un intelectual de fuste, una serie de biografías psicológicas en las que busca los fundamentos científicos de la neurosis; *Las multitudes argentinas* (1899) obra muy influenciada por el pensamiento de Gustave Le Bon; *Los simuladores de talento* (1905), *La locura en la historia* (1905), obra prologada por Paul Groussac, y *Rosas y su tiempo* (1907).

José María Ramos Mejía falleció en Buenos Aires en 1914.

**Telma RECA  
(1904-1979)**



Pionera y maestra de la clínica psiquiátrica infanto-juvenil en la Argentina, se graduó como médica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (1928), poco después obtuvo una beca en los EE. UU. para realizar estudios sobre delincuencia juvenil (1930) y ya allí, en el Vassar College de Nueva York, obtiene el título de Master of Arts (1931). En 1932 se doctora en Medicina con la tesis "Delincuencia juvenil", que le valió el premio Eduardo Wilde. Esta distinción le permitió viajar nuevamente a los EE. UU. A su regreso creó el consultorio de Higiene Mental Infantil dependiente de la Cátedra de Pediatría del Hospital de Clínicas de Buenos Aires (1934), que luego se denominará Centro de Psicología y Psiquiatría (1942). En 1941 obtiene el título de Médica Legista. En 1942 y 1947, becada por la Fundación Rockefeller, profundizó sus estudios sobre psiquiatría infantil y estudió la organización de las Child Guidance Clinics (Clínicas de conducta infantil), realizando investigaciones sobre los resultados de la psicoterapia en los niños y los adolescentes. En esos años fue Jefa de las Divisiones (Segunda infancia y Niños anormales y abandonados) del Departamento de Higiene del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública (1937-1948). Entre 1955 y 1957 se radicó en los EE. UU. y, a su regreso, colaboró con la creación de la carrera de Psicología, dependiente de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Allí se desempeñó como profesora titular de diversas cátedras -Psicología Evolutiva I, II (1958-66), Clínica de niños I y II (1960-66)- y Directora del Departamento de Psicología (1961-63), hasta su renuncia en 1966. En esos años crea, el Centro de Psicología y Psicopatología de la Edad Evolutiva dependiente de la Universidad de Buenos Aires, que brindaba asistencia interdisciplinaria y realizaba investigación (1959-1966). En 1967 fundó junto con algunos colaboradores, una institución privada llamada Centro de Estudios Médico-Psicológicos de la Niñez y Adolescencia (CEAM).

Para Reca es central el concepto de personalidad entendida como una totalidad psicobiológica unitaria, dinámica e integrada a lo largo de la vida en una evolución consciente que, a su vez, produce la realización de potencialidades innatas. Tales transformaciones ocurren en una interrelación constante con el medio y en un proceso también continuo de construcción de un mundo endopsíquico no consciente.

En su concepción del abordaje clínico, se declara enemiga de lo que considera "etiquetamientos psicopatológicos" y elabora, en 1973, una sistematización del

que llegará a ser su original "enfoque genético dinámico profundo".

Entre sus obras principales se destacan: *Personalidad y conducta infantil* (1937), *La inadaptación del escolar* (1944), *Psicoterapia de la infancia* (1951), *Problemas psicopatológicos en Pediatría* (1961), *Psicología, Psicopatológica, y Psicoterapia* (1973).

Tela Reca falleció en Buenos Aires el 16 de junio de 1979.

**Carolina TOBAR GARCIA  
(1898-1962)**



Carolina Tobar García nació en Quines, Provincia de San Luis el 10 de noviembre de 1898. Realizó su educación primaria en la "Escuela Elemental de Niñas", de esa ciudad, y los estudios secundarios de maestra en Villa Mercedes. Ejerció como docente en escuelas rurales hasta que decidió instalarse en Buenos Aires para cursar los estudios de medicina, en 1920.

En 1929, en una época en la que eran pocas las mujeres que ingresaban a los estudios médicos, se graduó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, y obtuvo una beca para estudiar, en los EE. UU. psiquiatría infantil adonde se interesó particularmente en la deficiencia mental. Permaneció en los EE. UU. durante los años 1931 y 1932. De regreso a la Argentina comenzó a trabajar en distintas instituciones, tanto educativas como médicas y psiquiátricas. En 1941, obtuvo el título de Médico Legista., y en 1944, el de Doctor de la Universidad de Buenos Aires, con la tesis intitulada *Higiene Mental del Escolar*.

En los años siguientes participó en distintos congresos y colaboró en la creación de diferentes establecimientos. En 1961 introdujo en nuestro país el novedoso material didáctico creado por la "Escuela Jean Piaget".

Ocupó diversos e importantes cargos institucionales: Profesora en el Instituto Ward (1921-1942); Inspectora de Escuelas de Adultos, Inspectora General de Enseñanza (1945) del Consejo Nacional de Educación; Jefa del Consultorio Psicofisiológico (desde 1934) del Cuerpo Médico Escolar y, luego, Inspectora Médica Escolar en el grado de Oficial Mayor hasta 1957, año en que se jubiló.

Como docente universitaria fue Jefe de Trabajos Prácticos de la cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (1938-1948) y, en la Facultad de Filosofía y Letras de la misma universidad, profesora titular de Didáctica Asistencial y Escuelas Diferenciales (1957-1958) y Pedagogía Diferen-

cial (1959-1962). Ejerció como médica en el Hospicio de las Mercedes y en la Liga de Higiene Mental bajo la dirección del Dr. Gonzalo Bosch, quien había sido uno de los introductores en nuestro país de esa iniciativa originada en los EE. UU. a partir de su fundación por Clifford Bird.

Carolina Tobar García tuvo un papel pionero, en nuestro país como creadora y supervisora de instituciones específicas centradas en las dificultades presentadas por los niños en el ámbito educativo a la que se conoce como educación diferencial. En 1942 creó la "Escuela Primaria de Adaptación"; primera escuela para deficientes mentales o "niños retardados", tal como se los caracterizaba en esos años.

Para la autora, un niño se insertaba correctamente en la sociedad siendo escolarizado, aunque fuera diferencialmente. Para ello propuso criterios diagnósticos a fin de determinar la entrada de los infantes en ese circuito de aprendizaje.

Tobar García quien nunca se casó y no tuvo hijos, falleció en Buenos Aires el 5 de octubre de 1962.

Entre sus obras principales se cuentan: *Educación de los deficientes mentales en los Estados Unidos. Necesidad de implantación en la Argentina* (1933), *Temas de Psiquiatría Escolar* (1939), *Higiene Mental del Escolar* (1945) y *Psicología Aplicada* (1946).

### Guillermo VIDAL (1917-2000)



Vidal nació en Buenos Aires el 13 de junio de 1917, y en marzo de 1943 se graduó de médico en la Universidad Nacional de Asunción del Paraguay. En la entrevista que concedió a Renato Alarcón para su importante libro "*Identidad de la psiquiatría latinoamericana*", reconoció al doctor Andrés Rivarola Queirolo como su maestro en psiquiatría. Junto a él trabajó en la pintoresca y pionera experiencia comunitaria de desinstitutionalización de pacientes psiquiátricos en el Manicomio Nacional del vecino país. Esa experiencia pareciera haberlo marcado de manera indeleble.

Radicado tiempo después en Buenos Aires Vidal desarrolló una intensa tarea clínica en el Hospital "Guillermo Rawson" del barrio de Constitución, cuna de grandes maestros como los hermanos Finochietto en la cirugía y Julio Palacios en Clínica Médica.

En 1954 fundó la revista *Acta Neuro-psiquiátrica Argentina*, que cambió su nombre por *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* en 1964, y continúa edi-

tándose en la actualidad bajo la dirección de su amigo el doctor César Cabral y su equipo.

Esa hija dilecta de la inteligencia y el tesón de Vidal es la publicación psiquiátrica que más ha durado en nuestro medio superando ya el medio siglo de aparición regular. La precedieron los artículos liminares de Lucio Meléndez y sus discípulos porteños, publicados a fines del siglo XIX en la *Revista Médico-Quirúrgica*, la revista ya centrada en la *Criminología, la Psiquiatría y sus ciencias afines* fundada por José Ingenieros, y continuada por otros directores, y la fugaz *Psicoterapia* de don Gregorio Bermann, para nombrar a las más significativas.

Las páginas de *Acta*, recogieron la producción intelectual de varias generaciones de especialistas locales, matizada con contribuciones de destacados colegas extranjeros, que sirvió como referencia bibliográfica para las sucesivas generaciones que nos formamos en su dilatado período de aparición.

Vidal mantuvo una intensa y cordial relación con los más destacados colegas de habla hispana. Eso le permitió ser un líder con una gran capacidad de convocatoria para emprender la elaboración de contribuciones bibliográficas de capital importancia para la psiquiatría nacional y continental como fueron la "*Enciclopedia de Psiquiatría*" (1977-1979), la "*Psiquiatría*" (1986), editada en co-dirección con Renato Alarcón y la "*Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*" (1995), editada también junto con Alarcón, y la colaboración de Fernando Lolos y un gran grupo de los mejores especialistas en cada tema revisado en ese tratado. La edición en lengua española de temas de la especialidad lo apasionaba especialmente. Su embeleso por nuestra lengua, que manejaba con gran riqueza y perfección, lo impulsó a proyectar y concretar la edición de sus revistas y libros en nuestro idioma. Guillermo Vidal mantuvo siempre una vocación por enseñar, transmitir sus conocimientos. Sin embargo, aunque poseedor de esa notable inclinación docente, nunca encaró la carrera universitaria oficial en esa dimensión; podría decirse que fue un docente libre y su cátedra fue el ámbito psiquiátrico argentino y las páginas de *Acta*.

En 1962, propició la creación de la *Fundación Acta. Fondo para la Salud Mental*.

Desde esa fecha y hasta 1972, durante diez años, la Fundación se constituyó en escuela de psiquiatría, con residencia médica de tres años y una clínica anexa. Esa iniciativa le causó a Guillermo no pocos sinsabores en el ámbito psiquiátrico, que supo zanjar con dignidad hasta el final de esa experiencia.

Luego de su fallecimiento y gracias a la resolución y apoyo de otro apasionado amante de los libros, el entonces Secretario General de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y profesor de Historia de la Medicina Alfredo Kohn Loncarica, y del Director del Departamento de Salud Mental de esa casa de estudios la biblioteca de *Acta* se ubicó en los locales anexos a dicha Facultad en la órbita de su Biblioteca Central.

El doctor Guillermo Vidal falleció en Buenos Aires el 26 de enero del año 2000. ■



## *el rescate y la memoria*

# Samuel Gache y su tesis sobre la psicopatología

Juan Carlos Stagnaro

### Breves apuntes biográficos

Samuel Gache nació en la localidad de Mercedes, provincia de Buenos Aires, el 20 de agosto de 1859. Luego de cursar sus estudios secundarios en el Colegio “San José” de la capital, ingresó a la Facultad de Medicina en 1879. Siendo estudiante de primer año publicó un completo ensayo intitulado “*La locura en Buenos Aires*”, que mereció el primer premio del concurso anual del Círculo Médico Argentino.

En 1880 tuvo lugar el último episodio de las guerras civiles que enfrentaron a las provincias argentinas con Buenos Aires. El enfrentamiento se saldó con miles de muertos y heridos debidos a los violentos combates militares que culminaron con la derrota de la Provincia de Buenos Aires, la ciudad convertida en territorio federal y el inicio de la larga hegemonía de Julio Argentino Roca en la política argentina. Como consecuencia de esos episodios Gache fundó, junto a su colega Antonio F. Crespo, la Cruz Roja Argentina, de la que fue secretario durante varios años.

Gache fue presidente del Círculo Médico Argentino, nucleamiento renovador creado a partir de las demandas de los jóvenes alumnos de la Facultad para propiciar una modernización de los estudios médicos en Buenos Aires. También fue director de la revista *Anales* de esa sociedad, que contó entre sus columnistas a activistas de la reforma que se proponía como José María Ramos Mejías, Roberto Wernicke, Luis Maglioni, Antonio Crespo, Bar-

tolomé Novaro, Aníbal Torino y Gregorio Aráoz Alfaro, entre otros.

Su labor en el ámbito de la profilaxis y la higiene pública fue amplia y conocida; fundó la Escuela de enfermeros, ocupó la Secretaría del Comité de Lazaretos Nacionales en 1884, fue secretario de la Asistencia Pública entre 1893 y 1896 e impulsó campañas para el incineramiento de cadáveres. En su reconocido libro *Climatologie médicale de la Republique Argentine et des principales villes d’Amerique*, publicado en francés en 1894, propuso importantes medidas de salubridad.

Con esa preocupación por los problemas de la higiene social y las políticas sanitarias Gache presentó oportunamente al Círculo Médico una comunicación que se titulaba “*Liga contra la tuberculosis en la República Argentina*”, pero, a pesar de la decidida colaboración que le prestó el profesor de Patología, Roberto Wernicke, la sociedad propuesta por Gache no consiguió constituirse.

En el Primer Congreso Médico Latinoamericano, celebrado en Santiago de Chile en 1901, el argentino Emilio Coni fue designado Presidente de la Comisión Permanente para la Profilaxis de la Tuberculosis en América Latina. Poco después, el 11 de mayo de 1901, tuvo lugar una reunión en el Círculo de la Prensa de Buenos Aires, en la que Coni recordó la iniciativa y los esfuerzos de Gache y Wernicke, y propuso un programa de actividades. Todos acordaron con la iniciativa y quedó fundada la Liga Argentina contra la Tuberculosis, eligiéndose presidente a Samuel Gache (que en ese momento

se encontraba en Europa), vicepresidente a Enrique del Arca, secretario a Francisco de Veiga, tesorero a Emilio Coni y vocales a Enrique Tornú, Eufemio Uballes, Juan B. Señorans, Alberto Costa, Jacinto Álvarez, Eliseo Cantón y el más joven de los médicos asistentes a la reunión, Nicolás Repetto, que comenzaba su actividad política en el socialismo, siguiendo a su maestro Juan B. Justo. El entonces presidente del Departamento Nacional de Higiene, Carlos Malbrán, cedió para la Liga el uso de la sala de reuniones y un empleado, así como un local para la secretaría. Como resultado de su gestión en esa institución Gache escribió el primer texto en nuestro país sobre esa enfermedad con el título *Tuberculosis en la República Argentina*, que se completó con otro intitulado *Alojamientos obreros en Buenos Aires*, en el que trataba sobre la etiología de la tuberculosis en la ciudad, que se publicó luego de su fallecimiento y mereció el premio de la Exposición del Centenario en 1910.

Emilio Coni le encargó la creación de un servicio de maternidad en el hospital "G. Rawson" en el que Gache formó muchos discípulos. En los últimos años de su vida, se dedicó con intensidad a la obstetricia publicando numerosos trabajos entre los que se destacaron los relativos a *La operación cesárea*, *Raquitismo*, *Acronodoplasia*, *Tumores abdominales* y *El dilatador de Bossi*, y, en 1906, obtuvo por concurso el cargo de profesor suplente, equivalente al actual cargo de adjunto, de la materia en la Facultad de Ciencias Médicas.

Miembro de la *Société Française d'Hygiène* y de la Sociedad Unión Fernandina de Lima, entre otras entidades internacionales, Samuel Gache falleció tempranamente, a los 48 años de edad, en Buenos Aires, el 13 de agosto de 1907.

## La tesis

Aunque, como se detalló antes, tuvo un importante recorrido profesional ligado a la salud pública y al asociacionismo médico y se dedicó como especialidad médica a la obstetricia, Gache, demostrando una singular capacidad para interesarse en los más diversos temas médicos, presentó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires su tesis doctoral sobre un tema alejado de su práctica habitual. En efecto, en 1886, presentó esa ponencia bajo el título "*Estudio de Psicopatología*".

El director de la misma fue Mauricio González Catán, a la sazón profesor titular de Anatomía descriptiva y topográfica. Resulta significativo que Gache eligiera a un profesor de esa materia para dirigir su trabajo, siendo que Lucio Meléndez, era a la sazón, además de director del Hospicio de las Mercedes, profesor titular de Patología Mental y Eduardo Wilde profesor titular de Medicina Legal y Toxicología en la misma Facultad de Medicina,

ambas asignaturas más ligadas a los tópicos que se tratan en la tesis.

Algo similar podría decirse cuando toma como referencia para las pericias legales a fin de ilustrar su casuística al Dr. Manuel Blancas, profesor titular de la materia Enfermedades de niños y clínica respectiva.

A continuación de su Introducción, la tesis de Gache se estructura en nueve capítulos: I. Las alucinaciones, II. La epilepsia, III. Estado mental de los epilépticos, IV. El alcoholismo, V. El delirium tremens, VI. Psicología del suicidio, VII. El suicidio en América, VIII. Criminalidad y locura y IX. La Melancolía; desplegados en un original de 173 páginas, de las cuales se reproducen a continuación de esta nota introductoria, las 62 páginas correspondientes a la Introducción seguida de los capítulos I, VI, VII y IX.

La selección realizada, además de obedecer a razones de espacio previstas en esta publicación, apuntó a ilustrar particularmente la posición del autor, y evidentemente de los demás médicos porteños, respecto de nociones centrales de la especialidad, mostrar una vez más, la preponderancia de la escuela alienista francesa en nuestro medio y mostrar su aplicación en la casuística local.

De más está decir, que la prosa sobria y precisa del autor le agrega un particular valor literario al escrito que presentamos.

En los capítulos que no se reproducen aquí, el autor ofrece un estudio actualizado para la época de la enfermedad epiléptica y de las manifestaciones mentales que ésta determina, presentando como observación el caso de Ignacio Monges, el paisano correntino que atentara contra la vida del presidente Julio A. Roca el 10 de mayo de 1886 frente al Congreso de la Nación; luego analiza la problemática del alcoholismo crónico y agudo, en sus aspectos somáticos y mentales y, en el capítulo VIII, presenta la locura y sus derivaciones violentas, ilustrando su exposición con el caso del joven delirante Nicanor Sierra, paciente de Lucio Meléndez en el Hospicio de las Mercedes y el del viejo irlandés Eduardo Kelly, internado en la misma institución luego de cometer un homicidio empujado por sus ideas de persecución.

Cabe señalar para el lector interesado que se puede consultar en línea el texto en su versión integral en el excelente apartado "Tesis históricas" del Repositorio Digital Institucional (RDI) de la Biblioteca Central "Juan José Montes de Oca", de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

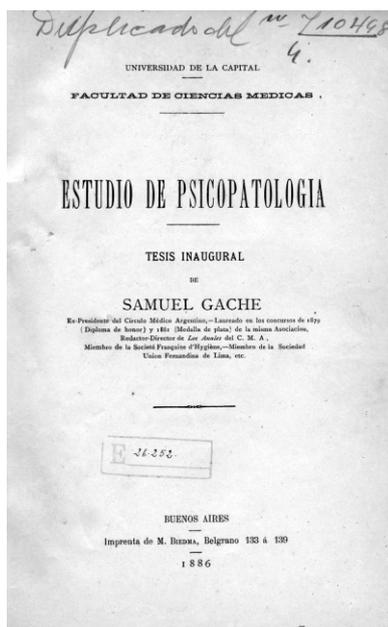
En toda su tesis Gache hace gala de un profundo y sistemático conocimiento de la literatura internacional, tanto en el plano psicopatológico, como lo anuncia el título de la obra, como en el plano epidemiológico y clínico de las enfermedades mentales. ■

# Estudio de Psicopatología

Samuel Gache

Tesis<sup>1</sup>

1886



ron en otros tiempos, y entra resueltamente al combate sin temer el resultado, de antemano previsto por la razón universal. Nos encontramos en plena revolución intelectual, y pasamos por un período de transición científica. Las conferencias y los congresos reúnen a los sabios de todas las naciones; de esas asambleas, con sus discusiones luminosas, parece brotar la génesis real de muchas enfermedades, y al frente de ella, como heraldos de la verdad triunfante, se divisan las figuras espectables de Pasteur y Koch. La luz que proyecta sus rayos sobre el vasto escenario de la medicina, se refleja también sobre los dominios ya dilatados de la Psiquiatría. Desde Pinel que reclama ante la Convención, y protesta del duro tratamiento impuesto al enajenado, hasta Legrand du Saulle -que funda sus teorías y demuestra su bondad incommovible como el principio de la irresponsabilidad del mismo- han pasado cien años que marcan en su inalterable sucesión extremos ligados por triunfos no interrumpidos. Al amparo de esos triunfos, y valiéndonos de las ideas que surgen en nuestros días, hemos estudiado varias cuestiones que englobamos bajo la denominación de *Psicopatología*.

## INTRODUCCION

SEÑOR PRESIDENTE:

SEÑORES ACADÉMICOS:

La época presente está singularmente caracterizada por el progreso que impulsa a la lucha a todas las actividades, que levanta amplia bandera sobre todas las conciencias, que remueve obstáculos, que acerca pueblos, y que arroja a la ciencia en una senda por la que el error va recto a la tumba, desalojado por el poder invencible de la verdad.

A la influencia de sus conquistas soberanas, surge para el espíritu moderno algo como la aurora de una nueva vida que lleva en sí la solución benéfica de problemas trascendentales, y prepara la de otros que son como el coronamiento de la obra de nuestro siglo inmortal.

La ciencia médica no podía permanecer indiferente a la excitación producida por el movimiento incesante que agita la esfera del trabajo del hombre, y que en la actualidad duplica su producción en provecho del género humano. Es así que sacude preocupaciones que domina-

## CAPITULO I

### Las alucinaciones

SUMARIO: —*Las alucinaciones, sus teorías, dificultades para explicarlas. —Esquirol, Lelut, Baillarger, Ball, Luys, Binet, Ribot y el estado alucinatorio. —La vigilia, el sueño y el ensueño. —Opinión de Meister. —Alucinaciones hipnagógicas de Maury. —Fabre y las alucinaciones intermedias a la vigilia y el sueño. —Maudsley y el sonambulismo. —Réverie. —¿Todos los alucinados son locos? —Ejemplos. —La locura coexiste con las facultades intelectuales más brillantes. —La educación, el carácter y el medio en que se vive. —Legrand du Saulle. —Delirio sensorial. —Influencia de las ciencias, las artes, la política, las industrias, el comercio, etc. Mecanismo de la alteración que produce la alucinación. Bouchut. Los procesos alucinatorios según Luys. Las capas ópticas y los centros olfativo, óptico, sensitivo y posterior. —Dagonet, la percepción y sus dos etapas. Incapacidad de las células corticales para discernir si la percepción ha pasado por dichas etapas. —La causa de las alucinaciones radica en esa incapacidad. —Ana-*

<sup>1</sup> Tesis presentada ante la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, Imprenta Biedma, Buenos Aires, 1886 (se ha actualizado la ortografía del texto para mejor lectura).

tomía patológica de las alucinaciones. —Resumen de las hipótesis a que ellas han dado lugar. —Observación.

Las alucinaciones tienen muchos puntos de contacto con algunas de las cuestiones que se tratan en este trabajo. Por esto queremos consagrar a su estudio un capítulo especial, y referirnos desde luego a los fenómenos que las constituyen cuando en el curso de nuestra disertación hablemos de los estados y circunstancias en que se producen.

Examinemos esas falsas percepciones de los sentidos que tantas discusiones han motivado y continúan motivando entre los alienistas, y que por depender de la esfera psicosensoresal merecen particular dedicación.

En el campo de la teoría el pensamiento asciende y desciende hasta encontrar la verdad o el error de una concepción; y es tarea ciertamente difícil la crítica seria y el análisis minucioso de una doctrina científica.

Por lo que hace a las alucinaciones, los conceptos con que se pretende demostrarlas presentan en sus puntos extremos diferencias capitales; los pensadores discrepan, la división se acentúa, y la cuestión se resuelve según el criterio con que se la examina.

Para Esquirol, Lelut y otros, la alucinación es un fenómeno esencialmente psicológico; para Foville y gran parte de la escuela moderna es un fenómeno puramente sensorial, “es en la periferia, es en los órganos de los sentidos o cuando menos en los condensadores que transforman las sensaciones idealizándolas, es en los ganglios cerebrales donde se encuentra el sitio del fenómeno patológico que da origen a la alucinación”.

De estas teorías fundamentalmente opuestas ha surgido otra que, tomando de ambas lo más aceptable, se hace mixta, y amparada bajo el nombre respetable de Baillarger, conquista adeptos y armoniza muchas opiniones. Consiste ella en considerar las alucinaciones como psicosensoresales, y tiene en su favor al profesor Ball, según el cual serían psíquicas por cuanto sacan su fondo del espíritu mismo del enfermo, y sensoriales por tener siempre en los sentidos su punto de partida.

Luis sostiene que todo proceso alucinatorio es fatalmente psicosensoresal.

Explicando el modo de ser del estado propio de la alucinación, Binet ha fundado sólidamente su parecer deducido de las cuatro hipótesis en que está basado su conocimiento, y que se resumen en lo siguiente:

1° La teoría periférica o sensorial que coloca en el órgano de los sentidos el sitio de la alucinación.

2° La teoría psíquica que la localiza en el centro de la ideación.

3° La teoría mixta o psicosensoresal.

4° La que atribuye la alucinación o los centros perceptivos de la capa cortical.<sup>2</sup>

En la actualidad es la teoría psicosensoresal, o mixta, la

que reúne mayor número de partidarios.

La transición entre el estado perfectamente fisiológico y el alucinatorio nos la explica Ribot así: “En el estado normal, el hombre consciente y pensante se adapta a su medio. Entre este grupo de estados y de relaciones internas que constituyen el espíritu, y este grupo de estados y de relaciones externas que constituyen el mundo exterior, hay como Herbert Spencer lo ha demostrado en detalle, una correspondencia. En el alucinado ella está destruida. De aquí los falsos juicios, los actos absurdos, es decir, no adaptados”.<sup>3</sup>

Los alucinados, para Baillarger, se hallan mientras duran sus falsas percepciones en un estado análogo al estado de ensueño o en un estado medio entre la vigilia y el sueño, caracterizado por la cesación, por lo menos parcial, de la influencia voluntaria y las suspensiones más o menos completas de las impresiones externas.

Refiriéndose a este mismo punto, Meister ha escrito luminosas páginas, y reproducimos aquí las siguientes bellas palabras que le pertenecen: “Nada habría más a propósito para esparcir una luz enteramente nueva sobre los procedimientos habituales de nuestra facultad pensadora que el observarla sucesivamente en tres estados muy diversos, a saber: el de vigilia, el de sueño, y ese otro estado medio entre la vigilia y el sueño en el que los sentidos externos se hallan más bien en calma y en inacción que en un verdadero entorpecimiento; en que la actividad del sentido interno está aislada, digámoslo así, y en el que puede en cierto modo dudarse si se sueña o se medita. Dicho estado sigue o precede comunmente al reposo del sueño; a veces es también resultado de una meditación muy duradera sobre el mismo objeto, sobre la misma idea, más particularmente aun en el silencio de la naturaleza, en la oscuridad de los bosques, en medio de las sombras de la noche. Entonces una sola impresión, una sola imagen parece detenerse en ocasiones por espacio de mucho tiempo delante de nuestro pensamiento y sitiarse, por decirlo así; entonces nuestro entendimiento sólo procede ya por intuición. Escenas enteras, cuadros seguidos o incoherentes se suceden a vista de nuestro sentido interno, ya con lentitud, ya con rapidez. Entonces creemos ver, y ver muy realmente, lo que nunca hemos visto, esto es, verdaderos fantasmas que evoca en torno nuestro el sólo poder de nuestra imaginación, feliz o desgraciada con el encanto de sus propios sortilegios”.

Los devotos, los amantes, los profetas, los iluminados, según este autor, deben a las ilusiones que en nosotros produce esta manera de ser, todas las maravillas de sus presentimientos, de sus visiones, de sus profecías; sus pláticas con las inteligencias celestes, sus viajes a los cielos y a los infiernos, en una palabra, todas las extravagancias y toda la superstición de sus contagiosos delirios.

Baillarger en 1845 había hecho notar en sus publicaciones de los «Archivos médico psicológicos»<sup>4</sup> la existencia

<sup>2</sup> N. del E.: Esta enumeración es una cita textual de Alfred Binet (1857-1911) extraída de sus artículos publicados en la *Revue philosophique* de abril-mayo 1884, solo dos años antes de la presentación de la tesis de Gache, lo cual demuestra el conocimiento actualizado de los autores franceses por parte de los médicos porteños.

<sup>3</sup> Ribot. *Les Maladies de la personnalité*. (N. del E.: El autor cita el Capítulo III, *Les troubles intellectuels*, en su apartado «Des hallucinations» de la obra de Théodule Ribot (1839-1916).

<sup>4</sup> N. del E.: Aunque Gache cita correctamente a los autores que menciona y sus artículos, traduce incorrectamente *Annales Médico-Psychologiques* como “Archivos médico psicológicos”.

de alteraciones sensoriales intermedias a la vigilia y el sueño, y probó también que estas alteraciones preceden algunas veces la explosión de una enfermedad mental, y que en ciertos casos se prolongan después del despertar del enfermo y pueden así venir a ser el punto de partida de una perturbación más o menos completa de la inteligencia<sup>5</sup>. A este fenómeno es a lo que Maury llama alucinaciones hipnagógicas<sup>6</sup>.

La observación prueba, en opinión de Fabre, que las alucinaciones se manifiestan muchas veces en el estado intermedio de la vigilia y del sueño; pero no puede asegurarse que siempre suceda así. Blache, el vidente, evocaba cuando quería, para complacer a los que le visitaban, los personajes ilustres que ellos le pedían. Moreau de Tours, ha citado el hecho de uno de sus enfermos que se proporcionaba al instante alucinaciones de la vista; para lograrlo le bastaba bajar un poco la cabeza, inclinandola hacia adelante. Un médico distinguido, atacado de una afección nerviosa que le había dejado libre el ejercicio de sus facultades, solía padecer alucinaciones momentáneas de la vista, las cuales, según observó, se reproducían cuando él quería. Deseando experimentar este singular fenómeno, daguerrotipo<sup>7</sup>, digámoslo así, muchas veces los elementos de su pensamiento. Estos se presentaban ante él con todos los colores de la realidad, y duraban más o menos tiempo. Habiendo notado que este llamamiento repetido le ocasionaba un verdadero malestar, se libertó de dichas alucinaciones mediante una resolución enérgica.<sup>8</sup>

Las que se producen más a menudo en el estado intermedio de la vigilia y el sueño, son, según Baillarger, las del oído y de la vista. Son también ellas las que se observan en el mayor número de enfermos en la vigilia. Sin embargo, las de la vista son por cierto en dicho estado relativamente más frecuentes. En muchas observaciones han existido falsas sensaciones del tacto y del olfato. Hay enfermos en quienes las alucinaciones sobrevienen solamente en el momento del sueño; es el caso más frecuente. Tienen rara vez lugar sólo al despertar; es más común, al contrario, observarlas antes y después del sueño.<sup>9</sup>

En concepto de este maestro, las alucinaciones que se producen bajo la influencia del paso de la vigilia al sueño son a menudo simples y confusas; son, por ejemplo, zumbidos de oídos, ruidos de diferente naturaleza, o ruidos de voces, en los que el enfermo no distingue nada. En ciertos casos, sucede lo contrario, y las palabras son netamente pronunciadas; son amenazas, injurias,

se anuncian al enfermo sucesos enojosos. ¿Y el sonambulismo? No se duda, del concepto de Maudsley, que ciertas personas pueden abandonar el lecho durante el sueño, verificar una serie de complicados actos, y volver después a su cama sin despertarse; al otro día se resienten de incomodidad, de mal cuerpo, de fatiga; pero no recuerdan nada de lo que han hecho, o a lo sumo tienen un recuerdo incompleto. Si un individuo en este caso comete un crimen, no tiene responsabilidad alguna; pero se piensa cuerdamente que el sonambulismo es una excusa fácil, y que alegarlo por primera vez, con motivo de un crimen, sería una aserción de las más sospechosas. El sonambulismo es positivamente, sino una especie de enfermedad nerviosa propia, al menos el más próximo vecino de esas alteraciones nerviosas que se llaman epilepsia, catalepsia, histeria; denota ciertamente la existencia de una neurosis, y cuando lo padece una persona no deja de encontrarse la prueba de que ya se ha manifestado en otras circunstancias, o en su defecto, síntomas de alteraciones nerviosas distintas.

El hecho que vamos a narrar no da en todo la razón a Maudsley, y particularmente en lo que se refiere a las sospechas que motivaría alegar desde el principio el sonambulismo como causa atenuante de un crimen.

Se encuentra en el manicomio de esta Capital un joven inglés, de buenos antecedentes, y de conducta intachable. Hace algún tiempo, y en tanto que vivía con un amigo, en perfecta armonía, le da muerte una noche, en su propia cama. ¿Qué móvil tuvo al asesinar a su compañero? Ninguno, pues se ha comprobado más tarde que el victimario en aquél instante estaba sonámbulo. Por lo demás, su vida anterior, sus actos posteriores, justifican esta idea. Ni un recuerdo conserva del acto, ni la más mínima sospecha del crimen parece abrigar su espíritu.

¿Habría justicia capaz de condenar a este individuo, aún cuando sea el sonambulismo la primera circunstancia que se invoque en su defensa?

La mayor parte de los médicos han encontrado en el curso de su práctica casos de sonambulismo auténticos, dice el citado alienista; pero pocos son los que pueden recordar un caso en el que el asesinato o el incendio se hayan cometido durante el sueño.

El mismo escritor menciona el hecho de un niño que en estado de sonambulismo subió por medio de una escala a la habitación de otro y lo mató. Encerrado en una prisión, cayó una noche en el mismo estado y apoderándose de una navaja de afeitar, trató de matar a otro preso.<sup>10</sup>

<sup>5</sup> N. del E.: Se refiere a la comunicación realizada por Jules Baillarger « De l'influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production et la marche des hallucinations », *Annales Médico Psychologiques* (1845)1-29 ; 168-195.

<sup>6</sup> N. del E.: Se refiere a la comunicación realizada por Alfred Maury (1817-1892) y publicada en los *Annales Médico Psychologiques*: « Des hallucinations hypnagogiques ou des erreurs des sens dans l'état intermédiaire entre la veille et le sommeil » en 1848.

<sup>7</sup> N. del E.: El daguerrotipo, fue el primer procedimiento fotográfico. Fue desarrollado y perfeccionado por Louis Daguerre, a partir de las experiencias previas inéditas de Joseph Nicéphore Niépce. El método de Daguerre fue presentado oficialmente en la Academia de Ciencias de Francia, en 1839.

<sup>8</sup> Fabre. *Enfermedades mentales y nerviosas*. (N. del E.: La referencia corresponde al tomo IX, « *Traité des maladies du cerveau. Maladies mentales et nerveuses* », de la « *Bibliothèque du médecin praticien* » (1ª ed. Paris, 1842-1851, 15 tomos), dirigida por François Antoine Hippolyte Fabre (1797-1854), iniciador de las publicaciones médicas con la *Gazette des Hôpitaux* y otras revistas y conocido por haber coordinado y dirigido la redacción de una imponente enciclopedia médica en ocho volúmenes intitulada *Dictionnaire des dictionnaires de médecine français et étrangers ou traité complet de médecine et de chirurgie pratiques*. Dicho tomo IX fue traducido al castellano por José Gutiérrez de la Vega y publicado en Madrid en 1856.

<sup>9</sup> Baillarger. *Des hallucinations*, 1846.

<sup>10</sup> Maudsley. *El crimen y la locura*. (N. del E.: Esta obra del psiquiatra inglés Henry Maudsley (1835-1918), es citada en castellano por Gache por lo que se puede suponer que la versión utilizada para su tesis, fue la traducida por R. Ibañez Abellán y publicada con Prólogo de Santiago González Encinas en Madrid, Imprenta Saturnino Calleja, en 1880).

Indudablemente, el sonambulismo por estar caracterizado por una excitación durante el sueño, diferente de las que experimenta la vigilia, excusa la responsabilidad de los actos realizados bajo su influencia. *Su reflexión no dirige, es como un maniaco* (en cursivas en el original).

Nos referiremos ahora al estado psicológico especial que se designa con la palabra francesa *rêverie*, y que se la pretende traducir al español con el término *fantaseo*<sup>11</sup> (en cursivas en el original).

Las víctimas de este modo de ser de la organización íntima, son verdaderos alucinados; ven, oyen, sienten, lo que nadie ve, ni oye ni siente, y sostienen con entero convencimiento las fantásticas percepciones de sus sentidos dominados por la representación animada de sus preocupaciones de la vigilia.

Las impresiones del *fantaseo (rêve)* (en cursivas en el original) persisten, según Ball, algunas veces en el estado de vigilia y se mezclan a los hechos de la vida real.

Después de haber sentado los principios fundamentales de las alucinaciones, nos preguntamos: ¿Todos los alucinados son locos? Si se resuelve la cuestión por la afirmativa, resultaría que el universo no es más que un gran manicomio, y que los sabios, los poetas, los descubridores, los filósofos, los escritores, los guerreros, los mártires y todos los que constituyen el pedestal de la gloria humana, todos los que han luchado en la evolución de las sociedades para constituir las según los ideales de los tiempos, todos vendrían a ser locos, pues cada uno de los hombres, cual más, cual menos, tiene su momento de vacilación en que sus fuerzas psíquicas flaquean, sin dejar por eso de ser íntegras sus facultades intelectuales.

¿Han sido por ventura locos Malebranche que decía haber oído la voz de Dios dentro de su organismo, Descartes que en su retiro se creía perseguido para que volviera a sus estudios, Byron que se suponía visitado por un espectro, Pope que era amenazado por un brazo oculto en una pared, Benvenuto Cellini que en medio de sus ideas de suicidio contemplaba a la Virgen y a Jesucristo?

¿Lo habrán sido también Sócrates por creer que había visto a su demonio familiar, y Lutero que declaraba haber estado en presencia del diablo?

¿Cuál sería entonces el concepto de la razón universal sobre Platón, Bruto, Juliano, Teodorico, Pedro el Ermitaño, Godofredo, Mahomet, Juana de Arco, San Ignacio de Loyola, Silvio Pellico, Pascal, Tasso, Walter Scott, Van Helmont, y tantos otros de quienes la historia cuenta verdaderas alucinaciones?

El eminente profesor Ball responde a esta pregunta, diciendo: "Hoy es de noción vulgar que las más brillantes facultades intelectuales pueden existir con la locura; y todo el genio de los hombres ilustres no bastaría para absolverlos a nuestros ojos, si no fuera equitativo apli-

carles las reglas que dirigen nuestra apreciación cuando se trata del vulgo. *Pues, no basta una simple alucinación, aun aceptada por el juicio, para caracterizar la enajenación mental, es necesario tener en cuenta la educación y el carácter del individuo, el medio en el cual vive y las circunstancias en que está colocado* (en cursivas en el original). El cobarde que toma por la noche a los árboles vistos de lejos por bandidos armados de fusiles, no es loco por esto; el hombre inculto alimentado de leyendas populares, y que bajo el imperio de un terror supersticioso, cree frecuentemente ver el mal espíritu, no es más insensato que el guerrero antiguo, que consultaba las entrañas de las víctimas antes de marchar hacia el enemigo".<sup>12</sup>

Esta manera de pensar está en armonía con la sana lógica y la conciencia del género humano; salva ciertamente a los grandes hombres de todos los siglos, y justifica la existencia de las alucinaciones y las funciones cerebrales en su estado normal.

Legrand du Saulle piensa que la alucinación no es un signo absoluto de locura, y que algunas de ellas no producen ninguna alteración en el funcionamiento regular de la inteligencia; *no influyen nada sobre las determinaciones del individuo que las padece; le dejan toda su libertad y por consiguiente toda su responsabilidad moral; son compatibles con la razón*<sup>13</sup> (en cursivas en el original).

Cuando se dice que el alucinado es loco, no se refiere seguramente al individuo que sólo presenta un simple delirio sensorial, tan frecuente en todos los tiempos, y sobre todo hoy en que la actividad cerebral es enorme por el desarrollo de las ciencias, las artes, la política, la milicia, la literatura, las industrias el comercio, etc.

En aquel desorden pasajero, en el delirio físico de que hablamos, la inteligencia no toma parte, y por lo tanto, sus víctimas no están comprendidas en los términos generales de la cuestión relativa a la alucinación considerada del punto de vista de la enajenación mental.

Es necesario reducir la calificación al menor número, a los que impulsados por su delirio obran ciegamente, y creen en su alucinación con inquebrantable firmeza.

El conocimiento de la historia ha venido en auxilio de la ciencia, y ésta ha podido reivindicar para sus grandes hombres la integridad de sus más altas facultades.

Algunos autores creen que es aun desconocido el mecanismo de la alteración que da lugar al fenómeno que nos ocupa, y Bouchut por su parte dice que si los desórdenes sensitivos que caracterizan a las alucinaciones tienen por origen un cambio molecular de la sustancia cerebral, o del tejido de los nervios y de los órganos de los sentidos alucinados, este cambio nos escapa casi completamente; y que lo que hay de más cierto es que depende de la alteración de la sangre producida por ciertos venenos, tales como el cloroformo, la belladona, el alcohol, etc.<sup>14</sup>

<sup>11</sup> Véase el *Manual de Filosofía* por Simón, Jacques y Saïssset, pág. 71.

<sup>12</sup> Ball. *Maladies mentales*, pág. 103. (N. del E.: Se refiere a la obra *Leçons sur les maladies mentales* del profesor de la Facultad de Medicina de Paris, Benjamín Ball (833-1893), dictadas desde fines de 1879 y editadas en 1883).

<sup>13</sup> Legrand du Saulle. *Médecine Légale et Toxicologie*. (N. del E.: Se refiere a la obra *Traité de médecine légale*, de jurisprudencia médica et de toxicologie de Henri Legrand du Saulle (1830-1886) editada en Paris en 1874).

<sup>14</sup> N. del E.: Gache se refiere al libro de Eugène Bouchout (1818-1891) *Du diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophtalmoscopie*, editado en 1866.

Los procesos alucinatorios, según Luys, en las primeras fases de sus manifestaciones, teniendo sus raíces orgánicas en el debilitamiento de tal o cual región sensorial, sienten aun su origen primero. El alucinado en su delirio acusa netamente una perturbación sea visual, sea sensitiva, sea auditiva o cualquiera; pero en un periodo más avanzado, las regiones de la emisión primera, sea por la usura de sus elementos activos, sea por el hecho de la invasión del trabajo esclerótico, se hacen silenciosas, y entonces la estimulación patológica que se ha propagado fatalmente en las redes de la corteza, continua siendo vivaz y persistente. Se conserva allí por la participación automática de los elementos del intelecto que la avivan sin cesar y la organizan bajo forma de agitación delirante fija, absorbiendo a ella sola toda la atención de la personalidad psíquica. Está vivamente asediada, concluye por sucumbir a la larga, y por cerrarse cada vez más al mundo exterior.<sup>15</sup>

La alucinaciones son para Bergmann el resultado del eretismo, de la hiperestesia de la parte del encéfalo en que el órgano de los sentidos toma su origen, en la región misma de las paredes ventriculares del cerebro que, según él, harían el papel de una caja de resonancia; y las alucinaciones de la vista serían la consecuencia de la irritación especial de las fibras nerviosas que componen la pared interna del ventrículo medio; las del oído tendrían por sitio las paredes del cuarto ventrículo.

De las investigaciones de Luys resulta que las capas ópticas tienen por misión transformar el acto sensorial en acto psíquico, y que este fenómeno se hace mediante cuatro ganglios de sustancia gris, que son: el centro olfativo (ganglio interior) encargado de transmitir las impresiones objetivas a la periferia cortical; el centro óptico (ganglio medio) que desempeña el mismo rol para las impresiones ópticas; el centro sensitivo (ganglio mediano) para la transmisión de las impresiones de la sensibilidad general; en fin, el centro posterior (ganglio acústico) para las impresiones auditivas.

Se ve, pues, que las capas ópticas transforman las impresiones por un mecanismo especial, y en virtud del cual, por ejemplo, la vibración comunicada al nervio acústico se convierte en sonido, y la que recibe el nervio óptico se hace luz, y así para las demás.

Y es en mérito de esta disposición anatómica y fisiológica del cerebro, como lo observa Dagonet<sup>16</sup>, que las células corticales no tienen ningún medio de discernir directamente si una percepción ha pasado por las dos etapas, la del nervio y la de las capas ópticas, o si proviene únicamente de un trabajo funcional de estas capas, sin impresiones previas sobre los nervios de la sensibilidad general o especial; en esta incapacidad yace la causa de la alucinación.

Para robustecer su juicio hace el autor este raciocinio: supongamos que la impresión falta y que por con-

siguiente, bajo la influencia de perturbaciones circulatorias u otras, funcionando los ganglios de las capas ópticas, envíen los productos de este funcionamiento a las células corticales; estas células, sin poder rechazar la falsa creencia, creerán en la realidad de los sonidos, visiones, olores, sabores, contactos, sensaciones viscerales, cuyo punto de partida, no estando en los nervios, carece de realidad.

Luys al referirse a los detalles de la anatomía patológica del cerebro en los alucinados comprueba fenómenos de hiperemia crónica, rastros de congestiones antiguas en la sustancia gris central de las capas ópticas y en la del tercer ventrículo; y, simultáneamente, rastros de un trabajo similar de hiperemia crónica, con degeneración concomitante, por parte de diferentes regiones de la corteza. Estas regiones nerviosas se encuentran, pues, simultáneamente asociadas a las incitaciones mórbidas, como en el estado normal están asociadas en su funcionamiento diario. La hiperemia talámica y la hiperemia cortical marchan de una manera uniforme y siguen paralelamente su evolución patológica. El elemento psíquico y el elemento sensorial están por esto englobados en el mismo proceso en actividad. Según que sean las regiones centrales talámicas de naturaleza sensorial que resuenen mas fuerte, la manifestación sintomática reflejará principalmente el carácter de los elementos que le habrán dado origen, y según que sea la esfera psíquica que mas se encuentre en eretismo, el proceso perderá rápidamente su carácter sensorial primitivo para volverse una concepción sistematizada, fija, un delirio de persecución netamente condensado, que no conserva sino rastros atenuados de su primera impulsión patogénica.<sup>17</sup>

Resumiéndolas discusiones a que han dado lugar las hipótesis sobre las alucinaciones, Ball formula las conclusiones siguientes:

- 1) Las alucinaciones son siempre psicosenoriales, a excepción de algunas falsas percepciones del orden más elemental, que son puramente sensoriales.
- 2) Las alucinaciones exigen, para producirse, una excitabilidad muy especial, que haga al encéfalo apto para reaccionar al menor pretexto, y transformar inmediatamente las impresiones que le suministran los órganos de los sentidos.
- 3) Las alucinaciones exigen también, para producirse, una sensación que ponga en movimiento el mecanismo automático de los centros nerviosos.
- 4) Las alucinaciones son siempre un fenómeno patológico.
- 5) No existe ninguna diferencia fundamental entre las alucinaciones y las ilusiones.
- 6) Las alucinaciones psíquicas forman la transición entre las concepciones delirantes y el delirio sensorial.

Para terminar, y teniendo en cuenta que las alucina-

<sup>15</sup> Luys. *Traité clinique et pratique des maladies mentales* (N. del E.: Se refiere al *Traité clinique et pratique des maladies mentales*, de Jules Bernard Luys (1828-1897), editado en Paris en 1882).

<sup>16</sup> N. del E.: Se refiere al *Traité élémentaire et pratique des maladies mentales, suivi de considérations pratiques pour l'administration des asiles d'aliénés*, editado en Paris en 1862, de Henri Dagonet (1823-1902), profesor agregado de la Facultad de Medicina de Estrasburgo y director del Asilo de Alienados de Stephansfeld, Alsacia.

<sup>17</sup> Luys. *Obra citada*.

ciones se presentan siempre en la manía, que desempeñan importante rol en la sintomatología de los delirios parciales, y que forman muy frecuentemente la única base de las ideas delirantes y de los falsos raciocinios de los locos, ofrecemos a continuación el estudio de un alienado en quien se ha comprobado la influencia de aquel fenómeno:

Antonio Gravicha, austriaco, de 33 años de edad, soltero, entró al Hospicio de las Mercedes el 27 de Febrero de 1885; es un individuo de temperamento bilio-sanguíneo, constitución fuerte, talla elevada, y presenta conformación regular de todos los aparatos orgánicos; su cráneo es normal. Sus antecedentes de familia son algo dudosos, y lo que se sabe con seguridad respecto de ellos, es que el padre del enfermo era alcohólico consuetudinario.

De su país vino a América hace algunos años, como tantos otros, atraído por la perspectiva de fácil fortuna, y su vida se deslizó en medio del trabajo y de las esperanzas de mejorar sus condiciones ordinarias. Ocupado como dependiente en el establecimiento denominado "Monte Cristo" en el Once de Setiembre<sup>18</sup>, mereció siempre la confianza de su patrón de quien recibía pruebas de cariño, a las que por su parte correspondía debidamente. Esta perfecta armonía entre ambos, y esta mutua estimación, debía, sin embargo, desaparecer; y un día los diarios de la capital anuncian a sus lectores que un crimen horrible había tenido lugar y que un hombre había sido bárbaramente asesinado. ¿Quién era la víctima, y quién el victimario?

El primero era el propietario del "Monte Cristo", acribillado materialmente a puñaladas. La policía se presentó en el sitio del suceso y Gravicha fue detenido por recaer sobre él grandes sospechas de culpabilidad. Estas sospechas pronto fueron confirmadas, y la evidencia surgió de las averiguaciones: el detenido había manchado sus manos con la sangre de su protector.

Se ha dicho que éste fue un instrumento de otros individuos, considerados como los verdaderos ejecutores del hecho, pero lo que nos corresponde por el momento es el estudio de Gravicha, ya morando en la Policía, ya ocupando una celda en el manicomio. Toca a la justicia la investigación relativa al número y nombre de los asesinos, para aplicarles la ley.

Durante su permanencia en el Departamento Central, tuvo el acusado un acceso de manía agudísima, en el que destrozó por completo sus vestidos. Perseguido por numerosos enemigos, víctima de su imaginación delirante, acusó terriblemente a todos los que se encontraban en su presencia. Las alucinaciones del oído que le hacían escuchar las amenazas de sus contrarios que explotaban la acción de la autoridad para causarle mal, y que buscaban asesinarlo por todos los medios imaginarios, lo obligaban a golpearse el cuerpo sobre los objetos próximos, y en estas condiciones fue conducido al Hospicio de las Mercedes para su curación. Su delirio y

alucinaciones tomaron allí un carácter muy agudo; oía insultos, veía a sus perseguidores, y en medio de sus sufrimientos suplicaba a los empleados que lo pusieran en libertad, sacándolo así de ese martirio constante.

A cada momento sus enemigos volvían a inquietarlo, y se le presentaban de la manera más rara y ridícula, para exaltar sus iras cada vez más impotentes.

Los sentidos del tacto, del gusto y del olfato están igualmente alterados, y es así cómo siente que le pinchan, presume que lo envenenarán con los alimentos y por medio de sustancias de que supone al aire como vehículo. Los demás locos son para Gravicha sus más encarnizados enemigos. Estos le han arrebatado las entrañas, según sus palabras; y hace poco tiempo que lo declaraba en un grupo de estudiantes.

Al presente se encuentra relativamente bien; tiene sus exacerbaciones que ya no exigen el empleo de la fuerza; sigue aislado a fin de evitar su evasión, o que, bajo la influencia de sus ideas delirantes, cometa un homicidio o atente contra su propia vida.<sup>19</sup>

\* \* \*

## CAPITULO VI Psicología del suicidio

SUMARIO. —*Consideraciones generales.* —*El equilibrio orgánico.* —*Cerebro y corazón.* —*Las neurosis y los estudios modernos.* —*Bouchut, Charcot, Berthier.* —*La imitación y las impresiones neurósicas.* —*Psicología y fisiología.* —*Las pasiones.* Molière. —*El estado apasionado y Despine.* —*Los instintos.* —*Los pesares y la moral.* —*Observaciones.* —*El fastidio y la desesperación.* —*Opiniones sobre el suicidio.* —*¿Es siempre un acto patológico?* —*Mata.* —*Ejemplos históricos.* —*Influencia de las pasiones.* —*Opinión del Dr. Manuel Blancas.* —*Las pasiones, la enajenación mental y el suicidio, según Legrand du Saulle.* —*Observación.* —*Informe médico legal del Dr. Blancas.* —*Causas del suicidio.* —*Influencia de la civilización.* —*Ferrus. El suicidio en Francia, Italia, Prusia, España, Bohemia, Viena, Baviera, Inglaterra.* —*Apreciaciones de Mr. Ogle sobre el suicidio en Inglaterra.*

¿Qué sentimientos dominan el espíritu del hombre que arma su mano con el fin de quitarse la vida?

¿Qué inspiración satánica guía sus resoluciones en el momento en que se constituye en matador de sí mismo?

¡Ah! es indudablemente ardua la tarea de investigar tales secretos; la inteligencia se abisma ante la magnitud del problema, y las fuerzas parecen faltar para resolver la cuestión.

Es que la humanidad en sus largos años de evolución, no ha explicado aún sin contradicción la serie de anomalías que la afligen, y que constituyen en el orden moral de los pueblos, factores de verdaderas calamidades.

Su acción nociva invade los elementos sociales, lo mismo que los gérmenes mórbidos hacen sentir su

<sup>18</sup> N. del E.: Localidad ubicada en el noroeste del actual partido de Tres de Febrero, ubicado en la zona oeste del Gran Buenos Aires.

<sup>19</sup> Los elementos de esta observación nos han sido facilitados por nuestro distinguido condiscípulo y amigo Dr. José López Rojas, y así lo hacemos constar con verdadero agradecimiento.

influencia sobre la economía; y aquellas anomalías actuando incesantemente, producen nuevas víctimas, seres que se dejan arrastrar por la corriente impetuosa en que navegan los cerebros debilitados por una aberración, o exaltados por el invencible poder de una pasión desastrosa.

El corazón impulsa a oscuras la marcha sin brújula del hombre en medio del infortunio, de la felicidad, del placer, y de la tristeza; y el espíritu se contempla a sí mismo, ora elevado a las concepciones fantásticas, en un arrobamiento sublime, ora palpando la realidad de la vida, con todas las maquinaciones de la suerte. Y siempre, siempre, como una necesaria imposición a las cosas humanas, la ley que rige los actos, la ley fisiológica o patológica con su verdad incommovible, se presenta para triunfar en medio de la lucha de todos los días, y producir la salud o la enfermedad.

Una y otra son estados regidos perfectamente por principios relativamente exactos; pero estos mismos no llegan a ser tales, sino en condiciones especiales determinadas por causas especiales también.

Las piezas de la máquina animal son solidarias unas de otras, y todas, subordinadas a una sola influencia, ejecutan las órdenes que reciben y que los músculos transforman en contracción, las glándulas en secreción, y las células nerviosas en sensación para dar lugar a la idea.

El encéfalo con sus funciones tan hábilmente distribuidas, en las que ni una célula queda sin trabajo, da evidentes muestras del *modus vivendi* del organismo, que se exhibe mediante su influjo directo y necesario, para asimilarse los elementos de su especial vitalidad.

Es él la autoridad absoluta que gobierna y dirige sin control el mecanismo complicado de los órganos y aparatos, de cuyo juego regular se vale el hombre para la satisfacción de sus necesidades.

Es por eso que cuando su libre funcionamiento está trabado por una causa cualquiera, pero más o menos poderosa, vemos producirse desde la simple hiperemia cerebral, hasta los mas funestos estados de melancolía.

El corazón con sus elementos ganglionares, con sus nervios aceleradores y moderadores, y por su acción general como centro de la circulación sanguínea, refleja muchas veces el estado del funcionamiento orgánico, normal o mórbido, produciendo en este último caso accidentes cerebrales que la clínica ha revelado.

El estudio del cerebro y del corazón, no sólo pertenece al médico que trata las dolencias físicas, sino también al filósofo que debe conocer los órganos materiales de que el ser moral se sirve para las combinaciones y el intercambio de relaciones en la vida del espíritu.

El primero nos da conciencia del mundo exterior que nos revelan los sentidos; el segundo envía al cuerpo, por sus contracciones rítmicas, la sangre y el calor que vivifican y reaniman los tejidos.

En tanto que ambos desempeñan regularmente su cometido, todo marcha sin interrupción alguna; pero si se alteran o desgastan los resortes que tienen el secreto del mecanismo de los órganos, el equilibrio se rompe y la salud desaparece.

La enfermedad está constituida, y el proceso sigue su evolución.

Tal es el organismo animal.

Lo propio sucede en la colectividad social, verdadero mecanismo con funciones inherentes o su condición, con enfermedades que afectan una forma particular, y que revisten caracteres peculiares a la civilización y a su mayor o menor grado de adelanto.

Las epidemias sociales tienen su patogenia que si bien no está claramente estudiada, se vislumbra en medio de ciertas afecciones esencialmente nerviosas que le dan un sello dominante en la actualidad.

En los horizontes de la neuropatología se encuentra un punto al cual es posible hoy referir muchos fenómenos cuya causa nos es desconocida.

*Las Neurosis* con los estudios modernos de Bouchut, Charcot, Axenfeld, Berthier, Falret, y con las investigaciones que han dado por resultado del conocimiento de la fisiología patológica de esta afección, permiten indagar la naturaleza de algunas modalidades morbosas y llegar a una apreciación sino definitiva, a lo menos bastante avanzada.

Algunos autores han considerado las neurosis como síntomas de una enfermedad inflamatoria del cerebro y de los filetes nerviosos. Hoy la patología les asigna una categoría expectable en sus cuadros, y ellas han entrado de lleno a figurar como entidad mórbida.

Bouchut consagra a las *impresiones neurosiacas* (sic) un brillante capítulo en el que hace un serio estudio de la materia, y funda su opinión, diciendo: "Es evidente para mí que hay un principio morbífico intangible, agente imponderable o volátil, cuya acción sobre una persona en buena salud reproduce la afección nerviosa y convulsiva. ¿Cuál es este principio? lo ignoro; pero su existencia está demostrada por los efectos que engendra. No sabiendo qué nombre darle, puesto que no es más que la imitación, pienso que en razón de su naturaleza nerviosa y de la rapidez de su transmisión, conviene referirlo al principio de las neurosis, y considerarlo como una emanación neurosiaca. Las impresiones neurosiacas son producidas por el principio de las acciones nerviosas, y de las neurosis sobre las personas en buena salud. Para referirme a su patogenia, diré que es este un medio de transmisión de ciertas enfermedades, tales como el estrabismo, el tic muscular, y de un gran número de neurosis y de enfermedades convulsivas. La monomanía homicida, la del suicidio, la de las mutilaciones parciales, de la cérea, del éxtasis, de la histeria en todas sus formas, de la epilepsia, de las convulsiones, etc., se propagan así a personas de buena salud, por el hecho de permanecer en el sitio donde se produce el fenómeno y donde el accidente tiene lugar. No era otra, según Tissot, la causa del delirio de las hijas de Milet, y de las mujeres de Lyon que, cobrando odio repentinamente por la vida, se precipitaban en las aguas del mar y del Ródano, epidemia que cesó a consecuencia de un Decreto que ordenaba colocar los cadáveres desnudos sobre tarimas. El temor de la venganza después del suicidio, el pudor ofendido por la infamia que debía sufrir su cuerpo, el

sentimiento doloroso de este ejemplo horrendo, bastaron para curarla".<sup>20</sup>

Lo mismo sucedió en Cuba donde los suicidas pensaban resucitar a los tres días.

Estos y otros hechos análogos son suficientes para demostrar la influencia que la imitación tiene en la producción de algunos estados que, por su importancia y por su rol patológico, pueden llamarse epidemias sociales.

En las condiciones normales, y bajo el imperio de los excitantes naturales, el hombre se encuentra obligado muchas veces a imitar los actos que se producen en su presencia. Su sistema nervioso, influenciado por las escenas a que asiste, no puede sustraerse a la impresión que ellas le causan, impresión que determina un cortejo de fenómenos simpáticos que se traducen materialmente por movimientos o palabras.

Diríase que es la resultante de la acción de la atmósfera que mediante ciertos elementos constitutivos, estimula y pone en ejercicio aquellos nervios tan irritables y tan singularmente excitados.

Los corpúsculos morbígenos (sic) que voltigean (sic) en el aire arrastrando a los organismos predispuestos las enfermedades que afligen al género humano, tienen su modo de obrar, presentan condiciones particulares de vitalidad, y no siempre el esfuerzo del hombre es suficientemente sabio para llevar la muerte al foco mismo donde germinan.

Es así que sucede con las impresiones neurosiacas. No se trata seguramente en este caso de gérmenes que produzcan los padecimientos; pero está fuera de duda que tales impresiones reconocen por causa la acción de un principio oculto que puede herir o no, que hiera o pocos a la vez, y que haciendo eclosión en momentos oportunos, cuando encuentra organismos en condiciones favorables, cuando se le presenta un medio adecuado a sus fines, entonces estalla, se insinúa, penetra y hace sus desórdenes en todas partes donde ataca.

Para lograr sus propósitos, este principio sigue su método, tiene sus leyes a que obedece, verdadera marcha invasora, cuando ha hallado albergue apropiado a su existencia.

Tendríase derecho a pensar en una atracción misteriosa, que la aberración del espíritu enceguecido por el error o la pasión, podría tener sobre los demás seres que desempeñan sus funciones en las mismas circunstancias generales, pero hay que rechazar esta hipótesis ante el hecho perfectamente científico de la imitación, porque no es posible encontrar en esa atracción la ley que regiría los hados delirantes o criminales.

Se debe buscaren los sentimientos y en las pasiones esa ley, tan oculta a los demás como la conciencia misma, e infaliblemente puede encontrársela con el estudio perspicaz de las afecciones, las inclinaciones, las tendencias, las fuerzas impulsivas y determinantes que

caracterizan las resoluciones y mandatos de cada uno.

Debe venir la psicología en auxilio de la fisiología, para que ambas de consuno marquen a la patología el derrotero que la ha de guiar al conocimiento de la verdad, y descubrir el principio que gobierna y domina el espíritu del suicida.

Venimos ahora en conocimiento de una verdadera entidad mórbida, y que no es otra cosa que la exaltación de las pasiones, engendrando estados anormales que pueden llegar al enceguecimiento completo de la razón.

Es así que bajo estos estados se producen actos inconscientes, comparables a las manifestaciones de la locura, y que revisten formas especiales, importantísimas, consideradas del punto de vista sintomático y diagnóstico.

De los escritores que se han ocupado de indagar las condiciones del funcionamiento del espíritu, es sin duda Molière quien ha tratado mejor esas múltiples manifestaciones psíquicas que se llaman pasiones, celos, caprichos, etc.

Despine en su obra *Psicología Natural*, menciona el punto, y refiriéndose al modo cómo se conducen las facultades reflexivas en el estado apasionado, dice: "La observación demuestra que funcionan siempre bajo la dirección, y por consiguiente, conforme a los votos de la pasión de dominación, sobre lo que interesa a esta pasión. El hombre, no pensando entonces sino conforme o ella, y no tomando por base de sus razonamientos, de sus inducciones, por lo que interesa a esta pasión, sino los principios dictados por esta misma, no puede juzgar a este respecto sino de conformidad o los deseos que ella le inspira. La ausencia de sentido moral es una circunstancia que facilita el estado apasionado determinado por las malas pasiones.

Encontramos en el estado apasionado el carácter psicológico de la locura instintiva y razonadora, de la locura inteligente, delirante, en todas sus variedades de forma, naturaleza y duración.

El estado psíquico del hombre desprovisto de sentido moral o de otros sentimientos morales, es exactamente el en que se encuentra el individuo momentáneamente privado de estos sentimientos, en el estado apasionado.

En presencia de un deseo inmoral, perverso, irracional, no experimentando los sentimientos que dan la razón moral, este hombre, lo mismo que el apasionado, estará privado de esta razón, será moralmente loco. Es de este género de locura caracterizada por la insensibilidad moral en presencia de la perversidad, que están afectados los individuos que cometen graves crímenes a sangre fría, y veremos que estos desgraciados están enteramente privados del sentido moral".<sup>21</sup>

Demuestra, pues, la psicología, que bajo el estado apasionado pueden cometerse acciones repugnantes, acciones que entran exactamente en los dominios de la verdadera enajenación.

<sup>20</sup> Bouchut, *Pathologie Générale*. (N. del E.: Gache se refiere al texto de Eugène Bouchut *Nouveaux Éléments de pathologie générale et de sémiologie*, publicado en 1852. Bouchut fue autor también de otra obra centrada en el tema: *De l'État nerveux aigu et chronique, ou nervosisme*, publicada en 1860).

<sup>21</sup> Despine. *Psicología natural*. (N. del E.: Gache se refiere al texto del alienista francés Prosper-Constant Despine (1812-1892), *Psychologie naturelle. Étude sur les facultés intellectuelles et morales dans leur état normal et dans leurs manifestations anormales chez les aliénés et chez les criminels*, publicado en 1868.

Todas las pasiones, desde el amor más puro hasta los celos más desgraciados, presentan diferentes gradaciones que conviene conocer. El principio que guía estas pasiones es innato en el hombre, y sus expresiones visibles se hacen más o menos imperiosas, según la intensidad con que se producen.

La diferencia de los instintos entraña la diferencia de las determinaciones, y actos que para uno son perfectamente morales, otro los rechazaría por considerarlos malos.

Los sentimientos superiores aconsejan una resolución en armonía con ellos; y el individuo dotado de una naturaleza perversa no podrá eludir sus inclinaciones también perversas.

Molière ha descrito estas aberraciones de una manera palpable, y pintando con colores vivos las escenas de la vida real en medio de las turbulencias de la naturaleza humana, ha puesto bajo los ojos del mundo todas esas monstruosidades morales que son el escarnio obligado de la sociedad.

El engeguamiento moral por las pasiones, según Despine, constituye la locura humana, y esta locura afecta no solamente a los infortunados a quienes una enfermedad cerebral hace surgir pasiones insólitas, extrañas a su carácter, sino más frecuentemente aun, y en un grado igual, a los hombres en buena salud, bajo la influencia de sus pasiones naturales. La razón que ilumina al hombre saca su origen de los sentimientos morales; y la locura que es la negación de la razón, inconsciente, no sentida, no comprendida por el individuo, toma su origen en las pasiones cuando dominan y engeguen el espíritu.<sup>22</sup>

La lucha diaria de la existencia por más que la rodee el placer y la satisfacción, no está exenta de contrariedades, ni al abrigo de las mil maquinaciones de los hombres y de las constantes incertidumbres de la suerte. Al lado de los dulces goces se encuentra la tristeza; al lado de la felicidad, la desgracia.

Por armónicas que sean las escenas de la vida, por puros y grandes que sean los sentimientos que las inspiran, siempre se presenta en medio de ellos el dolor, el pesar y, muchas veces, sin la esperanza que las mitigue.

Las pasiones vivamente chocadas, contrariadas, aquellas cuya satisfacción ardientemente deseada es imposible por diversas circunstancias, son, en opinión de un pensador, las causas de este dolor supremo, insostenible que llega hasta la impaciencia de quitarse la vida. Cuando el hombre es absorbido por este dolor, se dice que aspira por todas las fuerzas de su alma o un pronto consuelo, que la muerte sólo le hace entrever.<sup>23</sup> En este estado apasionado, todos los sentimientos morales que inspiran repugnancia y reprobación por el suicidio, tales como el sentido moral, el sentimiento religioso, las afectaciones de la familia, el ataque a la existencia y el horror de la muerte, son borrados por la vivacidad del dolor.<sup>24</sup>

Un sentimiento extraño, tremendo, hace explosión,

y las fuerzas de la vida se agotan en presencia del dolor que las hiere.

En todos los tiempos se ha comprobado esto; y como para demostrar la influencia de los pesares sobre la moral, narramos el siguiente hecho que tuvo lugar en Bélgica:

María A. de 24 años de edad, tenía un cerdo que cuidaba con cariño casi maternal. Este animal cayó enfermo y enflaqueció rápidamente. María concibió un cruel pesar, que contaba a todos, y sin anunciar su funesto proyecto, decía que la vida era para ella una carga, y que moriría ciertamente. A la mañana del día siguiente al en que esto decía, se la encontró muerta por suspensión.

Respecto del fastidio, la gran calamidad que aflige a muchos, diremos que se le encuentra en los individuos que no tienen ocupaciones habituales, y que por consiguiente su sistema nervioso sin actividad regular, los pone fácilmente en condiciones de malestar físico y moral, de donde se ha deducido el principio general de que todo hombre que permanece inactivo es desgraciado, y que para librarse del fastidio es necesario entregarse al trabajo. En tales condiciones nada saca a la víctima de su estado; el *taedium vitae* hace progresos en aquel espíritu ya desequilibrado, el dolor material le sucede como consecuencia, y las pasiones más deprimentes y enervantes le acompañan.<sup>25</sup>

La desesperación y el fastidio colocan al individuo en el camino del suicidio.

Veamos, entre tanto, cómo ha sido considerado en el terreno de la medicina pura el punto que estudiamos.

Hay autores como Esquirol y Bourdin que sostienen que el suicidio es siempre un acto patológico, el producto de una monomanía.

Mata, por su parte, rechaza esta opinión, y dice: "Hay muchas veces en las que el suicida está en efecto enajenado, ya de un modo general, ya parcial. Pero hay desgraciadamente no pocos que se suicidan en la plenitud de su razón, si es que por tal puede tomarse el estado de un sujeto dominado por una pasión profunda y violenta, que le arrebatada y le arrastra a librarse de sus penas, acabando con sus días. Por lo común, los que se matan a sí mismos, son víctimas de la violencia de la pasión que los domina, y en esto se encuentra la lógica explicación de su atentado.

Hay un modo de juzgar universal -agrega- respecto de los que se dan la muerte, que distingue o los apasionados de los locos. En literatura, nadie tiene por locos a los Ajax, atravesándose con su espada, por no haber podido alcanzar las armas de Aquiles; a las Safo, echándose por el salto de Leucates, desdeñada por Faon; a las Dido, arrojándose a la hoguera, abandonada por Eneas; al Werther de Goethe; y en el campo de la historia, nadie ha juzgado como enajenadas a Cleopatra, haciéndose picar por un áspid para no ser víctima de César; a Lucrecia, dándose una puñalada mortal; a Aníbal, sorbiendo

<sup>22</sup> Despine. *La Science du cœur humaine*. (N. del E.: Gache se refiere al texto de Despine, *La Science du cœur humain, ou la Psychologie des sentiments et des passions, d'après les œuvres de Molière*, 1884).

<sup>23</sup> Despine. Obra citada en nota 21.

<sup>24</sup> Idem.

<sup>25</sup> Idem.

el veneno de su anillo, por no caer en poder de los Romanos; o Demóstenes, envenenándose por no ser prisionero de Filipo, y a los Mitridates, los Catón, los generales romanos que perdían una batalla, etc., etc.; en todos esos casos, igual a los que en todos los días se ven en sujetos comunes y de alguna posición, como los príncipes de Condé, los duques de Praslin, etc., hay una razón moral, una historia, y los demás caracteres que señalamos a su tiempo, como propios del estado de razón, que no consienten tener esos suicidios por actos de locura".<sup>26</sup>

Tampoco debe considerarse como un acto de enajenación mental la muerte voluntaria de Sardanápalo, precipitado en una hoguera; y por la misma razón no deben mirarse como locos a Aristodemo que por no haber peleado en las Termopilas, se hizo matar en Platea; a Sócrates, que cumplió los deseos de sus con ciudadanos bebiendo la cicuta; a Régulo que se quitó la vida por no violar la fe jurada. ¿Y cómo olvidar a Bruto, a Curtius y Codrus?

Si no es posible sostener hoy que el suicidio obedece fatalmente a trastornos cerebrales, no se puede negar tampoco la influencia de las pasiones, que por fugaces que sean, aniquilan y engeguen como lo hemos demostrado.

Encontramos a menudo en ellas el origen seguro del suicidio: aquí es el amor contrariado, allí es el dolor que la muerte produce, más allá los celos, o la delicadeza exagerada, por todas partes los sentimientos dominantes en los pueblos civilizados. Toda idea capaz de privar al hombre de su libertad moral, o de limitar su ejercicio, puede ser la causa del hecho que estudiamos. Ora la pasión baja y denigrante, ora la pasión sublime y generosa, lo engendra y determina.

Debido a la acción que desempeñan, se ven sucumbir organizaciones que se creían vigorosas. El acto se consuma, una vida se extingue y una tumba se abre.

Agreguemos que ciertos estados orgánicos especiales, por transitorios que sean, pueden producir estos actos insólitos, verdaderas calamidades, muy bien expresadas en el siguiente párrafo: "Que ciertos movimientos pasionales estimulados por la exageración de un sentimiento íntimo, promuevan o produzcan alteraciones varias, actos temerarios, insólitos, violentos, lo comprendo: en esos momentos el corazón late mas aprisa, el movimiento molecular orgánico se activa, hay, por tanto, mas calor; el órgano encargado del pensamiento se hiperemia, todas las fuerzas vivas se exaltan, las acciones se suceden rápidas y poderosas, hay orgasmo y en este orgasmo se engendra, no ya una fluxión fisiológica entretenida por la actividad de los estímulos, sino una fluxión patológica provocada por la exageración de todos los actos: en ese momento una idea falsa o exacta, pero siempre tenaz y frecuentemente opresiva, produce el suicidio que de tales condiciones representa una acción inconsciente, un acto patológico, una verdadera locura".<sup>27</sup>

Legrand du Saulle piensa que en un gran número de casos este acto es el resultado de la enajenación mental, o la consecuencia de un delirio pasional casi incompatible con el funcionamiento regular de la libertad moral, y la integridad de la razón.

Hay según él, dos formas distintas en la muerte voluntaria: una que permite a la libertad o a la voluntad permanecer intactas; otra que atestigua el desastre de las facultades; el magistrado, el moralista y el médico deben considerar la cuestión del suicidio bajo estos dos puntos de vista, y deslindar con justa y firme imparcialidad la parte que corresponde a cada uno.

Para terminar este punto, digamos con Voltaire que "sería de desear que todos aquellos que toman el partido de abandonar la vida, dejasen escritas sus razones con una sola palabra de su filosofía: esto no sería inútil a los vivos y a la historia del espíritu humano."

Si hacemos aplicación de estas ideas al asunto principal de nuestra tesis, y preguntamos a la Psicología si el suicidio es un hecho que deriva lógicamente del estado psíquico normal, o si reconoce su patogenia en el engeguimiento del espíritu, encontraremos la respuesta en las anteriores consideraciones.

Para nosotros, la patogenia del suicidio queda establecida en las páginas anteriores. Acaso no llenen las exigencias de todos, pero pensamos que el suicida obra en virtud de una pasión que lo aturde y lo vence. Y aún cuando se considere al suicidio como emanado de un instante de exaltación colérica, debe reconocerse que "la ausencia de toda oposición moral a las inspiraciones de la pasión, es evidente en la cólera; y en todo tiempo este estado ha sido justamente considerado como la privación de la razón, como un instante de locura: Ira, *furor brevis est*, ha dicho Horacio, *la cólera es un corto instante de locura*".

La influencia de las pasiones se ejerce de una manera desastrosa en algunos seres, y ocupando con su acción maléfica la entidad moral de los mismos, determina estados anormales, funestos en su marcha y consecuencias.

Tomemos como ejemplo un caso práctico que sucedió en Buenos Aires.

Nicanora Fernández contrajo matrimonio con un militar; los primeros años pasaron bien, y un vástago colmó las delicias de su hogar modesto. Después de cierto tiempo y por necesidades de su profesión el marido faltaba de su casa. Esto contrarió sobremanera a la mujer: la idea de los celos la dominó, la pasión fue haciendo camino en su espíritu enardecido por el abandono de su compañero, y pensó en la muerte de su hija y en el suicidio como único remedio a sus tribulaciones. Un bracero bien repleto de carbón ardiendo, bastaba a sus designios, acostada ella y la niña, que sólo contaba tres años de edad, esperaba morir por el óxido de carbono.

En medio de la desesperación de la asfixia, desea terminar cuanto antes, y frenética, llena de furor, toma un

<sup>26</sup> Mata. *Medicina Legal*, tomo II, pág. 1014. (N. del E.: Gache se refiere al texto *Tratado de medicina y cirugía legal, teórica y práctica*, 5ª ed., Madrid 1874, de Pedro Mata y Fontanet (1811-1877) médico, periodista, escritor y político creador de la medicina forense en España).

<sup>27</sup> Carta del Dr. Manuel Blancas al autor, sobre *El suicidio*.

cuchillo y lo descarga sobre su tierna e inocente víctima que consigue desviar el golpe, en tanto que el arma atraviesa una pared de madera circunstancia que avisa a los vecinos de que algo ocurre en aquella habitación. El suicidio quedó así frustrado y también el filicidio.

En el curso del proceso a que este hecho dio lugar, el Dr. Manuel Blancas, médico legista aventajado, y pensador reflexivo de claras vistas, expidió el luminoso informe que sigue:

“Señor Juez del Crimen:

Cumpliendo con el decreto de U. S. que antecede, he practicado el reconocimiento médico legal de la llamada Nicanora Fernández, presa en la cárcel pública.

Voy a permitirte, señor, ser algo extenso en las consideraciones del caso presente, pues ellas son de suma importancia bajo el punto de vista médico legal.

Desde luego expondré que la indicada Nicanora Fernández, tiene hoy plena conciencia de su presente, recuerda su pasado, y explica tranquila y sin embozo los motivos que la indujeron a atentar contra su vida, y a cometer el doble crimen de filicidio, que si no se ejecutó, fue por las razones que se conocen. Estudiada ligeramente esta mujer, nada haría prejuzgar un trastorno en las facultades de su espíritu, pero en esa misma calma e impasibilidad con que algunas veces juzga su temerario acto, en ese modo melancólico con que se expresa, en esa larga serie de detalles que expone, llenos de ternura, llenos de desesperación, llenos de duda y de desencanto, se encuentra algo oculto, algo extraño, que impone un estudio detenido para poder formar un juicio exacto y formular una conclusión autorizada.

En el curso de sus relaciones conmemorativas, he podido descubrir que los celos han sido la causa que, operando de una manera continua y triste sobre su espíritu, la condujeron hasta el extremo de darse la muerte y asimismo al de inmolar al ser querido, fruto inocente de sus únicos amores.

Tocado ese resorte supremo de su alma, se la oye una historia llena de sentimiento en que cada palabra, cada concepto parece responder a una combinación fatal. Entonces su espíritu se revuelve sobre sí mismo dominado por el poder de una sola idea, idea que destila la mas intensa amargura, idea que la enerva o la exalta, según la fuerza del sentimiento que la agita, que la fascina, aturde o engaña.

Nicanora Fernández celosa, lastima hasta la última fibra de su corazón, y se la siente complacida en su propia tortura cuando el vaivén de sus pensamientos choca en su mente y se repercute en sus labios, como eco perdido de otra época no lejana de su vida.

Nicanora celosa es un ser que razona, sí, pero su razón es un torrente que la precipita frecuentemente en las abstracciones mas extrañas, y sin embargo, juzga siempre con criterio, sin que sus palabras sean vacías ni sus conceptos insensatos.

Algunas veces medita mucho antes de contestar, y cuando responde al hablar de sus pasados designios lo

hace como inspirada por un demonio familiar que la subyugase; otras veces súbitamente rompe en llanto, y entonces la fuente de lágrimas de sus ojos parece apagar el sentimiento dejándola como postrada é inerte. Mas tarde estrecha con efusión la niña contra su pecho, y al recibir su sonrisa inocente se conmueve como si aquella expresión tranquila enviara un nítido reflejo de paz o su alma lacerada.

Calmada luego, habla con tal dulzura, con tal sentimiento, que forma un contraste singular con su pasada exaltación, para en seguida volver a sus celos, no ya violenta sino resignada, no ya mujer sino madre, no ya ruda sino inspirada, pero siempre evocando la religión de sus recuerdos para rendir un culto terrible a la duda y abrir un horizonte nuevo a sus celos.

¿Pero había suficiente razón para esos celos? ¿La había tratado mal su marido en los tres años que había vivido junto con ella? ¿Había faltado a su solicitud, o a su afecto, alguna vez? No, seguramente no. Nicanora confiesa que sólo cinco días antes de aquel en que ella debió poner fin a su existencia, recién faltaba su esposo al lecho conyugal; agrega que sus atenciones de militar activo le retenían toda la noche en el servicio, y que solo de día podía atender a su familia, pero dándole siempre cuenta de los motivos que le obligaban a estar ausente.

Ni una palabra dura, ni una polémica violenta, ni una contrariedad siquiera, turbó aún entonces la felicidad doméstica.

Nicanora, sin embargo, sufría los más rudos tormentos en su corazón; el veneno de los celos roía su alma, y sólo un pensamiento, uno sólo, se posaba en su mente como un eterno torcedor de su espíritu.

El sueño, lenitivo, consolador para las almas afligidas no le procuraba paz, pues preveía bajo mil distintas formas las negras visiones que la forjaba durante las largas horas de su vigilia la exaltada imaginación.

Nada seguramente podía reprochar al hombre a quien se había unido, nada la autorizaba a colocarse en una situación tan triste; sólo la palabra imprudente de otra mujer había encendido aquel volcán que, consumiendo viva y ardientemente su razón, concluyó por destruir los sentimientos mas delicados de su alma, concluyó por conducirla a la mas espantosa desesperación y al vértigo grato y terrible rt la vez que produjo el pensamiento del suicidio, pensamiento horroroso porque imponía un acto triplemente criminal bajo el punto de vista moral, social y religioso.

Todo acto, Sr. Juez, todo crimen supone un móvil mas o menos motivado, mas o menos conveniente.

Pero en el caso presente, señor, la causa arrancaba, se derivaba, por decirlo así, de la conciencia o seguridad de un hecho supuesto o sospechado, pero que, siendo hipotético, podía también ser falso.

Nicanora intentando matarse, cometió este acto sin la plena conciencia de su desgracia; se hacia desgraciada por sí misma; faltaba o Dios y a la sociedad sin contristarse, sin impresionarse, y cuando contemplaba al ser querido de su corazón que también debía ser víctima de su determinación terrible, ni una lágrima brotaba de sus

ojos, ni un instinto le gritaba del fondo de su alma que aquella inocente criatura no debía morir cuando apenas había vivido, y cuando la fuerza de fatalismo que a ella la impulsaba a la muerte no podía en manera alguna alcanzar a su hija.

¿Es posible, pues, considerar con integridad fisiológica las facultades mentales de una mujer, de un ser cualquiera de condición humana, que por tan fútil causa cometa tan horrible acto?

He ahí la cuestión que me he propuesto al considerar las razones que da aún con serenidad, esta desgraciada.

Nicanora Fernández es una mujer del pueblo en quien la lectura de ciertos libros no ha podido exaltar su imaginación, ni conducirla a ese grado de exageradas ideas o romancescas que pervierten el espíritu de tantas mujeres del viejo mundo, en las grandes y populosas ciudades.

Nicanora Fernández ha vivido, por decirlo así, ajena a esa vida de disipación, de lujo, de intrigas amorosas, que en mujeres de otro temperamento y otra condición social, explican esas determinaciones terribles que dan por resultado una muerte fatal.

Nicanora Fernández ha querido mucho, y a pesar de su ruda torpeza ha amado con esa sensibilidad exquisita de los seres privilegiados, en quienes la educación dignifica y sublima el sentimiento.

Su alma templada al calor de las impresiones profundas, no vivía sino para una sola idea, y su amor, palpitando en cada latido de su corazón, puede decirse que iba así acompañando todos los instantes de su vida.

Por esa pasión, pues, por esa fuente inagotable de ternura y delicado afecto, por ese sentimiento fascinador que la embriagaba y conducía a los ensueños de las más misteriosas ilusiones, su alma debió sentirse conmovida ante el rudo embate de un inesperado desencanto, ante la triste desconsolación de su abandono, ante el helado fantasma del desamor de su hombre.

Y entonces ella, ella repito, fuerte para los afectos íntimos y profundos, débil para el sufrimiento moral, pobre, medrosa delante de la adversidad, de la duda, de la contrariedad, anhelante, vertiginosa, debió perderse en la conmoción tempestuosa de sus pasiones, y la tétrica idea de la muerte debió también surgir como una luz siniestra en medio de la tenebrosa oscuridad de sus pensamientos.

Perdida así, abatida, sin conciencia, midió los pesares de su desgraciada vida por la intensidad de los afanes del momento; juzgó el porvenir por el presente; encadenó los recuerdos de su dicha perdida a las torturas de su futura existencia; comparó su amor con su desencanto, y entonces, no cabiendo en su estrecho cerebro la inmensa suma de dolores, estalló su razón, como estalla un vaso cerrado, cuando una viva llama dilata y expande más y más las tenuísimas moléculas del ardiente vapor que contiene.

El frenesí, revistiendo la más alta exageración, llevaría a sus desordenadas ideas una ruda y violenta perturbación, y al romperse la armonía de las funciones del sensorio, se modificaría la influencia misteriosa de ese algo que bulle en cada fibra de la materia organizada,

de esa fuerza que modifica la voluntad, y que al sustraer la corriente fisiológica de ciertos actos, desequilibra las potencias activas; de ese algo, en fin, al cual se subordina toda entidad, a quien reconocemos como motor, efecto o causa del principio vital.

Pero no se trata solamente de su vida, de sus celos, de su amor, de sus visiones.

Hay un ser tierno, inocente, que también debió ser inmolado, y para ese doble crimen no había otro móvil que matar por el solo placer de matar, partiendo el corazón de un ser querido.

He ahí, señor Juez, la más poderosa razón en que el médico legista debe fijarse para poder hacer un estudio serio, detenido y de conciencia, y tratando de descender el velo del pasado de esta mujer, descubrir si es posible en su mente al parecer tranquila hoy, la imagen patológica de los padecimientos de ayer, la perturbación de las ideas de entonces, y producir deductivamente la verdad arrancada, si así puede decirse, del fondo de un alma seguramente más inocente que culpable.

Hay un orden de ideas que pertenece exclusivamente a la mujer, por punto general: esas ideas engendradas por un sentimiento íntimo, imprimen en ella un poder inmenso de abnegación, que es una de las manifestaciones de sus pasiones afectivas, infinitamente más desarrolladas, más vehementes, más duraderas que en el hombre.

Entre las pasiones afectivas de la mujer, el amor maternal arde como la antorcha eterna de su alma, persevera con toda la delicadeza, con toda la dulzura que sólo en ella es sublime, y que también se ofrece como un ejemplo palpitante en las hembras de todos los animales de la creación.

Sí, pues, la mujer ama tanto a sus hijos, si ellos son, por decirlo así, la sangre de su sangre, la vida de su vida, si al prestigio de ese afecto se empalidece, se debilita todo otro afecto, puesto que en su inmenso poder lo asume todo, ¿qué debemos pensar de una mujer que con tanta crueldad mata a su hijo?, ¿Qué debemos juzgar de un ser que abrasado por el fuego de una idea absurda, rompe la ley suprema de la naturaleza, destruye el vínculo más sagrado de su alma?

Psicológicamente hablando como médico, como filósofo, no puedo aceptar ese acto o ese pensamiento como la emanación de un juicio sano, no puedo concebir la prostitución de tales sentimientos sino como un producto necesario de una alteración patológica, o modo de ser incompatible con la perfectibilidad del espíritu.

Aceptaría que Nicanora bajo la influencia de sus pesares engendrados por sus celos, pusiera fin a su existencia amarga; comprendería su determinación si se quiere, pero lo que no es posible comprender, lo que no se puede aceptar en manera alguna, es la inútil, la bárbara, la inmotivada muerte de la niña.

Nicanora Fernández debió estar loca en aquellos momentos; la razón rechaza toda otra idea, y el médico legista como el filósofo puede descubrir esta verdad perdida u oculta en las sombras del pasado.

Terminaré, por fin, agregando lo que los más distinguidos alienistas han establecido ya, que la abolición de

las facultades afectivas constituye un modo de lesión patológica, que por consiguiente forma una verdadera privación intelectual.

En el largo curso de este informe creo haber estudiado el caso con el criterio suficiente para resolver tal cuestión: repetiré, pues, como conclusión última, que Nicanora Fernández ha estado loca en los momentos en que pretendió darse la muerte, inmolando al mismo tiempo a la criatura de quien era madre”.

*Manuel Blancas.*

Estudiando las causas que pueden influir más o menos directamente en la producción del suicidio, hay que reconocer que la frecuencia de este fenómeno está en razón directa del grado de civilización de las naciones. Todos los elementos de progreso, todos los factores del engrandecimiento de los pueblos, tienen su modo de obrar especial sobre las colectividades, imprimiéndoles movimientos y formas variadas.

Así es que le vemos producir innumerables víctimas en aquellos países donde las ciencias, las manufacturas, las artes, las industrias, la política, el comercio en sus numerosos ramos constituyen los medios habituales de la vida, engendrando situaciones ora tristes y funestas, ora felices y tranquilas, pero ejerciendo siempre un poderoso tutelaje sobre ciertos grupos sociales, o sobre ciertos espíritus.

Estas consideraciones dan plena razón a Ferrus que ha dicho: “Es precisamente en las épocas en que la civilización es más avanzada, en que las costumbres son más suaves, las virtudes políticas más difundidas, que los suicidios son más frecuentes.”

Bien lo sabemos: la civilización imprime caracteres especiales a las agrupaciones humanas que en su paso por el mundo obedecen ciegamente a los principios y leyes que las rigen.

La barbarie mata en el estado primitivo, sin que la luz haya penetrado a los cerebros; la civilización mata igualmente, y lo hace por medio de los placeres, por su acción enervante, por la corrupción que domina todas las esferas sociales bajo formas encubiertos por la inteligencia cultivada.

Sí, somos deudores a la civilización de muchas calamidades; pero no debemos desmayar en presencia de las maravillas que realiza el coloso de la historia: el siglo XIX. En todas las épocas tuvo la humanidad sus elementos dispersos e influenciados por múltiples circunstancias; el hombre se sometió a ellas poniendo su brazo en la obra, y su hombro bajo los pies del que debía subir.

La ley que rige al Universo, se cumple. La civilización, verdadero torbellino en que sucumben muchos, es fecunda fuente de desgracias y de ruinas.

Dirijamos sino la vista por las naciones de Europa y veremos entre esas desgracias levantarse el suicidio con su estadística aterradora. Allí, en el foco de las grandes ideas, donde todo es progreso y donde cada día queda señalado con un descubrimiento, el crimen y la locura han alcanzado una frecuencia por demás alarmante.

En Francia hubo 61 suicidios desde 1830 a 1832; 81 desde 1841 a 1842; 103 en 1852; 110 en 1858 y 34,735

en el período de 1873 a 1878. De estos últimos 13% entre los hombres y 5% entre las mujeres, eran bebedores consuetudinarios. La marcha de esta calamidad en el mencionado país, está suficientemente demostrada por los siguientes datos que tomamos de *La Semaine Médicale*:

El número de suicidas por término medio se divide así:

|       |    |     |      |    |      |   |      |
|-------|----|-----|------|----|------|---|------|
| 3.639 | en | los | años | de | 1851 | a | 1855 |
| 4.002 | »  | »   | »    | »  | 1856 | a | 1860 |
| 4.366 | »  | »   | »    | »  | 1861 | a | 1865 |
| 4.990 | »  | »   | »    | »  | 1866 | a | 1870 |
| 5.276 | »  | »   | »    | »  | 1871 | a | 1875 |
| 6.259 | »  | »   | »    | »  | 1876 | a | 1880 |

La cifra de tales desgraciados llegó en 1881 o 6.741; a 7.213 en 1882; a 7.267 en 1883; y a 7.572 en 1884. Proporcionalmente o la población, se contaba de 1851 a 1855, diez suicidios por 100,000 habitantes; en 1884 fue de veinte. Más de la sexta parte corresponde al departamento del Sena: 1.420 suicidios en 1884. De los 7.572 realizados durante el año 1884, cerca de los ocho décimos, 5,96 o 79 %, lo han sido por hombres, y 1,608 o 21 % por mujeres, lo que da 32 suicidios de hombres y 8 de mujeres sobre 100,000 habitantes del mismo sexo. En cuanto a la edad, la de 169 suicidas no se ha podido establecer; la de los 7,403 restantes fue: 67 (1%) de menos de 16 años; 331 (5%) de 16 a 21 años; 391 (5%) de 21 a 25 años; 465 (6%) de 25 o 30 años; 992 (14%) de 30 a 40 años; 1.394 (19%) de 40 a 50 años; 1.508 (20%) de 50 a 60 años; y 2.255 (30%) de 60 años y más.

Durante el año 1871 ocurrieron 836 suicidios en Italia, y en 1884 la cifra llegó a 1970. El aumento es considerable.

En Prusia por cada millón de habitantes hubo 88 desde 1820 a 1843; 103 desde 1835 a 1841; 108 desde 1849 a 1852, y 134 en 1869.

En España se produjeron 198 atentados contra la vida en 1859; 235 en 1860; 251 en 1861, y 211 en 1862.

Hofmann, en su Tratado de Medicina Legal, presenta los siguientes datos:

En Bohemia, cuya población es muy densa, se citan 550 suicidios en 1871; 620 en 1872; 767 en 1874.

En Viena hubo 99 en 1870; 132 en 1871; 141 en 1872; 152 en 1873; 214 en 1874; 205 en 1875.

En Baviera hubo desde 1857 a 1863, 80 suicidios por cada millón de habitantes; 90 desde 1864 a 1870.

En Inglaterra estos atentados revisten actualmente proporciones funestas que imponen de una manera irrefutable el poder de las causas generadoras de aquella calamidad; pero debe recordarse siempre el uso extraordinario de los alcohólicos que se hace en ese país.

A este respecto, es conveniente reproducir aquí las siguientes apreciaciones de Mr. Ogle, que presentan particular interés y que tomamos de una revista extranjera:

Mr. Ogle, el “Registrar General” (sic), ha comunicado el martes próximo pasado a la Sociedad de Estadística, el resultado de sus investigaciones, teniendo por base los 42,630 suicidios anotados en Inglaterra durante los años de 1858 a 1883.

**CAPITULO VII**  
**El suicidio en América**

SUMARIO: —*El suicidio en Buenos Aires. —Sus causas. —Estadística de suicidios durante los años 1881, 82, 83, 84, 85 y 86. —Medios empleados. —Nacionalidad de los suicidas. —Proporción de este hecho con la población. —El suicidio en Montevideo, Rio Janeiro, Paraguay, Bolivia, Perú, Chile, Estados Unidos de Norte América y Méjico. —Varias consideraciones. —El suicida Klappemback. —Informe médico-legal del Dr. Manuel Blancas. —El suicidio en las legislaciones. —Opinión de Legrand du Saulle. —Acción de la prensa. —Necesidad de una reacción.*

Examinemos el suicidio en Buenos Aires, teniendo en cuenta la marcha creciente de la población, la heterogeneidad de sus elementos, su extraordinario actividad intelectual y comercial, el movimiento rápido que se nota por todas partes, y encontraremos en el conjunto de estas circunstancias, el origen innegable del fenómeno que estudiamos.

La mezcla de las razas, la mezcla de los caracteres y los sentimientos, de las aspiraciones y de las pasiones, dominando nuestra sociabilidad, han invadido el medio en que habitamos y determinado estados especiales que corresponde a la Demografía apreciar en su verdadero mérito.

El elemento extranjero acude a nuestras playas en cantidades considerables atraído por la voz de la fama que

le presagia una tierra de promisión; y la acción evidente de su carácter se demuestra en la lucha febril de todos los días, produciendo sus efectos, que se traducen muchas veces por desequilibrios en el mecanismo orgánico.

Nuestra Capital es una ciudad esencialmente cosmopolita, y sobre ella actúan diferentes causas, que dan por resultado accidentes también diferentes.

Si a esto se agrega el abuso que se hace del crédito, los malos negocios, la educación de los placeres, el sibirismo que se ha apoderado de ciertas agrupaciones, el deseo exagerado de fortuna que se despierta en algunos individuos, el uso de las bebidas alcohólicas, las estaciones, el amor, la miseria, en cierto grado, y todo esto estimulado por circunstancias atmosféricas que no hay que olvidar, se habrá descubierto la etiología del suicidio, y encontrado también su filiación patológica.

Y luego hay que tener presente las influencias meteorológicas, la tensión eléctrica, los efluvios, que intervienen ciertamente en la producción de actos criminales, por la excitación que ejercen sobre el sistema nervioso. El viento norte es un poderoso elemento que debe siempre recordarse en estos casos, por el nocivo influjo que tiene sobre el organismo animal.

Presentamos en este trabajo un pequeño cuadro estadístico de los suicidios ocurridos en Buenos Aires durante los años 1881, 1882, 1883, 1884, 1885 y 1886 hasta el día 25 de noviembre.

En 1881 se suicidaron 28 personas; 69 en 1882; 26 en 1883; 37 en 1884; 35 en 1885 y 43 en lo que va transcurrido del año actual.

Según nacionalidad se dividen así:

| Nacionalidades  | 1881      |          | 1882      |           | 1883      |          | 1884      |          | 1885      |          | 1886      |          | Total      |           | TOTAL general |
|-----------------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|------------|-----------|---------------|
|                 | H         | M        | H         | M         | H         | M        | H         | M        | H         | M        | H         | M        | H          | M         |               |
| Argentinos      | 7         | 5        | 9         | 13        | 10        | 1        | 11        | -        | 7         | 3        | 11        | 2        | 55         | 24        | 79            |
| Orientales      | -         | -        | -         | -         | 1         | -        | 1         | 1        | -         | -        | 1         | -        | 3          | 1         | 4             |
| Brasileros      | -         | -        | -         | -         | -         | -        | -         | -        | 1         | -        | 1         | -        | 2          | -         | 2             |
| Chilenos        | 1         | -        | -         | -         | -         | -        | -         | -        | -         | -        | -         | -        | 1          | -         | 1             |
| Peruanos        | 1         | -        | -         | -         | -         | -        | -         | -        | -         | -        | -         | -        | 1          | -         | 1             |
| Norteamericanos | -         | -        | -         | -         | -         | -        | -         | -        | 1         | -        | -         | -        | 1          | -         | 1             |
| Franceses       | 2         | -        | 12        | 1         | 2         | -        | 2         | 1        | 3         | -        | 1         | 1        | 22         | 3         | 25            |
| Italianos       | 7         | -        | 18        | -         | 17        | 1        | 10        | 1        | 7         | 2        | 15        | 2        | 64         | 7         | 71            |
| Españoles       | 3         | 2        | 9         | 2         | 2         | -        | 4         | -        | 9         | -        | 4         | -        | 31         | 4         | 35            |
| Ingleses        | -         | -        | 3         | -         | -         | -        | -         | -        | -         | -        | 1         | -        | 4          | -         | 4             |
| Alemanes        | -         | -        | -         | 1         | -         | -        | 4         | -        | 2         | -        | -         | -        | 6          | 1         | 7             |
| Suizos          | -         | -        | -         | -         | -         | 1        | -         | -        | -         | -        | 2         | -        | 2          | 1         | 3             |
| Austriacos      | -         | -        | -         | -         | -         | -        | 1         | -        | -         | -        | -         | 1        | 1          | 1         | 2             |
| Portugueses     | -         | -        | -         | -         | -         | -        | 1         | -        | -         | -        | -         | -        | 1          | -         | 1             |
| Rusos           | -         | -        | -         | -         | 1         | -        | -         | -        | -         | -        | -         | -        | 1          | -         | 1             |
| Paraguayos      | -         | -        | -         | -         | -         | -        | -         | -        | -         | -        | 1         | -        | 1          | -         | 1             |
|                 | <b>21</b> | <b>7</b> | <b>51</b> | <b>18</b> | <b>23</b> | <b>3</b> | <b>34</b> | <b>3</b> | <b>30</b> | <b>5</b> | <b>36</b> | <b>7</b> | <b>195</b> | <b>43</b> | <b>238</b>    |

Los medios empleados han sido los siguientes:

|  | 1881 | 1882 | 1883 | 1884 | 1885 | 1886 |
|--|------|------|------|------|------|------|
| Arma de fuego                              | 12   | 26   | 10   | 27   | 34   | 43   |
| Arma blanca                                | -    | 6    | 2    | 13   | 7    | 11   |
| Ahorcados                                  | 1    | 3    | 3    | 8    | 4    | 4    |
| Navaja de afeitar                          | 1    | 2    | -    | -    | -    | -    |
| Asfixia por el óxido de carbono            | -    | 1    | -    | 1    | -    | -    |
| Fierros                                    | -    | 2    | -    | 1    | -    | -    |
| Tijeras                                    | -    | 1    | -    | -    | 1    | -    |
| Acido oxálico                              | -    | -    | -    | 3    | 2    | 1    |
| Mixto de fósforo                           | -    | -    | -    | 9    | 12   | 16   |
| Arsénico                                   | -    | -    | -    | 2    | -    | 2    |
| Acido sulfúrico                            | -    | -    | -    | 2    | 1    | 1    |
| Diferentes venenos                         | 5    | 26   | 13   | 3    | 3    | 3    |
| Precipitación en la vía pública y en pozos | 2    | 5    | -    | 5    | 9    | 10   |
| Vidrios                                    | -    | -    | -    | -    | -    | 1    |
| Se ignora                                  | 13   | -    | 1    | -    | -    | -    |

Al hablar de los medios empleados, debemos advertir que en los años 1884, 1885 y 1886, no todos los que van comprendidos en el cuadro correspondiente fallecieron, pues de los respectivos totales hay que descontar las tentativas que fueron 35 en 1884, 37 en 1885 y 48 en 1886.

El suicidio sigue entre nosotros la marcha que se observa en todas las ciudades de Europa, aumenta rápidamente el número de sus víctimas.

La suma principal está representada en nuestros cuadros por los hijos del país, y ocupan después los otros lugares los italianos, los españoles, los franceses, los alemanes, respectivamente, y que en tan gran cantidad vienen a la República Argentina.

En contra de lo que se deduce de las estadísticas de Europa, la gran mayoría de los atentados se produce en Buenos Aires por arma blanca y de fuego, y los venenos, entre los que hay que contar principalmente el fósforo y el ácido oxálico.

Las primeras son empleadas por los hombres, en tanto que las mujeres hacen uso de los segundos, prefiriéndolas torturas de una agonía mas o menos larga, a la acción casi siempre rápida de un balazo bien dirigido.

En Francia, por ejemplo, de los 4490 suicidios habidos en el año 1871, la cifra mayor está representada por los ahorcados (1991), y la menor por los envenenamientos (70).

En general, en Europa se valen frecuentemente del óxido de carbono que produce la asfixia; después vienen la sumersión, estrangulación, armas, etc.

Debe tenerse presente que entre nosotros, aún cuando la pobreza invada un hogar y un suicidio se realice, no falta a quien quiere quitarse la vida, los medios de proporcionarse por préstamo o por compra, un revolver o una pistola para conseguir ese intento.

Es por esto que vemos usar con tanta frecuencia las armas de fuego.

Muchas causas obran para determinar el hecho de que nos ocupamos, y la más frecuente se refiere a mal

estado de los negocios en el sexo masculino, y al amor entre las mujeres.

La condición social es generalmente humilde, si bien en casos no infrecuentes se observan suicidios de personas de posición elevada en el comercio y en las ciencias.

La estadística que presentamos nos revela que término medio, por cada 12.000 habitantes, ocurre anualmente un suicidio en Buenos Aires.

En Montevideo suelen producirse verdaderas epidemias de estos atentados. En 22 días del año 1883 se efectuaron 28 actos de esta especie. A pesar de esto, su frecuencia no es alarmante.

En Río de Janeiro, en 1879, se suicidaron 44 personas, y hubo 64 tentativas. En 1880 ocurrieron 34 de los primeros y 54 de las segundas, siendo la asfixia, las armas y los venenos los medios más empleados allí.

En el Paraguay se suicidan solo las mujeres. Es sabido que éstas se encuentran en mayoría extraordinaria en aquel país. La causa del hecho es generalmente, en los pocos casos observados, el amor. No debe descuidarse en el estudio de esto la acción del clima, y esa exhuberancia de la Naturaleza que tanto distingue aquella región americana. Los medios empleados son los venenos.

En Bolivia solo atentan contra la vida los bebedores, que en un momento dado llegan a considerarla como una carga demasiado pesada. Se sirven de las armas de fuego.

En el Perú son los hombres los que componen la mayor parte de la muy escasa estadística de suicidas; la causa que los produce se encuentra en los malos negocios comerciales, y se hace uso allí de los venenos para lograr el fin criminal.

En Chile son los extranjeros los que figuran en mayor cantidad en los cuadros respectivos; su causa principal se encuentra en los pesares domésticos, y los medios mas usados son las armas de fuego y la sumersión.

Si el observador se detiene un momento a pensar en la situación de estos países, en su escaso movimiento comercial<sup>28</sup>, en la ausencia casi completa de corrientes

<sup>28</sup> A excepción de Chile.

de inmigración que traen el intercambio de los caracteres y sentimientos de las distintas razas, y en la vida poco activa y sin agitaciones de otro orden que los políticos, se encontrará que la acción de los elementos de progreso está un poco retardada en esa porción del Continente Americano.

En los Estados Unidos del Norte el suicidio es frecuente: también allí la actividad industrial y comercial es extraordinaria, y engendra a menudo funestas preocupaciones. En 1880 se quitaron la vida en todo el territorio de la nación 2511 individuos, de los cuales 2014 eran hombres y 497 del sexo femenino. En el período de los últimos once años hubo en Nueva York 1521 de estos accidentes, siendo sus actores 1193 hombres y 328 mujeres.

Los medios usados fueron en 503 casos los venenos, en 395 armas de fuego, en 174 armas blancas, en 237 suspensión, en 99 sumersión.

Los datos anteriores revelan la notable proporción de los hombres.

En Méjico se suicidaron 487 personas desde 1860 a 1884; de estas, 64 eran mujeres y 423 hombres; el menor de todos ellos tenía 9 años y los tres mayores eran de 61 a 80. En este país son los militares los que mayor número dan a la estadística de que nos ocupamos; y en seguida vienen por orden de frecuencia los artesanos, los empleados, los estudiantes, los sirvientes y los propietarios.

En 65 casos el suicidio tuvo por causa inmediata contrariedades amorosas; en cuatro se comprobó la influencia del alcoholismo, en cinco la de una enfermedad incurable, en muchos la de padecimientos mentales. Los disgustos, los pesares domésticos y la miseria, han sido también causas de aquellos funestos accidentes. Las armas de fuego y los venenos se usaron 288 veces. Respecto a la nacionalidad los hijos del país ocupan el primer rango, y luego se suceden los franceses<sup>29</sup> y los ingleses.

Volviendo a los suicidios en Buenos Aires, no podemos sustraernos al recuerdo de uno de los hechos que más han conmovido la sociedad argentina; han pasado diez años y aún se le recuerda con horror. Hubo un hombre que con su acto tremendo llenó de espanto a toda la población: ¡el infortunado Klappemback, uxoricida, dos veces filicida y suicida!

El siguiente informe médico-legal expedido por nuestro ilustrado y honorable maestro, el Dr. Manuel Blancas, da cuenta de tan extraordinario suceso:

“Buenos Aires, Marzo 2 de 1877.

Al Señor Jefe de Policía.

En virtud de la orden de U. S, que me fue transmitida por un oficial de servicio siendo las diez a. m. del día de la fecha, me trasladé al domicilio de la familia Klappemback, calle Solís número 65, con el fin de practicar el reconocimiento médico-legal de los cadáveres allí existentes, cuya relación paso a describir.

Introducido al interior de la casa, encontré en la alcoba que se hallaba situada en el primer patio inmediato al comedor dos cadáveres tendidos en el lecho nupcial; uno era el señor D. Eduardo Klappemback que estaba acostado en perfecta supinación y vestido con pantalón negro, paletó del mismo color, camisa de dormir y zapatillas. En su mano derecha tenía fuertemente oprimido un revólver cuyo cañon se dirigía hacia arriba; el antebrazo estaba completamente flejido (sic) sobre el brazo, y este apoyado sobre un almohadón que se hallaba en la cabecera del lecho: aquella arma había sido descargada en la témpora derecha y el proyectil de nueve milímetros había penetrado horizontalmente en el interior del cráneo, fracturando en su trayecto la porción escamosa del hueso temporal izquierdo para quedar alojado debajo de la piel; una de las esquirlas de aquel hueso había producido una pequeña herida en la sien por donde se escapó un chorro de sangre negra que corrió hasta la oreja y cuello, manchando la ropa; los párpados de ambos ojos estaban equimizados y tumefactos, y las conjuntivas vivamente inyectadas.

Al lado del cadáver del señor Klappemback, yacía con el cráneo atravesado por otro balazo, la señora Vicenta S. de Klappemback; estaba desnuda bajo las coberturas del lecho, y así como su esposo afectaba la posición decúbito dorsal, ligeramente inclinada a la derecha; la abertura de la herida que le produjo la muerte y que era semejante a la de su esposo, se hallaba en la sien izquierda, sólo que el proyectil no obstante de seguir análogo trayecto se desvió a cierta altura, y corriendo hacia arriba y atrás fue a implantarse en la parte posterior de la región parietal opuesta, sin que su fuerza fuera suficiente para atravesar el cuero cabelludo. Su faz tranquila, aunque teñida por la extrema palidez de la muerte, revelaba que ésta la había sorprendido en el sueño, y que había abandonado la vida sin dolores ni contracturas.

Conducido al cuarto inmediato, hallé en el lecho, de espaldas y desnuda una niña como de nueve años; esta criatura tenía también perforado el cráneo por un balazo; el proyectil había penetrado por la sien izquierda y siguiendo una dirección oblicua de delante atrás, de izquierda a derecha y de arriba abajo, vino a quedar alojado debajo de los fragmentos del borde derecho del hueso occipital; en su trayecto atravesó completamente la masa encefálica.

Una expresión tranquila y dulcísima se diseñaba en aquella fisonomía infantil, remedando más que la muerte un sueño apacible y bienhechor.

Esta niña, según me dijeron, se llamaba Elena y era hija del señor Klappemback.

El cuarto cadáver pertenece a un niño como de seis años; se hallaba en un pequeño aposento del segundo patio en la misma línea del edificio, y separado del cuarto de sus padres por el comedor. Acostado de espaldas en su lecho presentaba una herida idéntica a las ya descritas; el proyectil había penetrado en el cráneo por la parte superior de la región fronto-parietal izquierda; su direc-

<sup>29</sup> En Méjico hay muchos franceses.

ción era de delante atrás y de izquierda a derecha, pero después tomó una ligera inclinación hacia abajo para incrustarse en los fragmentos de la porción petrosa del temporal derecho; por la abertura se veía fluir la sustancia cerebral.

Este niño presentaba también una ligera herida de arma de fuego en el pulpejo del dedo índice de la mano izquierda, y las coberturas de la cama en el lado izquierdo de la cabecera se encontraban agujereadas y chamuscadas por el fogonazo. Un ojo práctico y observador podía descubrir en la fisonomía de aquel niño un resto del espanto que debió sobrecogerlo en los últimos instantes de su vida, o mejor dicho, en el supremo momento de su muerte.

A la hora indicada un frío semiglacial había invadido aquellos cadáveres y producido la más completa rigidez.

Entrando en otro orden de investigaciones, observé que todo el menaje de aquella modesta pero limpia y arreglada casa estaba en completo orden. Las últimas ropas con que se habían vestido aquellas personas se hallaban dobladas, y colocadas en los lugares de costumbre.

Cada mueble, cada mancha, cada objeto, fue silenciosamente interrogado para pedirle una explicación del terrible suceso de la noche, pero todo era allí silencioso como la muerte.

En la mesa del comedor estaban aún colocadas las sillas en el mismo orden en que debieron estarlo la noche anterior, cuando la familia se hallaba toda reunida; en sus cabeceras se hallaban todavía los cuadernos de deber de los niños que traducían un Ollendorff.

En el cuarto del chiquito, sobre una de las columnas de la cabecera de la cama, se veía un cuadro de cartón donde aquella criatura había pegado las imágenes de algunos santos; sobre la columna había una pequeña mancha de sangre; en la pared estaba colgada una pequeña escopeta de juguete, casi a la mano del que fue su dueño.

Tomando en cuenta la temperatura templada de la noche, la posición en el lecho, cubiertos todos con excepción de Klappemback, la pequeñez de las habitaciones, la doble puerta que las cerraba, y estableciendo una comparación con la notable rigidez de los cadáveres, manifesté como un hecho probable que la muerte databa de ocho a nueve horas.

¿Cómo ha tenido lugar tan tremenda catástrofe? El espíritu se fatiga inquiriendo causas que la fría razón no alcanza, que el corazón no comprende. Es evidente que Klappemback se ha suicidado con un tiro de revolver; ahí está la colocación del arma; ahí están sus dedos pulgar, largo e índice con la marca fresca todavía de la pólvora; ahí está el sitio de elección para la muerte y la posición de su brazo; pero, y los otros ¿por qué murieron? ¿quién los mató? A no dudarlo el desgraciado Klappemback fue también el matador de los suyos. Procuraré en seguida explicar el caso como lo concibo.

Es lógico presumir que Klappemback mató primero a su esposa; si hubiera sido la primera víctima alguno de sus niños, ella se habría despertado, y con la súplica

de la madre afligida hubiera intentado evitar la muerte del otro, lo que necesariamente habría establecido una lucha tremenda que habría dejado señales que allí no existían, y no existían por que ella fue la primera víctima; dormida y tranquila quedó cadáver sin haber exhalado otro acento que su último suspiro; tal era lo dulce y apacible de su fisonomía.

Muerta la señora, Klappemback fué hasta el lecho de su hija Elena, que dormida, no debía despertar ya mas; una segunda detonación cortó el hilo de aquella vida que recién empezaba; la muerte debió ser instantánea, sin un quejido ni un movimiento, y aquella niña cuya belleza no había alterado la falta de la vida, parecía el ángel de la región del sueño.

Klappemback fué en seguida al cuarto de su niño; ¿esta criatura estaba despierta, o la despertaron aquellas detonaciones precursoras de la muerte? Sobrecogido de terror quizá presintió su última hora, y entonces con sus manecitas se tapó la cabeza arrebulléndose con sus cobijas, cual si quisiera esquivar con la vista de su matador la presencia de la muerte; quizá también lloró; quizá llamó a la madre; quizá, no conociendo al que lo inmolaba llamó a su padre con acento desgarrador sin embargo, una tercera detonación dejó otro cadáver más en aquella tristísima mansión, alumbrada solamente por la tibia luz de la luna que se cernía en aquella hora sobre lo mas alto del Zenit.

La fisonomía del niño no presentaba como he dicho ya, la infinita dulzura de la de su madre y hermana, y las venas del cráneo, emisaria de Santorini y la frontal marcaban un ancho surco a lo largo de la frente; así las facciones contraídas, sus ojos dilatados y los dientes apretados le daban la expresión palpitante del horror.

Los que estamos acostumbrados a interrogar en el cadáver hasta el último y más insignificante signo fisonómico, los que nos hallamos en el deber de pedir una explicación hasta al solemne silencio de la muerte, los que pedimos una palabra clara al misterio, y una luz a la sombra, podemos descubrir y descubrimos lo que el ojo vulgar no alcanza, lo que el desfiguro oculta, lo que el misterio envuelve, y analizando una a una las facciones del que fue, se nos revelan estereotipadas y palpitantes las últimas impresiones de la vida, dibujando ya una expresión acusadora y terrible, ya el relieve destellante de un hecho violento, ya el horror, la rabia o la desesperación; también el dolor intensísimo, la risa frénica, la larga y fatigante agonía, tienen un acento que el médico anota, y discerniendo esa palabra muda, ese eco perdido, esa voz sin sonido, llega por fin a conclusiones frecuentemente exactas.

Continuando el curso de mis investigaciones médico-legales me pregunto ¿Klappemback inmoló o su esposa e hijos alumbrando con una bujía las habitaciones en donde dormían tranquilas sus víctimas, o consumó aquella terrible matanza alumbrado solamente por la luz de la luna, que en aquella hora debía penetrar en las viviendas clara y melancólica como una lámpara funeraria?

En un candelero colocado sobre un lavatorio se veía una vela que le faltaban como ocho centímetros de lon-

gitud; no es de presumir que Klappemback la apagara para matarse, sobre todo cuando ya nada podía temer en concepto de que le interrumpieran sus designios; entonces es lógico pensar que estando entreabiertas las celosías y los postigos, la luz del astro de la noche bastaba a su tremendo fin.

¿Qué pensó aquel hombre en ese terrible momento? ¿Qué tempestad se desencadenó en aquel espíritu? ¿Qué violenta perturbación no sufrieron sus ideas? ¿Cómo latiría aquel corazón cuando puso el frío cañón de la pistola sobre la sien de su dormida esposa? ¿Estaba sano? ¿Obedecía o un sentimiento delicado y tierno? ¿Pensaba que muriendo él solo, podrían su esposa e hijos experimentar toda esa inmensa suma de dolores y privaciones que el infortunio engendra? ¿Pensó que antes de librarlos a una vida precaria y miserable, era preferible lanzarse con ellos al abismo de la muerte, y buscar en otra vida posible una tranquilidad que en esta no le había sido dado alcanzar? Estas ideas no pueden ser consideradas como la expresión de un juicio sano: es imposible que algo no pasara en aquel cerebro, y que ese algo material no fuese la causa de tan horrible, de tan bárbara mutilación.

En el orden fisiológico, cuando un estímulo cualquiera lleva el orgasmo y la irritabilidad a un órgano, allí la vida se excita, allí la sangre afluye, allí el sistema sensitivo reacciona, y si las leyes de la compensación no neutralizan los efectos, se establece como consecuencia el trastorno funcional, el desequilibrio de la vida, y sobrevienen necesariamente esos fenómenos que caracterizan las enfermedades.

El cerebro, centro de todas las percepciones, foco de actividad y sentimiento que como el sol del macrocosmo es el del microcosmo o pequeño mundo hombre, debe haber sido el órgano violento y rápidamente afectado en Klappemback.

Sólo así, comprendiendo todo el poder de una fluación, todo el trastorno de un desequilibrio, solo así se alcanza a explicar la funesta determinación de ese hombre, de ese hombre repito, que ha deshecho en una sola noche lo que más se ama sobre la tierra, de ese hombre que ha despedazado el cráneo de su esposa e hijos, de ese hombre, en fin, que ha producido un hecho tan bárbaro que está en pugna con todas las leyes de la naturaleza, y que hace por eso que el espíritu se resista a admitir la integridad de sus facultades mentales.

Si como contraprueba de mis explicaciones pudiera aducirse que Klappemback estaba completamente sano de espíritu algunas horas antes de su muerte, y que nada autoriza a pensar que sobrevino el extravío, yo creo que puedo explicar el hecho sin salir de los límites de la medicina.

Cuando una idea triste y perseverante es la única luz que alumbraba el cielo del espíritu, y los sueños se posan en la mente fatigantes y opresivos, las mil visiones que se forjan toman proporciones monstruosas; sus formas espantosas, aterrantas nos oprimen, nos sofocan y en medio de anhelaciones y disturbios, nos sentimos arrasados por el vértigo y nos vemos descender al abismo en cuyo antro nos precipitamos.

Todas esas impresiones las experimenta un hombre dormido; sin embargo el hombre está sano, sólo que en algunos puntos de su cerebro, puntos que presiden a ciertas acciones o determinan ciertos actos, existe entonces una modificación orgánica debida a causas materiales que si no las descubre el escálope las alcanza la fisiología y las discierne la razón. El cerebro de un hombre que sueña y que soñando oye, ve y palpa, está en parecidas o idénticas condiciones al cerebro de un loco que impresionado de diverso modo siente lo que dice, ve lo que no existe, oye lo que no suena, y aún razonando las acciones comunes divaga sobre ciertos puntos dominado por sus peculiares impresiones.

Klappemback estaba loco; no pretendo investigar las causas: presumo que una idea aflictiva dominó algunas horas su espíritu. No hay una lesión física aguda, no hay una impresión moral activa que no existe, que no altere; así, este hombre en el silencio de la noche, presintiendo quizá mayor suma de penas para su vida, siempre excitado, dominado siempre por una idea que absorbía sus otras facultades, su cerebro erético no formuló el juicio fisiológico; absorbido por el calor quemante de su sentimiento se sintió enardecer, y al fin aquel órgano hiperemiado tal vez, enfermo a no dudar, no tuvo acción moral; las ideas surgieron como torrente de ardiente lava en el mundo de su espíritu, y desesperado, inconsciente, violento, exterminador, loco, en fin, destruyó lo que más había amado sobre la tierra, y presa del mismo vértigo cortó también el hilo de su vida.

Acaso el inusitado lenguaje que empleo y la suma de ideas que emito están fuera de orden en un informe médico-legal, pero el hecho relatado es de tal naturaleza y tan extraordinario, que me he dejado arrastrar por las hondas impresiones que me produjo el horrible espectáculo que presencié.

*Manuel Blancas".*

Considerando el suicidio bajo el punto de vista médico-legal, debemos felicitarnos de que las legislaciones modernas hayan borrado de los Códigos esas monstruosidades que consistían en establecer castigos para el suicida.

En Inglaterra se enterraba entre tres caminos el cadáver del individuo muerto por sí mismo.

En España se confiscaban sus bienes, y para los desgraciados de Cuba se ordenaba cortar la cabeza, despedazar su cuerpo, quemarlo y arrojar al agua las cenizas.

Lo mejor nos parece librar a los Códigos de una disposición que cuando menos es estúpida si se trata de cumplirla en un cadáver, y absurda si sobre la familia de éste.

Hay en medio de esto una consideración sobre la cual está formada ya la conciencia de todos, y es como se ha dicho, que en todas las épocas, en todos los países, la ley ha sido impotente contra el suicidio; es un hecho inherente, puede decirse, a nuestra propia humanidad, y en concepto de Legrand du Saulle, es un acto deplorable que es necesario prevenir, pero no es un crimen que sea necesario castigar.

A este respecto la legislación penal argentina, más adelantada que en otros puntos de medicina legal, solo fija penas para los casos de complicidad y la civil anula toda disposición testamentaria del suicida.

Deliberadamente hemos dejado para tratar aquí un punto importantísimo en el que estriba en cierto modo el hecho de la frecuencia que estudiamos.

Nos referimos a la actitud de la prensa en esta cuestión; y puesto que al principio hemos recordado la influencia de la imitación con su contagio, debemos precavernos de un peligro real que nos amenaza seriamente y compromete nuestros elementos sociales. Una causa poderosa del fenómeno que observamos es la publicidad que se da a sus detalles, lo que hace surgir en muchos ideas criminales, que se acarician con la dulce fruición del desencanto.

La acción de la prensa en este caso es evidente, y la revelan las siguientes bellas palabras de un gran maestro, que ha dicho: "En medio de los peligros de que la sociedad está rodeada, hay uno que se reproduce diariamente. Arrojado como alimento a todos los ociosos, viene o ser uno de sus pasatiempos habituales. Alimento del vicio, tiene muchos atractivos para la curiosidad pública: escuela del escándalo, del crimen, del suicidio y de la locura, favorece frecuentemente el estallido de estos instintos perversos que, en un momento dado, son bastante fuertes para ahogar la voz de la conciencia y precipitar los seres degradados o las inteligencias fáciles de desfallecer, por esa pendiente fatal que conduce a tres caminos igualmente terribles: la penitenciaria, el depósito fúnebre y la casa de locos. Este peligro es la publicidad dada por todos los diarios a esas lúgubres historias, a esos trágicos relatos que registra con sensible apresuramiento la crónica de los *hechos diversos* (en cursivas en el original). Si los legajos de la justicia criminal, si los archivos de la Prefectura de Policía van aumentando sin cesar, *no hay que buscar en otra parte la causa principal* (en cursivas en el original). Cuanto más rodeado de misterio y de circunstancias extraordinarias está un crimen, acompañado de astucia, de refinamientos de barbarie, cuanto más impenetrables son sus causas, más pintorescos y conmovedores son los detalles de la prensa, y más fecundo en enseñanzas peligrosas sobre la imaginación humana y sobre la influencia imitatriz (sic)".<sup>30</sup>

Estas palabras representan los votos de la humanidad: publicar los hechos criminales de cualquier género que sean, es dar pábulo a los malos elementos; es despertar sentimientos perversos que hoy y siempre serán peligrosos para la sociedad: es llamar al crimen con el crimen mismo, sin evitarlo jamás.

La cultura del siglo exige una reacción; no se producirá rápidamente porque no es posible romper en un instante los vínculos que el tiempo labra, pero llegará, a no dudarlo, y ella marcará una época feliz en los adelantos de nuestro gran pueblo.

¿Qué motivos podrían invocarse en contra de esta idea? ¿Acaso la ignorancia de los hechos criminales no amortiguaría los malos deseos, y rebajaría las cifras aterradoras de la estadística policial?

La observación de todos los días demuestra que "la acción eléctrica del ejemplo se propaga con el máximo de fuerza y de rapidez", y en concepto de Tarde, cualquiera que sea la explicación dada a la progresión moderna de los suicidios, podemos concluir que ella tiene causas ante todo sociales, que procede de una evolución, de una transformación histórica, de la desesperación.

Las más altas conveniencias sociales reclaman el silencio de la prensa en cuestión tan trascendental, y en la que, en cierto modo, es esta el vehículo de los elementos de dicha progresión.

No se debe desoír la voz que en nombre de tan sagrados intereses se levanta para combatir una práctica perniciosa, y obtener el beneficio por todos anhelado.

Es digno, es humano, es elevar la misión del periodismo, proceder en el sentido que dejamos indicado; y se debe esperar que al amparo de la influencia poderosa de aquél, el suicidio quede limitado a escaso número.

No es obra de un día modificar lo que es costumbre arraigada por los años, y para que la reforma sea estable conviene que se haga paulatinamente. De otra manera correría riesgo de perderse o de ser por completo inútil.

Tenemos confianza en que el hecho se ha de producir. Tarde o temprano se reconocen los errores, y cuando la verdad proclama su triunfo en medio de las vacilaciones de una época, no hay poder capaz de contrarrestar su empuje: todo cede y se inclina a su paso.

\* \* \*

## CAPITULO IX La melancolía

SUMARIO. *Definición.* —*Esquirol y Ball.* —*Diversos nombres dados a la melancolía.* —*Etiología.* —*Influencia del clima y de las estaciones.* —*Herencia y su división.* —*La edad según Fabre.* —*El sexo y Areteo y Celio Aureliano.* —*Opinión de Dagonet.* —*Profesiones y misticismo.* —*El temperamento y Aristóteles.* —*Catón, Alfieri, Tasso, Lutero, Pascal, Rousseau.* —*Los grandes personajes de la historia y los criminales.* —*El carácter.* —*Las pasiones.* —*Otras causas.* —*Período prodrómico* — *Voisin y la parálisis general.* —*Calmeil.* —*Aparición de la enfermedad; sus caracteres.* —*Fisonomía del melancólico.* —*Manía lectuaria.* —*Modificación de la voz.* —*El silencio y sus causas físicas.* —*Parálisis de los esfínteres.* — *Los melancólicos y los alimentos.* —*La constipación.* —*La sensibilidad y Ball.* —*El insomnio y el sueño.* —*Influencia de la noche.* —*Delirio pannofóbico.* —*Observación.* —*Alteraciones de los aparatos circulatorio y respiratorio.* —*Descenso de la temperatura.* —*Fondo psicológico de la melancolía.*

<sup>30</sup> Legrand du Saulte. *Obra citada*, pág. 515 y 517.

Por melancolía se entiende una afección caracterizada por un delirio depresivo de naturaleza triste, acompañado de debilitamiento, lentitud y postración de las facultades intelectuales.

Aun los alienistas no están de acuerdo respecto de la interpretación de algunos de sus fenómenos constitutivos.

Esquirol pretende reemplazar aquella por la palabra lipemanía, incorporándola a su clasificación, y asignándole un sitio en el cuadro de las monomanías.<sup>31</sup>

Las discusiones a que han dado lugar las diferentes significaciones de estos nombres, parecen recibir su definitiva terminación con los estudios de Ball, quien piensa que debe conservarse el término lipemanía para expresar ese estado de tristeza y de depresión moral que puede encontrarse en un gran número de enfermedades, y reservar el de melancolía a la perturbación notable de la inteligencia, que se acompaña de un estado físico totalmente caracterizado, que bastaría por sí solo para constituir un tipo aparte.

Recordando solo de paso que la afección que nos ocupa ha sido llamada por muchos autores, frenalgia, monomanía triste, alienación parcial, depresiva, luperophrenia, tristimania, diremos que, los antiguos, fundados sin duda en el color sombrío de los melancólicos, la consideraban como un efecto del pasaje de la atrabilis al cerebro, y que con bastante frecuencia se le encuentra en las estadísticas de psiquiatría.

En la complicada etiología de la melancolía se hace tomar intervención a una interminable serie de circunstancias; y desde las impresiones propias de la vida de las montañas, hasta los más graves trastornos orgánicos, y las conmociones políticas que afectan las naciones, existe una cantidad indeterminada de causas cuya acción no siempre se aceptará como verdadera. Sin embargo, nadie podrá negar la influencia del clima y de las estaciones; y como argumento deducido de hechos prácticos, se ha atribuido al primero la frecuencia del *spleen* en los ingleses. ¿Acaso ésta enfermedad no es bien conocida en Egipto y Grecia, países donde la atmósfera es notablemente caliente y seca? ¿Y el *sirocco* y el *solano* para los italianos y los españoles, respectivamente, no tienen especial influencia, y aumentan de un modo cierto el número de melancólicos? Pero es indudablemente la herencia una de las circunstancias que más víctimas hace en esta enfermedad; y puede dividírsela en directa, indirecta, unilateral, intermitente, y similar. Directa es cuando los padres del enfermo han sufrido la locura; indirecta en el caso en que los atacados sean los colaterales; unilateral cuando viene de uno solo de los padres (es más común que venga de la madre); intermitente cuando deja de hacerse sentir sobre una generación, y aparece en otra, y la similar, que según Moreau (de Tours) es la más frecuente, tiene siempre la misma forma, así en los ascendientes como en los descendientes. Por otra parte, se ha observado que aquellos que nacen de padres afectados de parálisis general, epilepsia

u otras alteraciones nerviosas, suministran regular contingente de melancólicos. Se admite que la herencia es más comunmente transmitida por parte de las melancólicas, y esto se encuentra favorecido por el hecho de ser la mujer más impresionable que el hombre.

La edad, en éste como en otros muchos estados mórbidos, ejerce particular influencia. Algunos creen que es el período que media entre los quince y cuarenta años, el que mayor suma de casos comprende; otros piensan que de los veinticinco a cuarenta y cinco años es cuando mayormente ataca, y en apoyo de esta idea existe el hecho de que es esa edad en la que las pasiones tienen más desarrollo, los diversos sentimientos actúan con especial vivacidad, y es también esa época en la que los negocios, los asuntos políticos, sociales o religiosos, y todas las circunstancias deprimentes preocupan más la atención de los individuos. Según Fabre, “cuando se presenta en los niños, es causada muchas veces por la envidia; en los jóvenes está caracterizada por la erotomanía, y también es entonces cuando se observa la monomanía religiosa; en la edad adulta, los cuidados domésticos, el interés personal, la ambición, predisponen mucho a padecer la melancolía; y al terminar este mismo período, las variaciones tempestuosas de la edad crítica, el abandono del mundo y sus placeres, exponen o las mujeres a contraerla. Aunque es rara en los viejos, jamás olvidaremos que al principiar nuestra carrera, un hombre de ochenta años cumplidos, murió a nuestra vista, presa de una profunda tristeza, producida por estar separado de sus parientes”.<sup>32</sup>

En opinión de Giné y Partagás, esta enfermedad aumenta gradualmente de los veinticinco a los treinta y cinco años; de esta hasta los sesenta y cinco disminuye sensiblemente de quince en quince años, para aumentar de nuevo de un modo notable desde los sesenta y cinco en adelante.

Areteo y Celio Aureliano sostuvieron, y después de ellos muchos otros han acogido sus ideas, que la melancolía ataca preferentemente el sexo femenino, y que por consiguiente es mayor el número de mujeres que el de hombres que le pagan tributo. Nos parece que tal apreciación es exagerada, y creemos que no es posible afirmar en absoluto esta deducción o la contraria, para aplicarla a todos los casos.

Antes de sentar una conclusión general sobre este punto, debería estudiarse en cada país, particularmente, el clima, las profesiones, el género y medios de vida, el carácter, las inclinaciones, las pasiones, la proporción según sexos, de sus habitantes, y hasta convendría no olvidar los mismos establecimientos de insanos.

En los países del Norte de Europa, hay, según Dagonet, una evidente predisposición por parte de las mujeres. Parece indudable que las funciones especiales que desempeñan estas, con todos los trastornos que les son inherentes, han de influir en el sentido de empobrecer su constitución y ponerlas en condiciones de ser fácilmente invadidas por la afección. Por lo que hace a nues-

<sup>31</sup> Según este autor, esta palabra viene de las voces griegas que significan *yo llevo tristeza, manía*.

<sup>32</sup> Fabre. Enfermedades mentales y nerviosas (N. del E.: ver nota 7).

tro país, la inmensa mayoría la suministran los hombres. La estadística lo prueba, y el hecho no admite discusión.

Hemos dicho que debe fijarse la atención sobre la influencia de las profesiones, y pensamos que la melancolía es sobre la que principalmente ella actúa. Los sinsabores de la vida pública, los profundos desengaños que engendra, los reveses que son su consecuencia, las preocupaciones, las incertidumbres y las persecuciones que la acompañan, la expatriación, la pérdida completa de esperanzas de un porvenir mejor, fundado en una regeneración, colocan al organismo en aptitud de ser impresionado por la enfermedad. Otro tanto podría decirse de los escritores, pensadores, artistas, hombres de ciencia, que pasan su vida en el estudio y la meditación sin gozar de las delicias de la sociedad, y que a veces pierden en un instante su trabajo de muchos años, su reputación, su nombre que ha podido ser aclamado triunfante en medio del bullicio popular.

Los marinos y los militares, por las privaciones y los sinsabores de su profesión, están más predisuestos que otros a ella.

Se sabe que el misticismo obra poderosamente para producir la melancolía religiosa, y su mecanismo consistiría en la abstracción en que viven los que a él se entregan, en el género de existencia y el aislamiento absoluto en que pasan sus días, consagrados a la adoración de Dios.

La vida ociosa, los estudios excesivos, sobre todo cuando van asociados a faltas de régimen, la afición extremada por la soledad, y ciertas profesiones predisponen a padecer la melancolía, dice Fabre, y se ha observado que los músicos, los poetas, los negociantes, los actores y entre estos, los cómicos en especial, están más expuestos a ser invadidos.

Buscando la parte que podría tomar el temperamento en la producción de la melancolía, se ha dicho que los que lo tienen nervioso o bilioso son más fácilmente atacados. El carácter especial de estos individuos los hace alejar de las gentes y del bullicio, que por otro lado, no conviene a las ocupaciones a que se entregan.

Teniendo en cuenta, sin duda, estas circunstancias, Aristóteles pensaba que los grandes hombres, los pensadores que han ilustrado con su genio la historia de la humanidad, eran a menudo melancólicos, y se cita como ejemplos a Catón, Alfieri, Tasso, Lutero, Pascal, Rousseau, sin que se excluya al mismo fundador de la escuela peripatética.

Se ha observado también que el temperamento en cuestión es muchas veces el de los grandes criminales, y de aquí fluye la consideración de que la patología es un lazo de unión entre los más ilustres personajes de todos los tiempos, y los más empedernidos malhechores.

El carácter triste, tímido y sin resolución no deja de influir en el desarrollo de esta enfermedad, pues le presta fácil terreno que, hasta cierto punto, no tarda en ser fecundado por aquella.

Esquirol ha estudiado extensamente la influencia de las pasiones, y dice que ella es bastante enérgica sobre las funciones de la vida orgánica y sobre el entendimiento; que las afecciones morales y sobre todo las pasiones tris-

tes son la causa más ordinaria de la lipemania, y que a la cabeza de estas causas morales debemos colocar los pesares domésticos, los reveses de fortuna, las inclinaciones no satisfechas.

Además de las causas que hemos expuesto pueden considerarse todas aquellas que entran en el dominio de la psiquiatría, y aún así agregarse los celos, el amor contrariado, los pesares domésticos, las emociones morales vivas, las esperanzas desvanecidas, los padecimientos del tubo digestivo, la clorosis, la insolación, el traumatismo del cráneo, el establecimiento y la suspensión de ciertas funciones, la gestación y el puerperio, la miseria, los vicios, los malos negocios, la lectura de ciertos libros, y también la educación defectuosa que hoy parece darse a designio para favorecer el lujo y desarrollar ideas de supremacía social, fundada, por desgracia, más en el dinero que en los sentimientos.

Se sabe que la enfermedad que nos ocupa por rara excepción aparece sin antes haber llamado la atención del sujeto a quien va a atacar, o de las personas que lo acompañan. Su período prodrómico está constituido por insomnio, pereza, malestar, tristeza, deseo de la soledad, cambio del carácter que se hace irritable, hasta acentuarse las ideas fijas que van tomando derecho de asilo en aquel cerebro, el delirio no tarda en acompañar estos trastornos, y por fin las alucinaciones completan el primer cuadro de la serie que compone esta entidad patológica.

Para Voisin, la melancolía existe como pródromo en la parálisis general, pero no puede ser reconocida durante la vida. Tomando un caso particular, la considera como prodrómica de aquella cuando se presenta sin el cortejo de signos importantes de la enfermedad confirmada (desigualdad pupilar, ataxia de los labios y de la lengua, dificultad de la palabra, pérdida del olfato) y agrega que, desde el momento en que por el examen atento pueda reconocerse en un melancólico uno o varios de estos signos que a su juicio pertenecen a la afección declarada, se tendrá la melancolía como sintomática del primer período.

El médico de la Salpêtrière ha comprobado sobre cien casos cuarenta y una veces el delirio depresivo, y ha encontrado la melancolía más frecuentemente que el delirio en el primer período de la afección.

Se ve, pues, que la frecuencia de aquella en ésta es notoria, y basta recordar que Calmeil condensaba así sus opiniones al respecto: "El delirio melancólico se encuentra cuando menos tan a menudo como el delirio expansivo en el primer período de la enfermedad".

Confirmada ésta, la existencia del paciente es bien desgraciada; una nube de desventuras y pesares se cierne sobre su cabeza abatida, y el ángel del infortunio parece agitar sus alas sobre aquel espíritu sumido en el dolor.

Los músculos de la cara contraídos, los zureos frontales y naso labiales extremadamente pronunciados, los ojos hundidos, humedecidos a veces por las lágrimas y mirando siempre al suelo, el tinte sombrío, dan a aquella un aspecto incomparable que inspira verdadera compasión.

La fisonomía del melancólico reúne los signos característicos de sus sufrimientos, sean ellos generados por el terror o el odio, por la desesperación o la desconfianza.

La ausencia de energía, la más completa apatía le domina, y no sería capaz de moverse de donde se coloca, sino se le excitara convenientemente. A mayor duración del mal, corresponden mayores trastornos; y en la evolución de aquel llega un momento en que las más elementales nociones sobre los instintos quedan abolidas, siendo así que se ve a su víctima, indiferente al frío, al calor, a la sed, al hambre, a todas las necesidades por imperiosas que sean. En la inmovilidad en que se encuentra el enfermo, ni siquiera abandona su habitación, y a menudo ni el lecho, lo que ha originado la creación de la *manía lectuaria* (en cursivas en el original) por Ball. Este autor ha estudiado las modificaciones que sufre la voz en el melancólico, y resulta que es débil, indistinta, cascada, a tal punto que, a menudo es difícil comprenderla, cuando es posible hacerle hablar.

Habría que buscar las causas físicas del silencio en estos enfermos, fuera de las morales, para encontrar “que existe, en efecto, en muchos de ellos, un debilitamiento muy real de los músculos fonadores y una cierta dificultad en la emisión de los sonidos”.

Si la parálisis de los esfínteres acompaña a este estado, el pronóstico se hará sumamente grave, pues ese síntoma denota una alteración muy marcada de los centros nerviosos, o una enfermedad cuyo fin no se puede prever.

Los enfermos de que hablamos tienen especial anti patía por los alimentos; la comida les disgusta, les da asco, la rechazan, y en esto contrastan con la gran mayoría de los locos que comen hasta la glotonería, e ingieren sus propios detritus con el mismo gusto que un manjar delicado

A mérito de esta repulsión por los alimentos, enflaquecen rápidamente. Con bastante frecuencia se presenta en ellos la constipación con marcado carácter de tenacidad, y parece tener su punto de partida en una parálisis intestinal.

En la mayor parte de los enfermos, dice Ball, la sensibilidad está muy disminuida; soportan con notable valor los choques, las picaduras, las contusiones, las quemaduras, el frío; y al lado de estas anestias cutáneas se puede encontrar un debilitamiento de los sentidos especiales, del oído, de la vista, del olfato, del gusto, sin que por otra parte, sea raro observar en ellos una cefalalgia intensa que reviste el carácter neurálgico.

A este largo cortejo de sufrimientos hay que agregar el insomnio que muy a menudo ataca a los melancólicos y que *es la alteración neuropática por excelencia* (en cursivas en el original).

Este fenómeno se ensaña sobre ellos y los atormenta casi constantemente; y si el sueño llega a darles un momentáneo descanso, es seguramente a costa de pesadillas, y de visiones espantosas. La noche, las sombras el paso de la luna por el firmamento, acentúan las preocupaciones, fijan más las ideas delirantes, y dan pábulo a las terribles alucinaciones que los acometen. Su delirio es ordinariamente pannofóbico.

La historia que sigue se refiere a un criminal bien conocido:

José Vivado, italiano, de 32 años de edad, constitución un tanto deteriorada, carácter triste, no presenta a la vista otra deformación que la ausencia de lobulillos en el pabellón de ambas orejas. Como antecedentes de familia se sabe que sus padres han sido alcohólicos, y que él, siendo niño, sufrió ataques convulsivos de forma epiléptica, y luego fiebre tifoidea acompañada de intenso delirio.

Llegado a Buenos Aires se ocupó de vender frutas, gallinas, huevos, habitando una pieza en unión de otro connacional del cual se separó más tarde por serles imposible la vida juntos, en atención a que el negocio no producía lo necesario para la vida, y también porque su compañero le estorbaba por cuanto ocupaba el cuarto con cañas y otros objetos. A este compañero hirió José porqué, según dice, lo desacreditaba por todas partes, sin embargo de asegurar el herido que nunca se ocupó de su agresor. Después de esto, resolvió fijar su residencia en casa de su padre, que a la sazón era almacenero. Pasó algún tiempo, durante la mayor parte del cual Vivado no trabajó, y por esto provocaba constantemente reprensiones de su padre que le hacía ver la diferencia de conducta observada por su hermano, a quien daba mejor trato.

Una noche, mientras aquel conversaba con algunos amigos en la trastienda del almacén, José asesinó a su padre, detrás del mostrador, sin que hubiera mediado la más insignificante circunstancia que pudiese exaltar su ánimo. En medio de la confusión reinante en ese momento, el parricida huyó al Tigre y poco tiempo después fue capturado por la policía en la plaza de Belgrano.

Conducido a la penitenciaría, ha esquivado toda ocupación; no gusta del trato de sus compañeros, y se muestra indiferente, silencioso. Algunas veces corre por los jardines o el pabellón a que pertenece, y es esta la única manifestación que se le ve hacer.

Su aspecto llama la atención del que lo observa. De noche, en tanto que los demás presos duermen, él se pasea por la celda, y da fuertes gritos; sufre alucinaciones del oído, y pesadillas.

Vivado es actualmente melancólico, y puede afirmarse que el acto criminal de que es autor, fue realizado bajo la influencia impulsiva de su afección.

Hemos considerado la serie de trastornos orgánicos que acompaña a la melancolía; falta mencionar los que tienen por asiento el aparato circulatorio. Todos los melancólicos, según Ball, presentan un enfriamiento de las extremidades y una tendencia a la cianosis; las manos están frías, azuladas, lívidas; lo mismo la cara, la nariz, las orejas. Este estado debe ser atribuido sin duda a una causa general; la contractilidad vascular y la función de la hematosi están probablemente comprometidas; el calibre de las arterias se halla disminuido, y el pulso es pequeño, estrecho, a menudo acelerado. Los melancólicos no hacen inspiraciones completas, el aire no llega a las últimas ramificaciones bronquiales, los movimientos del pecho no tienen amplitud, son irregulares, sacudidos. La respiración está, pues, modificada en su ritmo, en su

frecuencia y en su extensión, y a menudo el tipo respiratorio está constituido por una serie de pequeñas respiraciones juxtapuestas, que reemplazan el movimiento regular y amplio del pecho en el estado normal.<sup>33</sup> (1)

A estas alteraciones tan importantes debe atribuirse el descenso de la temperatura que se observa en tales enfermos.

No entra en nuestro designio describir la transformación de la melancolía en manía, y el paso de ésta a aquella, lo que constituye la entidad denominada locura a doble forma, locura circular, delirio a formas alternas, a que Ritti ha dedicado estudios clínicos de verdadero mérito.

Sin detenernos a examinar especialmente los fenómenos del estupor, y recordando que se ha dividido la melancolía en melancolía con conciencia, depresiva,

ansiosa y perpleja, diremos, para terminar, cual es el estado mental de los melancólicos.

“El fondo psicológico de esta enfermedad es un estado de tristeza profunda, sin motivo aparente, sin causa legítima, y que hace al enfermo cada vez más indiferente a todo lo que lo rodea. Indiferente a sus mejores afecciones, olvidando sus más importantes intereses, se abisma más y más en sus preocupaciones malsanas, y presenta la imagen de un perfecto egoísmo, pero de un egoísmo desgraciado. No sin razón se ha comparado la lipemania a un vértigo de la inteligencia; es, en efecto, un malestar absolutamente íntimo, y sin ninguna relación con los hechos exteriores”.

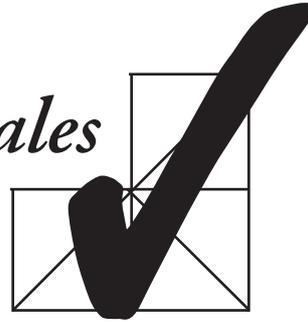
Así se expresa uno de los más grandes maestros de la escuela moderna.

Tal es la melancolía, y tales sus alteraciones. ■

---

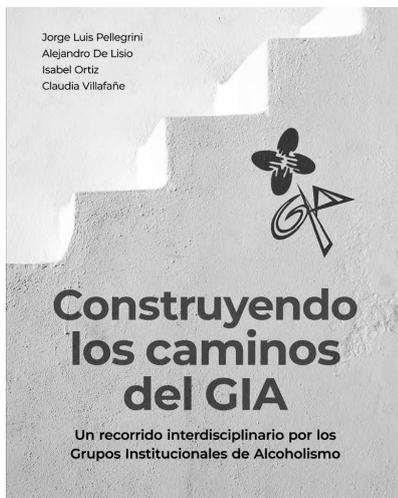
<sup>33</sup> Ball. *Maladies mentales* (N. del E.: ver nota 11).

# Lecturas y señales



## Construyendo los caminos del GIA. Un recorrido interdisciplinario por los Grupos Institucionales de Alcoholismo

Diana Kordon



Jorge Luis Pellegrini,  
Alejandro De Lisio,  
Isabel del Carmen Ortiz,  
Claudia Inés Villafañe  
(Compil.)  
Carbono, 2019.

Dice Edgar Allan Poe en el hermoso cuento *La carta robada*, que algo puede ser ocultado poniéndolo tan evidencia que no se lo ve: “Lo que escapa a la observación por su excesiva evidencia”. Con la problemática del alcoholismo ocurre algo así. Naturalizado al extremo, está incorporado a la vida cotidiana como un elemento más. Siendo quizás uno de los problemas psicosociales de mayor envergadura, que debería ser materia fundamental de políticas de Salud Pública, la cuestión del alcoholismo permanece negada.

En 1984 Jorge Pellegrini fundó los Grupos Institucionales de Alcoholismo (GIA), en el marco del Hospital Zonal de General Roca, en Río Negro y, luego de esa

experiencia inicial, llevó la propuesta a cada rincón de nuestro país donde encontraba acogida en profesionales, técnicos y trabajadores interesados en comprometerse con el proyecto. Así se fue desplegando la Red GIA, que hoy tiene una amplia existencia real de carácter nacional y federal y que ha organizado sucesivos encuentros de sus miembros (ver la entrevista en la que lo relata en *Vertex*, 146, julio-agosto, 2019).

Este libro, de producción colectiva, recoge diferentes experiencias y conceptualizaciones a partir del desarrollo de una tarea comprometida en los GIA. Encontramos en él, sobre una matriz común, conceptual y empírica, además de la inserción en los hospitales públicos, que fue una premisa fundacional, la utilización de múltiples recursos para la tarea: trabajo interdisciplinario, inclusión en redes comunitarias y en las familias generando espacios de socialización, recuperación de las diferentes formas y contenidos del saber popular, promoción de inquietudes artísticas, etc.

Sobre la base de la concepción de los GIA formulada por Pellegrini, cada grupo fue siguiendo un camino de construcción propio de acuerdo a las características culturales, políticas y sociales de cada región y de acuerdo a la diversidad de obstáculos, resistencias y nuevos requerimientos que se le presentaban, haciendo específica la singularidad de cada experiencia. Como diría Pichon Rivière, tiene la riqueza de lo heterogéneo en una verdadera polifonía de voces. En los diversos capítulos de la obra participan profesionales con amplia experiencia en el tema, y también coordinadores más noveles en la tarea. También hay aportes de pacientes. Se presentan

experiencias de muy distinta trayectoria. Algunas con alto grado de desarrollo, incluso redes regionales, y otras más puntuales. Esta cartografía compleja enriquece el libro y da cuenta de un proceso en pleno desarrollo. En la lectura se aprecia, también, un trabajo de historización. Se analizan los elementos de perdurabilidad desde los comienzos hasta el presente, y los cambios sujetos a las modificaciones producidas en la escena social. En la mayoría de los casos el trabajo con los GIA se despliega en el hospital público. En otros se hace en el marco de instituciones de la comunidad; pero en todos se trata de un dispositivo que intenta comprometer el ámbito de la salud pública y los recursos comunitarios.

Como señalan los autores, es fundamental el papel del Estado, por presencia o por ausencia, aunque el compromiso del Estado es diferente según las zonas.

En la tarea de los GIA, la pertenencia está al servicio de la recuperación y del reconocimiento de la identidad de todos y cada uno de los miembros del grupo. Si bien es un dispositivo pensado y desarrollado para el abordaje del alcoholismo, también es posible implementarlo para el abordaje de otras adicciones que, por su dimensión social, son hoy objeto de enorme preocupación.

El texto examina diferentes aspectos de la experiencia. Sus ejes temáticos son: A) Distintos aspectos de la tarea GIA: diversas experiencias GIA, el papel de los hospitales públicos, el por qué, para qué y el con quién de la tarea, el hacer con el cuerpo, el espacio, la escucha, la memoria, los territorios, diferencias entre zonas rurales, pueblos y ciudades, historia de los GIA, su relación con otros abordajes de las adicciones, la perspectiva desde la psicología social; B) Otros consumos problemáticos y el GIA (alcance de los GIA, policonsumo y dependencia con drogas); C) Procesos diagnósticos en los GIA; D) Capacitación y formación de recursos humanos; E) El rol de la familia en el alcoholismo y en el abordaje terapéutico, el abordaje de los vínculos con niños, niñas y adolescentes; F) GIA y Género (consulta de mujeres como pacientes y como acompañantes; G) Las recaídas; H) El GIA y los pacientes en contexto judicial; I) Evaluación de resultados, y J) Historias de vida.

La experiencia grupal es fundamento y está presente en todos los equipos sin excepción. Todos definen este

dispositivo como un entramado que anuda formas de saber, relaciones de poder y prácticas de subjetivación. La instalación de un dispositivo nuevo implica un duro trabajo para vencer resistencias internas y externas. Como en todos los abordajes vinculares, en el grupo el tercero está presente. Se instala, en términos concretos, la posibilidad y el límite, que habilitan efectos de potencia frente a la omnipotencia paralizante. El trabajo en los GIA funciona como una herramienta de auto-rescate en una tarea realizada con otros, en un proceso colectivo. Por lo tanto se trata de acompañar y no de dirigir.

Es importante que todos, incluido el equipo coordinador, sostengan la esperanza en las capacidades del otro. Confiar que siempre hay un área sana de la personalidad en el cual anclarse y fijar un punto de referencia vital. En este sentido se desprende de todos los aportes la idea de que no hay un polo de salud representado por los coordinadores y un polo de enfermedad colocado en los pacientes. Se evita una polaridad que no recuperaría los aspectos sanos de los pacientes y promovería una idealización omnipotente de los coordinadores. El encuadre, entendido como el conjunto de normas, el sistema de reglas que regulan el funcionamiento, las relaciones y el vínculo con la tarea, es fundamental para los GIA en todas las instancias de sus actividades, intra e interinstitucionales. Todos los autores señalan su importancia. Hora, día, coordinador. Ante la vulnerabilidad, ante la devastación psíquica, el encuadre otorga estabilidad, referencia, confianza. Como en otras problemáticas, el involucramiento de la familia es fundamental en el proceso de recuperación y en su sostenimiento. Por eso participan en los grupos. La visita domiciliaria es otro recurso que pone en juego la colaboración de la familia. Una especificidad es el abordaje de la problemática de niños y adolescentes que viven en un medio familiar donde la alcoholización atraviesa la vida cotidiana y un tema no menor son las vicisitudes de la abstinencia. Se aborda también la cuestión de las recaídas y el sentimiento de soledad, enfatizando que las mismas no implican un fracaso frente a la adicción: dado que la vida es conflicto, se trabaja en reconocer que no hay un "para siempre". Por ello no hay sano ni enfermo "para siempre", y en todo sujeto hay recursos de salud.■