

VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

10



DROGADEPENDENCIA

*Calabrese / Curtó / Kalina
Matterazzi / Olievenstein
Rojtemberg*

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

Volumen III - Nº 10 Diciembre 1992 - Enero - Febrero 1993

VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

10

Comité Científico

Directores:
Juan Carlos Stagnaro
Rodolfo Daniel Spiguel

Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

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

Corresponsales en:

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: N. Conti (Hosp. J.T. Borda); R. Epstein (AP de BA); S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); A. Mantero (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); A. I. López Acosta (RISAM); L. Milano (Hosp. J. Fernández); P. Gabay, H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); H. Levy (Hosp. T. Alvear); L. Millas (Hosp. Rivadavia); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); N. Stepansky (Hosp. R. Gutierrez); E. Wahlberg (Hosp. Español); E. Zaslavsky (Hosp. Israelita); M. Podruzny (Mar del Plata).
CORDOBA: M. Cortes, C. Curtó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón.
ENTRE RIOS: J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero.
LA PAMPA: C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera. **NEUQUÉN:** E. Stein.
RIO NEGRO: J. Pelegrini. **SANTA FE:** M. T. Colovini.

Corresponsales en el Exterior:

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **CHILE:** A. San Martín.
ESPAÑA: J. Giménez Avello. **FRANCIA:** D. Kamienny.
INGLATERRA: C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas.
SUIZA: N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar.

Informes y correspondencia:

VERTEX, Callao 157 P. B. "C", (1044), Capital Federal, Argentina,
Tel. 72-8262 - 953-2353 - 49-0690.

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

Gerencia y Administración:
Carlos De Lorenzo

Diseño:
Alfredo Saavedra
Mabel Penette

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

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

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

Hecho el depósito que marca la ley.

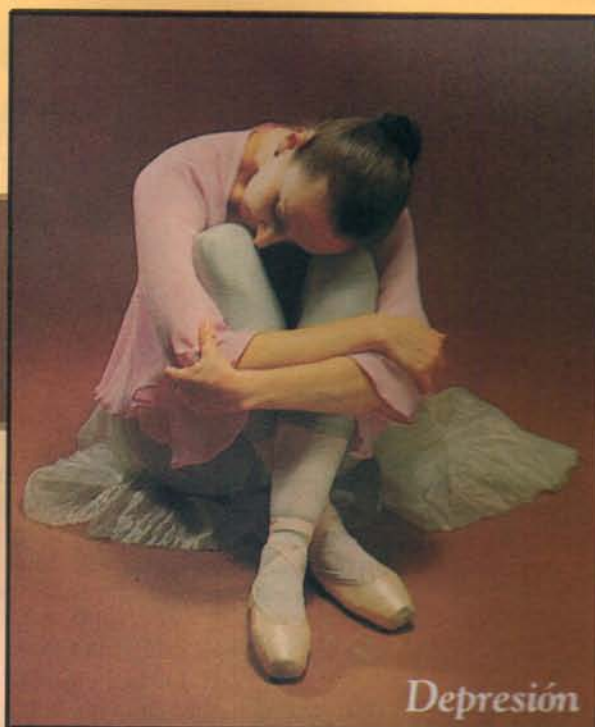
VERTEX VOL. III N° 10, DICIEMBRE 1992 - ENERO - FEBRERO 1993.

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

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

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

*Contribuye a recuperar
la autoestima
y el impulso vital.*



Depresión



NEUPAX

Fluoxetina Bagó

El antidepresivo más seguro

Trastornos Obsesivo-Compulsivos



*Reduce los
síntomas rituales.*

Presentación:
Envases conteniendo
30 comprimidos.



SNC
Bagó

EDITORIAL

Podríamos concluir: "A las enfermedades mentales conocidas se debe agregar una nueva: la toxicomanía"; y partiendo de esta aseveración, fin de ruta para el razonamiento de algunos, certificar la apropiación médica del fenómeno de la drogadependencia.

Reduccionismo biologizante y/o psicologizante que empobrece las perspectivas de análisis y ofrece escasos recursos al psiquiatra, último "responsable" del problema a resolver, y aún menos a su "paciente".

Otra perspectiva es la de abrir el juego e internarse en el caótico mundo contemporáneo con los ojos bien abiertos, para contemplar el paisaje enigmático y heteróclito que se ofrece a nuestra práctica. Animarse a jugar con nuestros adolescentes a "frío-caliente" para buscar la norma perdida, pero sabiendo que la muerte está emboscada.

Porque, hoy por hoy, ¿qué terceridad modulará nuestra relación con los objetos de satisfacción?, ¿Dios, la Razón, la moral laica, la figura paterna? El problema se plantea a escala de masas, como fenómeno cultural y por eso viene desde la juventud el malestar expresando una transformación de la relación social con el goce.

He allí la razón del entrecruzamiento discursivo que nos deja perplejos y muchas veces impotentes en nuestros balbuceos terapéuticos. La cosa en tanto psiquiatra, nos incluye y nos interpela, pero también nos trasciende epistemológicamente. Tensión ética, responsabilidad profesional y compromiso político se dan cita.

Entre 1982 y 1992 el aumento del decomiso de cocaína, incautada en operativos llevados a cabo por las fuerzas de seguridad en nuestro país, fue del 12.000%. La Argentina, todos lo sabemos, ya no es sólo un país de tránsito para la droga, se vende aquí y no la distribuyen fantasmas, sino "narcos" tan de carne y hueso como los influyentes personajes que los toleran y protegen. Así ha sido en otros países y no somos una excepción. A todo ello se debe agregar que los índices del alcoholismo infanto-juvenil, aunque no se cuenta con cifras exactas, crecen a ojos vista y que algo mucho más evitable, el abuso de psicofármacos, está a la cabeza de las formas clínicas de drogadependencia en nuestro medio.

En el Dossier de este número abordamos el tema. Miguel Angel Matteazzi orientó la organización del mismo y lo inaugura con una documentada denuncia que ubica de entrada la problemática en una encrucijada socio-política y cultural de la que la pertinencia médica es sólo una parte. Luego vienen contribuciones más específicas de Calabrese, Curtó, Kalina, Rojtenberg y una riquísima entrevista a Claude Olievenstein realizada en París. En el número de Marzo del año próximo, presentaremos un Dossier sobre SIDA en el que se retomarán algunos aspectos de la toxicomanía en relación a esa enfermedad, al tiempo que se desarrollarán los aspectos psiquiátricos de la misma en el marco de las investigaciones psicoanalíticas, epidemiológicas y psicoimmunobiológicas que le conciernen ■

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES



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

SUMARIO

1

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLÍNICAS Y NEUROCIENCIAS

- "Trastorno obsesivo compulsivo. La enfermedad secreta", Analy Werbin y Luis Zieher, pág. 247.
- "Una cuestión de peso: la transferencia (Análisis de un niño de dos años)", Alicia Broitman, pág. 256.
- "Internación de pacientes en el Hospital "J. T. Borda" de la ciudad de Buenos Aires (Análisis cuantitativo y cualitativo de las variables intervinientes)", A. Azubel, S. G. Kaufman y E. Shab, pág. 262.

2

DOSSIER

- DROGADEPENDENCIA, Breve historia de la droga y su manipulación, M. A. Materazzi, pág. 267; La adicción o el porvenir de una desilusión, E. Kalina, pág. 270; El adicto ¿un paciente posible?, F. C. Curtó, pág. 273; "Sueños" G. de Maupassant, pág. 278; La ansiedad, el sobreconsumo y la sobreprescripción de tranquilizantes, S. L. Rojtenberg, pág. 282; Una visión actual sobre los modelos preventivos, A. E. Calabrese, pág. 285; Entrevista al profesor Claude Olievenstein, S. Wievorka y D. Wintrebert, pág. 292.

3

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- "El pavoroso aspecto de la locura en la República Argentina", por Gonzalo Bosch, 299.

4

CONFRONTACIONES

- "Prácticas innovadoras en Salud Mental. Una explicación pedagógica", Cecilia Ziperovich, pág. 309.

5

LECTURAS Y SEÑALES

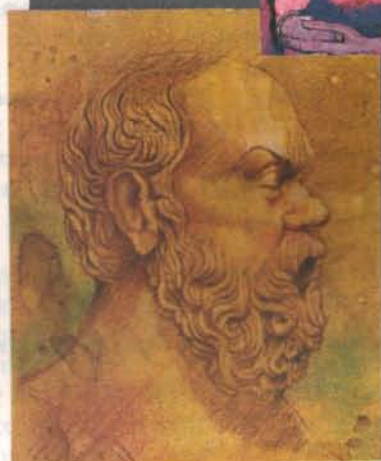
- "Lecturas", pág. 315; "Señales", pág. 317.



VAN GOGH



DOSTOIEVSKI



SOCRATES

Ellos tienen algo en común con su paciente: la EPILEPSIA

En la historia universal ellos ocupan un lugar consagrado

En la historia de la terapia antiepiléptica un lugar consagrado está destinado a:

carbamazepina 400 mg

CONFORMAL 400

Única CARBAMAZEPINA en micropartículas UNICELL de liberación prolongada.

PRESENTACION: Conformal 400 mg: Env. x 30 comprimidos
Conformal 200 mg: Env. x 30 comprimidos
Env. x 60 comprimidos

ELVETIUM - RHODIA

Licenciataria exclusiva Rhône Poulenc - Rorer

REVISTA

DE EXPERIENCIAS CLÍNICAS Y NEUROCIENCIAS

T RASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO LA ENFERMEDAD SECRETA

Resumen:

Este trabajo revisa las investigaciones actuales sobre el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Pese a que se trata de una patología ampliamente difundida, han habido imprecisiones en su definición y su tratamiento ha sido difícil. Los autores, discuten la respuesta de este síndrome, y de otros trastornos relacionados, a los antidepresivos serotoninérgicos combinados con terapias comportamentales, sugiriendo la existencia de factores comunes en trastornos en los cuales se ha obtenido éxito por medio del uso de inhibidores de la recaptación de serotonina.

Palabras clave: trastorno obsesivo-compulsivo; antidepresivos serotoninérgicos; clomipramina; fluoxetina; sertralina; inhibidores de la recaptación de serotonina; terapias comportamentales.

"OBSESSIVE - COMPULSIVE DISORDER"

Abstract:

This paper review current researchs of the treatments of Obsessive-Compulsive Disorder. In spite of the fact that it is a widespread disorder, its definition was not accurate and it was difficult to treat. The authors discuss how this syndrome and related disorders respond to the serotonergic antidepressants combined with behavioral therapy, suggesting prevalent factors in disorders in which treatment with serotonin reuptake inhibitors have been successful.

Key words: Obsessive-compulsive disorder (OCD) - Serotonergic antidepressant - Clomipramine, fluoxetine, sertraline - Serotonin reuptake inhibitors - Behavioral therapy.

"TROUBLE OBSESSIF - COMPULSIF, LA MALADIE SECRETE"

Résumé:

Ce travail rend compte des recherches

actuelles sur le traitement du Trouble Obsessif-Compulsif (TOC). Bien qu'il s'agisse d'une pathologie très répandue il a existé une grande imprécision dans sa définition et son traitement s'est démontré difficile. Les auteurs analysent la réponse thérapeutique de ce syndrome et d'autres troubles proches avec la combinaison d'antidépresseurs sérotoninergiques et des thérapies comportamentales. Les résultats suggèrent l'existence de facteurs communs, dans la genèse des ces troubles, sensibles à l'utilisation des drogues inhibitrices du "re-uptake" de sérotonine.

Mots clés: Trouble Obsessif-compulsif - Antidépresseurs sérotoninergiques - Clomipramine, fluoxetina, sertraline - Inhibiteurs du "re-uptake" de sérotonine - Thérapies comportamentales.

Los inhibidores de la recaptación de serotonina, que hasta hace poco tiempo se utilizaron exclusivamente como antidepresivos, han sido reconceptualizados, extendiéndose su aplicación al tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).

Este hecho tiene una gran importancia, dado que habitualmente se consideraba al Trastorno Obsesivo Compulsivo como una enfermedad refractaria a cualquier tratamiento.

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo afecta a un segmento poblacional cercano al 2% (21) que, en su gran mayoría, la padece en forma silenciosa, ocultos en sus hogares. Por ello cobra una singular significación la difusión de nuevos tratamientos combinados que posibiliten la cura de esta enfermedad crónica y a menudo invalidante.

El presente trabajo hace una

Analy Werbin*
Luis Zieher**

revisión y discusión de las recientes investigaciones en el uso de los inhibidores de la recaptación de serotonina que, en combinación con la aplicación de psicoterapias comportamentales, representan un notable avance en el esfuerzo para mejorar la calidad de vida de aquellos que padecen Trastornos Obsesivo Compulsivos.

Conceptualización del trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

Esta enfermedad se caracteriza por pensamientos y sentimientos intrusivos, no deseados y persistentes que provocan disconfort y ansiedad (obsesiones) y/o comportamientos ritualistas repetitivos (compulsiones) cuya finalidad es la de reducir dicho disconfort y ansiedad (Figura 1) (39). Sin embargo, las

* Médico Psiquiatra. Docente de S. Mental, Fac. de Medicina, UBA. Tel. 804-291.

** Profesor Titular de Farmacología de la Fac. de medicina, UBA y miembro de la Carrera de Investigador del CONICET.

compulsiones alcanzan a producir un bienestar pasajero seguido de una intensa sensación de tensión(6).

Las obsesiones y compulsiones repetidas, síntomas esenciales del TOC (7), interfieren en forma significativa en la vida social, familiar y laboral del enfermo. Las obsesiones más frecuentes son pensamientos de violencia (matar a un ser querido), contaminación (infectarse por el contacto con los demás) y el sentimiento de duda. Las compulsiones son conductas repetitivas que se efectúan como respuesta a una obsesión, la cual puede responder a determinadas reglas. Estos actos se hallan elaborados para neutralizar el malestar o la situación temida. El paciente, que reconoce que estas obsesiones son producto de su mente, tiene la compulsión y al mismo tiempo se resiste a ella, reconociendo que no obtiene ningún placer al consumirla, pero si un cierto alivio momentáneo.

La mayoría de los pacientes que padecen de TOC, presentan ambos síntomas: obsesiones y compulsiones. Estos son en general egodistónicos y producen ansiedad. En los niños, los síntomas más comunes son el temor a la suciedad y a los gérmenes, o la preocupación de que algo terrible pueda suceder (Tabla 1)(35). Entre los adultos, los más comunes son la preocupación por la contaminación, la duda excesiva, el lavado de manos, la necesidad de preguntar reiteradamente lo mismo y la necesidad de confesarse (Tabla 2)(36). Entre los antecedentes de la enfermedad se incluyen la ansiedad de separación, la resistencia al cambio, ambivalencia excesiva, pensamiento mágico, hipermoralidad y perfeccionismo.

Muchos autores refieren que hay una serie de patologías psiquiátricas que serían variantes del TOC, como por ejemplo los trastornos de la alimentación y de la imagen corporal (anorexia y bulimia) (9, 15, 45), la hipocondría monosintomática, la tricotilomanía, las erecciones involuntarias (66), la religiosidad, las obsesiones urinarias, etc. Asimismo, el TOC a menudo se asocia con otras patologías psiquiátricas tales como depresión y ansiedad. Todos estos trastornos responden bien a las drogas inhibidoras de la recaptación de serotonina.

Hay otros trastornos que coexisten con frecuencia con los Trastornos Obsesivo-Compulsivos en los

Figura 1
Esquema del mecanismo de los TOC
modificado de Salkovskis (39).

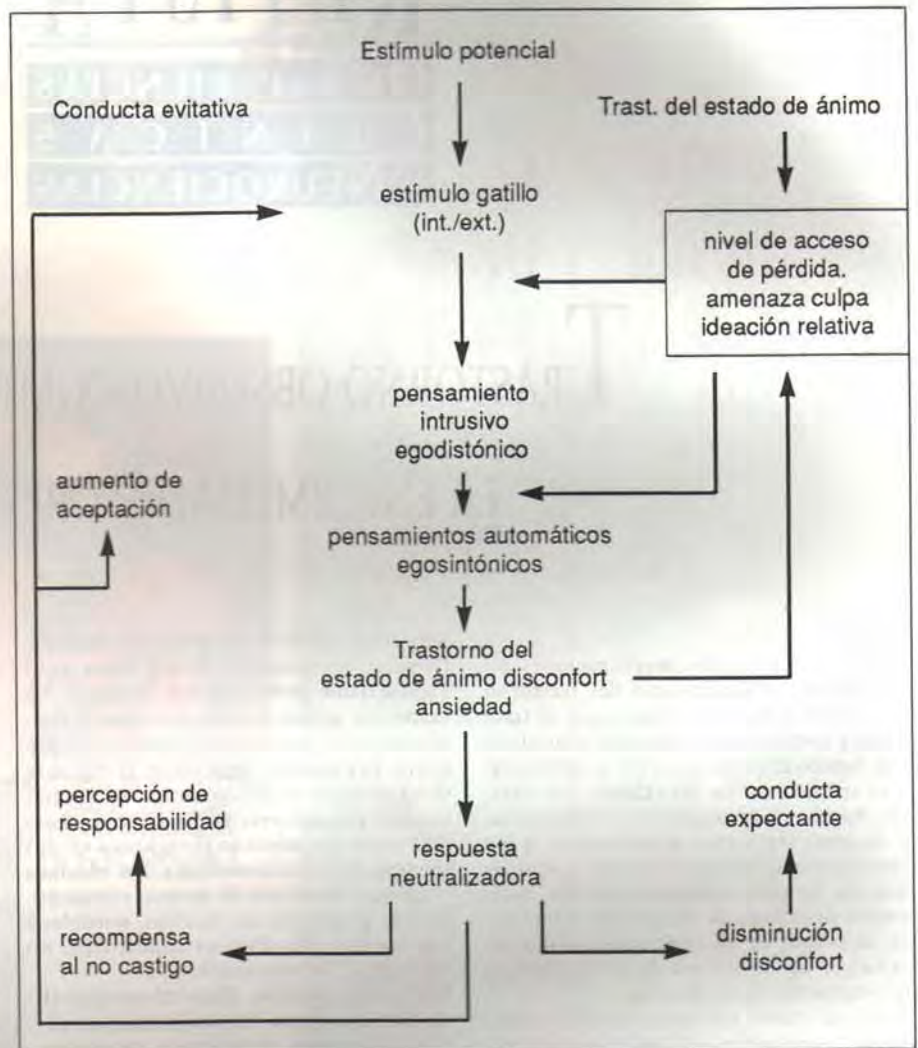


Tabla 1
Frecuencia de Síntomas obsesivo-compulsivos en
pacientes niños y adolescentes que padecen TOC (Rapoport)

	Síntomas	%
Obsesiones	• Suciedad, gérmenes, toxinas, catástrofes	40
	• Orden, exactitud	17
	• Escrupulosidad religiosa	13
Compulsiones	• Lavado de manos, ducha, lavado de dientes	85
	• Repetición de rituales	51
	• Control de puertas, etc.	46
	• Rituales de limpieza	23
	• Tocar objetos	20

Tabla 2
Frecuencia de Síntomas obsesivo-compulsivos en
pacientes niños y adolescentes que padecen TOC (Rapoport)

	Síntomas	%
Obsesiones	- Contaminación	45
	- Duda patológica	42
	- Preocupación somática	36
	- Simetría	31
	- Impulsos agresivos	28
	- Impulsos sexuales	26
	- Otros	13
	- Obsesiones múltiples	60
Compulsiones	- Control permanente de detalles	63
	- Lavado	50
	- Conteo de números	36
	- Necesidad de preguntar y confesar	31
	- Simetría y precisión	28
	- Coleccionar	18
	- Compulsiones múltiples	48

adultos, y estos son la depresión mayor, fobia simple y fobia social, ansiedad de separación, abuso de alcohol o dependencia, ataques de pánico y Trastorno de la Tourette (62).

Pollitt en el año 1957, estudiando 150 pacientes que padecían TOC, concluye que en general los pacientes típicos padecen la enfermedad hasta 7 años, antes de hacer la primera consulta psiquiátrica (34), siendo las complicaciones más frecuentes el alcoholismo, la depresión mayor y el abuso de drogas.

El papel de la serotonina en la fisiopatología de los Trastornos Obsesivo-Compulsivos, la bulimia (16, 38), la depresión, los comportamientos impulsivo-agresivos y el suicidio, adquiere un significado cada vez mayor, junto a la activación del eje CRH-ACTH-Cortisol.

El hecho de que los inhibidores de la recaptación de serotonina sean efectivos como agentes antidepresivos tanto como agentes antiobsesivos, sugiere la existencia de factores biológicos comunes en las enfermedades que responden a estas drogas.

Teniendo en cuenta que la depresión, la esquizofrenia, y las fobias (1), comparten algunos de los síntomas del TOC, se considera conveniente hacer un diagnóstico diferen-

cial dado que el tratamiento de los Trastornos Obsesivo-Compulsivos difiere de dichas patologías.

Personalidad obsesiva

En contraste con el TOC, la personalidad obsesiva está caracterizada por una larga historia de perfección e inflexibilidad. Esta perfección interfiere con la finalización de la tarea, focalizando la atención en los detalles y no en el objeto principal de la actividad. Este tipo de paciente es a menudo muy controlador, indeciso, tacaño, excesivamente concienzudo, puntilloso, restringido en expresar sus emociones, muy dedicado a su trabajo.

Este conjunto de rasgos de personalidad no le crean disconfort o conflicto interno; por el contrario, estas personas esperan que los demás compartan su forma de ser y sus valores. Estas personas se benefician con los tratamientos psicoterapéuticos tradicionales, no así con los tratamientos específicos que se implementan para aquéllos que padecen TOC.

La relación entre los trastornos obsesivos de la personalidad y los Trastornos Obsesivo-Compulsivos

no es simple ni casual como evidencian otros trastornos de la personalidad que son encontrados en pacientes que padecen el TOC. En los tratamientos de estos pacientes, el trastorno de personalidad encontrado con más frecuencia es la evitación, la dependencia y el histrionismo, o mixtos.

Trastornos del estado anímico y TOC

Una parte de los pacientes que padecen TOC desarrollan un cuadro depresivo importante. La controversia es, si estos síntomas depresivos integran el TOC o forman parte de un trastorno secundario, separado del mismo. Los síntomas de ambos trastornos comúnmente ocurren en el mismo paciente y ambos, la depresión y el TOC, tienden a aparecer en las mismas familias sugiriendo una cierta asociación de estas enfermedades. De todos modos la naturaleza de esta asociación permanece poco clara. En la Depresión Mayor, muchas veces aparecen definidos síntomas obsesivos, pero están considerados como relativos a la enfermedad depresiva, al igual que los sentimientos de culpa.

En los TOC, los síntomas depresivos se suman a los antecedentes obsesivo-compulsivos de larga data. Para muchos autores son patologías separadas, de modo tal que el TOC sólo puede ser diagnosticado si tiene antecedentes previos a la depresión. Se considera al TOC como una entidad separada que tiene como síntomas asociados depresión y ansiedad (6).

Todas las drogas que son efectivas en el tratamiento del TOC también son efectivas en el tratamiento de la Depresión Mayor, pero la inversa no es así. Las bases biológicas para este hecho son aún desconocidas.

Trastornos psicóticos y TOC

Entre el 17 y el 70% de los pacientes que sufren de TOC, padecen depresión, y un tercio de los pacientes que padecen de depresión psicótica tiene pensamientos obsesivos. Estos rasgos obsesivos en el curso de la depresión psicótica pueden prevenir o proteger las tentativas suicidas del paciente.

La Esquizofrenia se distingue del TOC por la falta de insight, por el pensamiento desorganizado y por el

deterioro de las funciones sociales; también son características de esta enfermedad las alucinaciones y los delirios relatados con gran convicción. El pensamiento mágico y los rituales pueden hacer pensar en un TOC.

En la mayoría de los estudios a largo plazo de pacientes con TOC, el 3% desarrolla una Esquizofrenia (2). Los esquizofrénicos con síntomas obsesivo-compulsivos suelen tener un índice menor de desintegración de la personalidad (10).

Trastornos por ansiedad y TOC

Una Fobia Simple (7) es un miedo persistente a un objeto circunscrito o a un estímulo situacional. Los pacientes padecen de una ansiedad excesiva e irracional. La evitación del estímulo fóbico suele interferir con las actividades normales del individuo y con sus relaciones sociales. Esta evitación contrasta con la respuesta ritual a un estímulo provocador de ansiedad, que es característica de los pacientes que sufren de TOC.

Trastornos por TICS Y TOC

El Trastorno de la Tourette se

compone de una serie de frecuentes tics motores y uno o más tics verbales. Pueden aparecer varias veces al día, o en forma intermitente a lo largo de un año. Afectan en forma principal la cabeza, el tronco y las extremidades. En el 50% de los casos se presenta con un tic único, siendo el más común el parpadeo. Se ha encontrado que está asociado a otros trastornos mentales como el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. De 90 pacientes estudiados, un 33% padecieron TOC, cuyos síntomas generaron mayor impedimento que los tics (31).

La edad de comienzo es alrededor de los 7 años, pero también puede aparecer en forma muy temprana, al año de vida. Es tres veces más frecuente en varones que en niñas (7). Hay evidencias que el TOC es más frecuente entre los familiares de primer grado de los niños con Trastorno de la Tourette, que en la población general. Por lo que se piensa que hay un cierto correlato genético con el TOC (31, 32). Cabe señalar que las compulsiones son conductas intencionadas, en tanto que los tics son involuntarios.

Epidemiología

Los datos acumulados en los últimos 10 años han demostrado que el TOC es una enfermedad relativamente común y que coexiste con frecuencia con otros trastornos psiquiátricos. Un estudio realizado en 1984 por Rasmussen y col. encontró una amplia dispersión de su incidencia en pacientes psiquiátricos adultos (37).

Los autores hallaron que el cociente entre pacientes masculinos y femeninos es de 1: 1.1 y lo compararon con otros estudios en niños, que arrojaban que el 76% de los que padecían TOC eran varones. Entre los estudiantes de la escuela secundaria, la incidencia de TOC es del 1% (37).

Etiología

Hay muchas modalidades psicológicas y biológicas para comprender los Trastornos Obsesivo-Compulsivos. Las viejas formulaciones psicodinámicas han abierto camino a nuevos enfoques comportamentales, y los nuevos descubrimientos neurobiológicos hablan de una disfunción cerebral para este trastorno.

Teorías psicológicas

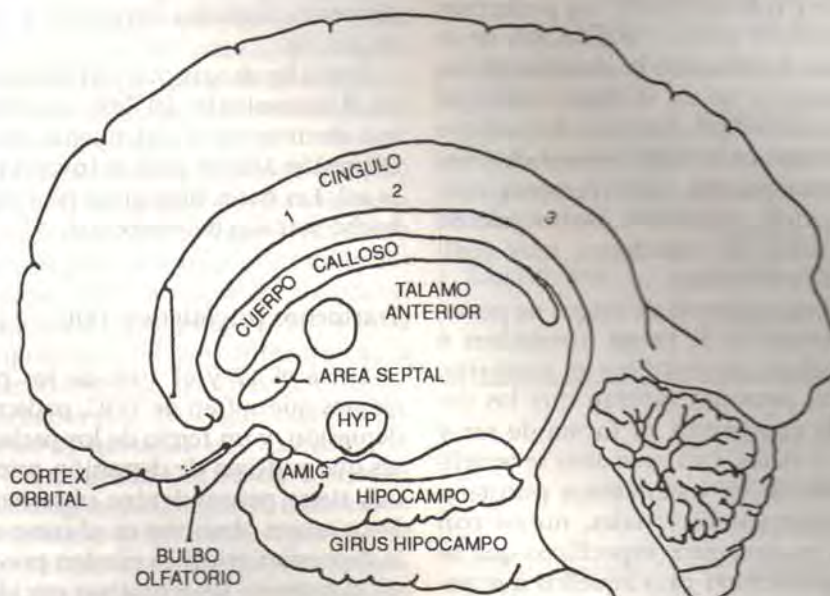
El clásico enfoque psicoanalítico freudiano dice que la obsesión es una respuesta defensiva. Los trastornos obsesivo-compulsivos comienzan como una serie inconsciente de impulsos hostiles hacia los padres y surgen en el momento del control de esfínteres, cuando emergen temas vinculados al control, a la autonomía y a la agresión.

Los impulsos regresivos sádico-anales, se manifiestan por el aislamiento, la pasividad y la formación reactiva. Esta etapa involucra ambivalencia, pensamiento mágico y una conciencia punitiva arcaica.

Los analistas modernos, ven el conflicto como una lucha entre la obediencia versus la defensa, temor a ser castigados por mal comportamiento, odio por la represión de los propios deseos y sometimiento a la autoridad (29, 8).

La dinámica obsesivo-compulsiva funcionaría como un dispositivo para prevenir cualquier sentimiento que pueda producir vergüenza, pérdida del orgullo, o del status, o sentimientos de debilidad o deficiencia,

Figura 2
Diagrama de los procedimientos psicoquirúrgicos
(modificado de Valenstien) (43)



1. Cingulectomía anterior
2. Cingulectomía media
3. Cingulectomía posterior

ya sea que estos sentimientos sean agresivos, sexuales o de otra índole. La riqueza de la formulación psicoanalítica reside en la elaboración de la batalla de los conflictos con su ambivalencia, necesidad de control, deseos reprimidos, prohibiciones rígidas, pensamiento mágico y confusión en el pensamiento y la acción. Desafortunadamente Esman concluye que: "la eficacia terapéutica de la aplicación de estas construcciones ha sido menos que dramática... Si hubiera sido demostrado un éxito terapéutico en un test de ratificación, el psicoanálisis no hubiera fracasado con la neurosis obsesivo-compulsiva" (8).

Los comportamentalistas, ven la sintomatología obsesivo-compulsiva como intentos de mala adaptación para reducir la ansiedad. En todas las situaciones, los pacientes tienen una estimación subjetiva anormal, sobre la probabilidad de la ocurrencia de un suceso desfavorable (8, 39).

Teorías biológicas

Los estudios biológicos se han ocupado de la bioquímica de la serotonina y de otros sistemas de neurotransmisión. El foco central del estudio de los neurotransmisores es que los antidepresivos que son específicos en la inhibición de la recaptación de serotonina son efectivos en el tratamiento de los TOC. Estos antidepresivos son la Clomipramina, la Fluoxetina, la Fluvoxamina y la Sertralina, recientemente introducida en el mercado americano (46, 47).

Es posible que el TOC esté asociado con receptores serotoninérgicos postsinápticos hipersensibilizados (up-regulation) y que el tratamiento crónico con antidepresivos serotoninérgicos, hiposensibilice estos receptores (down-regulation) (18, 48, 49).

Hay evidencias de cierta participación dopaminérgica en pacientes que padecen TOC y que a la vez tienen trastornos neurológicos del tipo de la Enfermedad de la Tourette (11).

Es importante enfatizar que la respuesta farmacológica no implica correlación directa con la etiología o patogenia. Los cambios en cualquier sistema neurotransmisor asociados a respuestas farmacológicas pueden estar directa o indirectamente relacionados a la causa primaria del trastorno.



Estudios neuropsicológicos

Se sospecha una disfunción en el lóbulo frontal basada en estudios detallados neuropsicológicos, electroencefalográficos y por imágenes cerebrales. En adolescentes que padecían TOC, fueron encontrados déficits espaciales-perceptuales similares a los hallados en pacientes con lesiones en el lóbulo frontal (3).

Pacientes no medicados que sufren de TOC mostraron más anomalías en la coordinación motora fina, movimientos involuntarios, etc. Fueron hallados signos neurológicos moderados y anomalías en los dibujos que sugerirían una disfunción cerebral del hemisferio derecho. Todos estos signos moderados tenían un correlato de severas obsesiones (16).

Algunos pacientes que padecieron fiebre reumática y que por ello desarrollaron una corea de Sydenham, probablemente como resultado de una respuesta autoinmune sobre los ganglios basales, padecen síntomas obsesivos y trastornos obsesivo-compulsivos (35).

La neurocirugía se ha usado en los pacientes con TOC refractarios a todo tratamiento medicamentoso. Las áreas que se utilizan para reducir los síntomas obsesivo-compulsivos son las áreas del cíngulo (Figura 2) (25, 43).

Historia

El largo curso del Trastorno Obsesivo-Compulsivo es variable e impredecible. Una de las revisiones hechas en la actualidad, estima que el 30% de las personas con este trastorno tuvo su primera manifestación entre los 5 y los 15 años de edad (33); entre el 60 y 68% el comienzo fue antes de los 25 años (34, 33). Otra revisión señala que en el 50% de los casos el trastorno comenzó en la niñez, con su pico de mayor incidencia alrededor de los 20 años y sólo entre el 10 y 15% el trastorno comenzó después de los 35 años (37).

Los síntomas iniciales pueden ser dolor, trastornos hipocondríacos, neurosis, ansiedad y depresión (2).

Los factores precipitantes más comunes han sido hallados en pacientes con dificultades sexuales y maritales, embarazo y parto, y enfermedades y muertes de familiares cercanos (34, 2). Entre los pacientes de origen chino los factores precipitantes más frecuentes fueron la frustración y el exceso de trabajo. En el 50% de los pacientes, el curso de la enfermedad es crónico e incesante (34). Sólo el 35% de los pacientes busca tratamiento en el primer año de la enfermedad. Rasmussen y Tsuang hicieron una revisión de pacientes en períodos que oscilaron desde 3 a 17 años después del tratamiento, encontrando que entre el 9 y el 32% habían hecho una muy buena evolución, entre el 22 y el 56% mostraban alguna mejoría y entre el 22 al 61% no mostraban cambios. Los tratamientos a largo plazo con terapias electroconvulsivas (TEC) tuvieron una peor evolución que aquellos tratados con terapias psicodinámicas o de sostén (37).

La mejoría de estos pacientes se ve cuando no están sometidos al estrés de la vida cotidiana, o cuando el paciente tiene que preocuparse por nuevas dificultades externas. El servicio militar o las obligaciones religiosas reducen los síntomas en forma dramática. El aumento de responsabilidades, la fatiga, la recurrencia de las situaciones precipitantes y el aumento del stress empeora los síntomas. La mayoría de los pacientes con TOC pueden trabajar; sin embargo hay una minoría, que por la severidad de los síntomas no puede hacerlo (2).

El pronóstico no está claro aún, pero en la mayoría de los estudios, está relacionado con una personalidad premórbida, con el curso de la enfermedad por episodios, por los factores precipitantes y por el tiempo de padecimiento de la enfermedad antes de la primera consulta. Si este período fue corto, el pronóstico es mejor. Si la personalidad premórbida fue anormal, si se mostró un cuadro muy severo en la primera entrevista, si el paciente afectado es soltero y si tuvo antecedentes infantiles de estados nerviosos, el pronóstico es grave.

Evaluación y tratamientos psicológicos

El gran sufrimiento de los pacientes que padecen TOC justifica la evaluación detallada de los síntomas, la educación y la intervención

médica y psicológica. La Escala de los Síntomas Obsesivo-Compulsivos de Yale es extremadamente útil para descubrir aquellos que no fueron relatados en forma espontánea (36, 24). Al mismo tiempo es necesario hacer un diagnóstico diferencial, entre los TOC y otros trastornos psicopatológicos. Se debe investigar la historia personal y familiar del paciente acerca de los trastornos de ansiedad, abuso de drogas, alcohol, etc. En general el paciente se presenta desmoralizado, culpable, con pocas esperanzas en el tratamiento por su imposibilidad para controlar sus síntomas, y al mismo tiempo temeroso a ser forzado a abandonarlos. La familia puede hacer aportes importantes dado que el enfermo a veces no admite la sintomatología en su totalidad.

Las terapias cognitivo-comportamentales son sin ninguna duda, las que mejoran el pronóstico de este trastorno, con una tasa de recuperación del 75% (39).

Estas terapias apuntan a ayudar al paciente a encontrar los caminos para bloquear toda actividad neutralizadora y a cambiar el modo en que sus pensamientos son interpretados.

La psicoterapia puede comenzar con una actitud de sostén y orientación para el paciente y la familia. La psicoterapia psicoanalítica, las técnicas de relajación, son inefectivas en el tratamiento de los TOC. La indicación terapéutica es: tratamiento farmacológico con drogas inhibidoras de la recaptación de serotonina y terapias con técnicas cognitivo-comportamentales.

Las técnicas comportamentales consisten en trabajar con el paciente impulsándolo a evocar, en forma progresiva aquello que lo perturba.

El tratamiento de elección para las compulsiones es exponer al paciente a estímulos in vivo. El tratamiento de elección para las obsesiones es exponer al paciente a enfrentar sus pensamientos perturbadores. Los pacientes que no responden a las terapias cognitivo-comportamentales son un grupo que padece depresión severa, alucinaciones u otros trastornos psicopatológicos graves.

Metha en el año 1990 realizó un estudio tomando dos grupos de pacientes. A los pacientes del primer grupo los trató utilizando a un miembro de la familia como coterapeuta y a los del segundo grupo, trató a los pacientes solos, teniendo un éxito mayor con el primer grupo (27).

Sólo los fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina como la Clomipramina, la Fluoxetina y la Fluvoxamina demuestran ser efectivos en el tratamiento del TOC con o sin depresión subyacente. La Fluvoxamina y la Fluoxetina no tienen los efectos anticolinérgicos que presenta la Clomipramina, y por ello son un tratamiento alternativo para aquellos pacientes que no toleran la Clomipramina. Otros psicofármacos antidepressivos no-serotoninérgicos como los tricíclicos y los IMAOs y los agentes ansiolíticos, no demostraron ser efectivos en este trastorno. Tampoco lo son los neurolepticos.

Sobre la base de estos conceptos, por el momento el tratamiento de elección, es la combinación de terapias cognitivas - comportamentales y antidepressivos inhibidores de la recaptación de serotonina.(18)

Farmacoterapia

La farmacoterapia del Trastorno Obsesivo-Compulsivo puede ser dividida en dos modalidades. La modalidad de fármacos no-específicos y la de los fármacos altamente específicos.

Medicación no-específica

Mucha medicación no específica ha sido utilizada en estos trastornos en pequeños grupos de pacientes. Esta incluye el L-Triptofano, neurolepticos, benzodiazepinas, tricíclicos, trazodone, clonidina y carbonato de litio. Aparentemente, los neurolepticos son útiles en pacientes que padecen TOC y que tienen una personalidad esquizoide, o en el espectro de las patologías neurológicas que tienen tics. Los IMAOs son útiles para tratar pacientes con TOC y que además padecen ataques de pánico (33, 46, 48, 23).

Medicación específica

La respuesta medicamentosa de los pacientes que padecen TOC es inusual. Responden en forma selectiva a los bloqueantes de la recaptación de serotonina, y a diferencia de otras patologías tiene una pobre respuesta a placebos (28, 6) comparados con otros trastornos de la ansiedad. Se requiere un largo tiempo de tratamiento partiendo de la base que la respuesta a la medicación,

empieza recién al mes o a los dos meses de haberse iniciado el mismo. Se han visto recaídas cuando el tratamiento se discontinúa.

A) Clomipramina (3-cloroimipramina) es un antidepresivo tricíclico, nuevo en Estados Unidos. En Europa y en nuestro país se usa desde el año 1966 (41). Su eficacia en el tratamiento de la depresión es mayor o igual a la de los inhibidores de la recaptación de serotonina de reciente generación. Es muy eficaz en las depresiones resistentes, trastornos de pánico, dolor crónico. Al igual que otros antidepresivos, puede causar en pacientes deprimidos switch maniaco, siendo mayor el riesgo en personas de la tercera edad.

La eficacia de la Clomipramina en el tratamiento del TOC es mayor que la de cualquier otra droga. En numerosos estudios ha sido comprobado que es superior a la Nortriptilina, Clorgilina y Desipramina. La dosis usual de Clomipramina es de 100-250 mg por día. En un estudio realizado en Estados Unidos, se estimó que el riesgo de provocar convulsiones es de un 0,48% con dosis de 250 mg/día o menores y de un 2.1% con dosis de 300 mg/día o mayores (6). Los efectos colaterales son los de la mayoría de los antidepresivos tricíclicos: sequedad de boca, taquicardia, constipación, dificultades urinarias, eyaculación retardada, mareos, hipotensión, náuseas y temblor. Cuando se usa la Clomipramina en un tratamiento a largo plazo, es conveniente bajar la dosis en forma gradual (30). Con la reducción del 40% de la dosis inicial, es posible mantener el tratamiento sin recaídas (49).

B) Fluoxetina, una feniltolilpropilamina, es un inhibidor de la recaptación de serotonina. La dosis oscila entre 20-90 mg/día, siendo la dosis promedio de tratamiento 75 mg/día. Los efectos colaterales que se han encontrado son: insomnio, temblor, inhibición de la eyaculación, náuseas y fatiga. Mejora los síntomas obsesivos-compulsivos tanto en los pacientes deprimidos como no deprimidos.

Algunos investigadores recomiendan probar esta medicación durante varios meses en pacientes que no responden a ella inicialmente (26). En un estudio realizado por Hollander E, se ha visto que a un rápido incremento en la dosis de fluoxetina hasta llegar a altas dosis, pue-

de provocar un cuadro depresivo (17, 18).

C) La Sertralina es un nuevo compuesto naftilamino, que inhibe la recaptación de serotonina. Recientemente ha sido aceptado por el mercado de los Estados Unidos. Va unido a las proteínas plasmáticas y tiene una vida media de 24-26 hs. Muchos estudios demuestran que es efectivo en el tratamiento de la Depresión Mayor y de los Trastornos Obsesivo-Compulsivos. La dosis es de 50-200 mg/día. Sus efectos adversos son similares a los de la Fluoxetina. Los más importantes son los gastrointestinales (náuseas, diarrea, pérdida de materia fecal, dispepsia) (5, 14).

Los clínicos deben advertir al paciente que la respuesta a los fármacos altamente específicos puede tardar entre 4 y 8 semanas, mientras que los efectos adversos aparecen relativamente rápido. También deben informarle que no necesariamente actuarán sobre su depresión de base, si la hubiera.

En los Estados Unidos la droga aprobada para el tratamiento de los TOC es la Clomipramina. De todos modos tanto la Clomipramina como

la Fluoxetina son igualmente efectivas para el tratamiento de este trastorno. Jenike y col.(23) compararon indirectamente la eficacia y los efectos colaterales de ambas drogas, y concluyeron que la Clomipramina es ligeramente más efectiva que la Fluoxetina pero tiene mayores efectos adversos. Por su parte, Murphy y Pigott, comparando ambas drogas en estudios por sustitución constataron que la respuesta de la Clomipramina es precoz en comparación con la respuesta de la Fluoxetina.

Los especialistas pueden ofrecer a los pacientes la posibilidad de probar cada una de las drogas por cortos períodos (alrededor de 2 meses, aumentando la dosis), a fin de establecer cual es mejor tolerada.

Conclusiones

Hasta hace 10 años el TOC, considerado como una rara e intratable patología, era la Cenicienta de la epidemiología psiquiátrica. En la actualidad hay evidencia suficiente para pensar que el TOC es un trastorno único, identificable e independiente de los trastornos por ansiedad. Tiene una diferente distribu-



CENTRO DE ESTUDIOS EN PSICOTERAPIAS

Directores

Héctor Fiorini - Humberto Gobbi
Nilda Guerschman - Pedro Menéndez

INSTITUCION PSICOANALITICA DE ASISTENCIA Y FORMACION

FORMACION DE POSTGRADO PARA MEDICOS

APERTURA CICLO 1993

- Niveles anuales de formación en teoría y técnica de psicoterapias psicoanalíticas e institucionales
- Práctica asistencial guiada
- Curso regular para interior del país y extranjero (3er. sábado de cada mes)
- Jornada anual

Lafinur 3270 (1425) Buenos Aires
Tel.: 802-6419

Lunes a viernes de 10 a 21 horas

NOVEDAD ABSOLUTA

Labinca[®]
Cronus

ZOPICLONA

INICIA EL TIEMPO DEL DESCANSO PLENO

1 COMPRIMIDO AL ACOSTARSE.

RAPIDO COMIENZO DE LA ACCION HIPNOTICA

INDUCCION AL SUEÑO A LOS 20-30 MINUTOS DE LA INGESTA

SUEÑO PROFUNDO Y FISIOLÓGICO SIN ACCION RESIDUAL DIURNA

DURACION IDEAL DEL EFECTO HIPNOTICO (6 A 8 HORAS)

PRESENTACION:

ENVASES CON 10 Y 30 COMPRIMIDOS RAMURADOS.

Labinca[®]
Cronus
ZOPICLONA

NOVEDOSO HIPNOTICO LIDER EN VENTAS EN TODA EUROPA.

ción por sexo y por edad, así como un curso, una recuperación y una respuesta al tratamiento, distinta que los trastornos por ansiedad y depresión, con una particular respuesta a las drogas serotoninérgicas y una virtual no respuesta a los estudios con placebo. Los síntomas depresivos de los TOC no parecen responder a los antidepresivos convencionales, y sí a los inhibidores de la recaptación de serotonina.

El avance de los enfoques psicológicos sobre el estudio de las obsesiones y compulsiones ha estimulado la investigación, habiendo generado así las condiciones para el desarrollo de nuevos tratamientos. La terapia cognitiva es una posibilidad prometedora junto con las terapias comportamentales ya existentes ■

Bibliografía

- 1) Austin L. S., Lydiard B., Fossey M.D., et al, Panic and phobic disorders in patients with obsessive compulsive disorders. *Journal of Clin Psych* 51:46-458, 1990.
- 2) Black A: The natural history of obsessional neurosis in Obsessional States. Edited by Beech IIR. London, Methuen, 1974.
- 3) Behar D, Rapoport J. L., Berg C. J., et al, Computerized tomography and neuropsychological test measures in adolescents with obsessive compulsive disorder. *Am Jourmanl of Psych* 141: 363-369, 1984.
- 4) Boyarsky B. K., Perone L. A., Lee N. C., Goodman W. K., Current treatment approaches to obsessive-compulsive disorder. *Arch Psych Nurs*; 1991 Oct; 5 (5): 299-306.
- 5) Choinard G., Goodman W., Gteist J., et al, Results of a double-blind placebo controlled trial of a new serotonin uptake inhibitor, sertraline, in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacology Bulletin* 26:279-284, 1990.
- 6) De Veagh-Geiss J., Landau P., Katz R., Treatment of obsessive compulsive disorder with clomipramina. *Psychiatric Annals* 19:97-101, 1989.
- 7) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd. ed.rev. Washington, D. C., Am Psych Association, 1987.
- 8) Esman, Psychoanalysis and general psychiatry: obsessive compulsive disorder as a paradigm. *Journal of the Am Psychoanalytic Association* 37: 319-336, 1989.
- 9) Fahy Ta, Obsessive compulsive symptoms in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy* 29: 113-116, 1991.
- 10) Fenton W. S., Mc Glashan T.H., Long term outcome of obsessive compulsive disorder with psychotic features. *Journal of Nervous and Mental disease* 178: 760-761, 1990.
- 11) Goodman W. K., McDougle C. G., Price L. H., et al, Beyond the serotonin hypothesis: a role of dopamine in some forms of obsessive compulsive disorder? *Journal of Clin Psych* 51 (Aug suppl): 36-43, 1990.
- 12) Goodman W. K., Price L. H., Rasmussen S. A., et al., The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I: development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry* 46: 1006-1011, 1989.
- 13) Goodman W. K., Price L. H., Rasmussen S. A., et al., The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, II: validity. *Archives of General Psychiatry* 46: 1012-1016, 1989.
- 14) Guthrie S. K., Sertraline: a new specific serotonin reuptake blocker. *DICP: 1991 sep: 25 (9): 952-61.*
- 15) Holden N. H., Is anorexia nervosa an obsessive-compulsive disorder? *British Journal of Psychiatry* 157: 1-5, 1990.
- 16) Hollander E., Schiffman E., Cohen B., et al., Signs of central nervous system dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Arch of Gen Psych* 47: 27-32, 1990.
- 17) Hollander E., Mullen L., De Caria C. M., Skodol A., Schneier F. R., Liebowitz M. R., Klein D. F., Obsessive-compulsive disorder, depression and fluoxetine. *J Clin Psuch: 1991 Oct: 52 (10) 418-22.*
- 18) Hollander E., De Caria C., Liebowitz M. R., Biological aspects of obsessive compulsive disorder. *Psych Annals* 19: 80-87, 1989.
- 19) Insel T. R., Gillin J. C., Moore A., The sleep of patients with obsessive compulsive disorder. *Arch of Gen Psych* 39: 1372-1377, 1982.
- 20) Insel T. R., Akiskal S., Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *American Journal of Psych* 143: 1527-1533, 1986.
- 21) Jenike M. A., Obsessive compulsive and related disorders: a hidden epidemic. *New England Journal of Medicine* 321: 539-541, 1989.
- 22) Jenike M. A., Baer I., Summergrad P., et al., Sertraline in obsessive compulsive disorder: a double-blind comparison with placebo. *American Journal of Psych* 147: 923-928, 1990.
- 23) Jenike M. A., Baer I., Summergrad P., et al., Obsessive-Compulsive Disorder: a double-blind, placebo-controlled trial of clomipramine in 27 patients. *American Journal of Psych* 146: 1328-1330.
- 24) Kim S. W., Dysken M. W., Katz R., Rating scales for obsessive-compulsive disorder. *Psych Annals* 19:71-79, 1989.
- 25) Laitinen L. V., Psychosurgery today. *Acta Neurochirurgica Supplementa* 11: 158-162, 1988.
- 26) Levine R., Hoffman J. S., Knepple E. D., et al., Long-term fluoxetine treatment of a large number of obsessive-compulsive patients. *Journal of Clin Psychopharmacology* 9: 281-283, 1989.
- 27) Mehta M., A comparative study of family based and patient based behavioural management in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psych* 157:133-135, 1990.
- 28) Montgomery S. A., Clomipramine in obsessional neurosis: A placebo-controlled trial. *Pharm. Med.* 1980,1:(2), 189-192.
- 29) Nemiah J. C., Uhde T. W., Obsessive compulsive disorder, in *Comprehensive Textbook of Psychiatric*, 5th edition. Edited by Kaplan H. I., Sadock B. J., Baltimore, Williams y Wilkins, 1989.
- 30) Pato M.T., Hill J. L., Murphy D. L., A clomipramine dosage reduction study in the course of long-term treatment of obsessive-compulsive disorder patients. *Psychopharmacology Bulletin* 26:211-214, 1990.
- 31) Pauls D. L., Leckman J. E., Towbin K. E., et al: A possible genetic relationship exists between Tourettes Syndrome and obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacology Bulletin* 22:730-733, 1986.
- 32) Pauls D. L., Raymond C. L., Stevenson J. M., et al., A family study of Gilles de la Tourettes syndrome. *American Journal of Human Genetics* 48:154-163, 1991.
- 33) Perse T. L., Obsessive-compulsive disorder: a treatment review *Journal of Clinical Psych* 49:48-55, 1988.
- 34) Pollit J., Natural history of obsessional states: a study of 150 cases. *British Medical Journal* 1: 191-198, 1957.
- 35) Rapoport J.L., The biology of obsessions and compulsion. *Scientific American* 260 (Mar): 82-89, 1989.
- 36) Rasmussen S. A., Eisen J. L., Clinical features and phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Annals* 19:67-73, 1989.
- 37) Rasmussen S. A., Tsuang M. T., The epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clin Psychiatry* 15:150-157, 1981.
- 38) Rothenberg A., Adolescence and eating disorder: the obsessive compulsive syndrome. *Psych Clin of North America* 13: 169-188, 1990.
- 39) Salkovskis P. M., Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behavioural Res Ther.* 1985, 4;23:571-583.
- 40) Shear M. K., Frosch W. A., Obsessive-compulsive disorder, in *Psychiatry*. Edited by Michels R. Philadelphia, Lippincott, 1988.
- 41) Trimble M. R., Worldwide use of clomipramine. *Journal of Clin Psych* 51 (Aug suppl): 51-54, 1990.
- 42) Trimble M. R., Psychopharmacology and movement disorders: a new perspective on the Gilles de la Tourette Syndrome. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatric* 52 (suppl) :90-95, 1989.
- 43) Valestein E.S., The practice of psychosurgery: A survey of literature (1971-1976). (Washington, U.S. Dept Healthy, Educational and Welfare) 1977.
- 44) Warwick H. M. C., Salkovskis P. M., Unwanted erections in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry* 157:919-921, 1990.
- 45) Werbin A., Moizeszowicz J., Anorexia Nerviosa. Todos los casos. Un caso. *Revista Argentina de Psicopatología*. Vol. (1):8-16.1990.
- 46) Zak J. P., Miller J. A., Sheehan D. V., et al., The potential role of serotonin reuptake inhibitors in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clin Psych* 49 (Aug suppl):23-29, 1988.
- 47) Zohar J., Insel T. R., Drug treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 13:193-202, 1987.
- 48) Zohar J., Insel T. R., Obsessive-compulsive disorder: Psychobiological approaches to diagnosis, treatment and pathophysiology. *Biological Psychiatry* 22:667-687, 1987.
- 49) Zohar J., Insel T. R., Zohar-Kadouch R. C., et al: Serotonergic responsivity in obsessive compulsive disorder: effects of chronic clomipramine treatment. *Arch of Gen Psych* 45:167-172, 1988.
- 50) Zohar J., Zohar-Kadouch R. C., Kindler S., Current concepts in the pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Drugs*; 1992 feb:43 (2); 210-218.

UNA CUESTION DE PESO: LA TRANSFERENCIA

(ANALISIS DE UN NIÑO DE DOS AÑOS)

Alicia Broitman*



Resumen:

Se describe el tratamiento de un Sujeto (Sujetado) a su condición de objeto medicalizado. Las vicisitudes del "nacimiento" de un niño se producen entre los avatares cotidianos de un hospital general de la mano del vínculo transferencial.

Palabras clave: Enfermedad psicossomática infantil - Transferencia - Interconsulta.

A MATTER OF WEIGHT: THE TRANSFERENCE (PSYCHANALYSE OF A CHILD OF TOO YEARS OLD)

Abstract:

Psychological treatment of a "tie up" subject as a medical objet is described. The "borning" of a child arrives in the middle of working day in a the general hospital, by means of a transferencial binding.

Key Words: Child psychosomatic disease - Transference - Medical-psychological Liaison.

UNE QUESTION DE POIDS: LE TRANSFERT (ANALYSE D'UN ENFANT DE DEUX ANS)

Résumé:

Cet article décrit le traitement d'un sujet dans sa condition d'objet medicalisé. La "naissance" d'un enfant se produit dans les avatares quotidiens d'un hôpital général. Elle est conduite dans le cadre du transfert.

Mots clés: Maladie psychosomatique infantile - Transfert - Consultation psychologique en Hôpital Général.

* Psicóloga. Ex Jefe de Residentes del Servicio de Psicopatología del Hospital de Niños "R. Gutiérrez", Céspedes 2459, P. 5, Dto. "C". Buenos Aires, Tel.: 785-0680

"Si mi papá estuviera aquí, ahora no me moriría de hambre. ¡Ay, qué enfermedad más mala es el hambre!"

Pinocho

Les voy a contar una historia. Una historia, que, como todas, no es más que una versión.

No es una historia inventada pero sí fantástica; con hadas, tiburones devoradores, monstruos come-niños y peligrosísimas pirañas.

Su protagonista es Albertito.

Su eje, la transferencia.

Su marco, el psicoanálisis en un hospital general.

I: "Cómo ocurrió que Maese cereza, el carpintero, encontró un pedazo de madera que reía y lloraba como un niño"

Como Pinocho, Alberto precisó que alguien lo escuchara, dijera "es un niño" y llamara a su papá para entregárselo.

Pero en esta historia verdadera hubo múltiples complicaciones.

Una de ellas es que Albertito, a diferencia de Pinocho, nació de una madre.

Irma deseaba un hijo.

Ya desde el embarazo comprendió que tenerlo no le iba a resultar tan sencillo.

A raíz de sus pérdidas, los médicos aconsejaron un aborto. Como Irma se negara, la derivaron a un psicólogo con el fin de ayudarla a elaborar el duelo por el hijo que no llegaría a nacer. A las pocas entrevistas las pérdidas cesaron y pudo dar a luz.

Pero el niño aún debería demostrar que sería capaz de sobrevivir a ese destino de muerte.

No sabemos por qué muchas veces los médicos que entraron en esta historia se hicieron eco de la voz del oráculo. Pero sí, que Irma fue a ellos a confirmarlo y, a la vez, a pedirles que rompieran el hechizo.

El cuerpo del niño tiene marcas que hacen preguntas porque no cierran en un síndrome: hipertrofia de píloro, tortícolis congénita, asimetría craneal, una pierna más larga que otra, oscilación continua de peso, una constante desnutrición, vómitos sin causa, rechazo a la alimentación, retraso del desarrollo motor.

Su situación familiar no es más afortunada: su papá es muy violento; su mamá, inestable emocionalmente.

Cuando el niño tenía once meses, a causa de la patología del vínculo madre-hijo, fue derivado al Servicio de Psicopatología.

"Vengo porque me manda el Dr. C."

Con esta frase, Irma se presentó durante casi un año; cada vez que reaparecía después de un tiempo más o menos prolongado.

Durante las entrevistas relataba angustiada la mala relación con el marido, la violencia a la cual éste la sometía, las enfermedades del hijo.

En cada ocasión me informaba acerca de cuántos gramos había aumentado o disminuido el niño, preguntándose insistentemente por la causa.

El padre no asistía a las entrevistas. Pocas veces concurría al hospital.

Según el relato de la madre, Alberto se oponía a que ella lo trajera. Decía que allí le iban a matar al hijo.

Pero la mamá insistía: "Aquí me lo salvaron, Dra. Yo voy a seguir trayéndolo, quiero saber qué tiene el nene. Quiero que crezca y sea un chico normal."

Narraba asimismo sus periplos de Servicio en Servicio, de médico en médico, de estudio en estudio.

"El chico más estudiado del Hospital", dijo en una ocasión uno de los doctores.

"¿Quién lo conoce?", dijo otro.

"Yo vivo en el Hospital", decía la mamá. Casi era cierto.

De este tiempo, una escena: la madre cuenta sus desgracias, deshilvana sus quejas, confiesa entre lágrimas sus temores, amenaza con su desesperación.

El niño duerme en brazos.

Se despierta con una sonrisa.

La mamá se incorpora e intenta dormirlo otra vez. Continúa hablando mientras lo hamaca nerviosamente.

Alberto comienza a llorar.

Intervengo diciendo que quizás llore porque no quiera dormir más. La madre le introduce entonces el biberón en la boca. El niño lo rechaza: llora.

La desesperación de la madre se hace cada vez más intensa.

Pregunto ¿qué querrá Tito?

¿Querrá jugar? Quizás no tenga hambre ni sueño. Le ofrezco un juguete, lo acepta y se calma.

Indico a continuación un lugar para que ubique al niño con sus juguetes y propongo que continúemos conversando.

Mientras lo acomoda, le golpea

fuertemente la cabeza contra el piso.

Mezclada con gritos y llantos del hijo, la voz de la madre continúa su queja: "Si tu padre se entera, me mata. Si te pasa algo, me muero. ¡Ay, Dra.!, yo no puedo más".

Cuando Alberto dejó de vomitar, su rechazo hacia la alimentación cobró la forma de una activa oposición. Sólo aceptaba, en cantidades ínfimas, algunos alimentos de los cuales la mamá decía: "No son comida": gelatinas, bananas, yogur.

La aparición de esta conducta me decidió -teniendo en cuenta que el niño ya decía dos o tres palabras- a comenzar un tratamiento con él, quien contaba 16 ó 17 meses. Comuniqué esta decisión a la madre. Irma aceptó sumisamente: un tratamiento más.

A pesar de mis reiterados pedidos, la caja con juguetes estuvo ausente.

En su lugar, la presencia de una madre que no podía dejar de estar.

Irma, una vez en el consultorio con el hijo, comenzaba a hablar.

En cada entrevista fue necesaria mi indicación para que saliera.

Cada vez fue preciso anunciar que la sesión era del niño.

Ya detrás de la puerta, esperaba angustiada el primer grito o llanto para volver a entrar.

Intenté trabajar con Alberto ubicando a la madre en un lugar alejado del consultorio. Solicité que se mantuviera en silencio, abstinente, para permitir al niño jugar conmigo. Irma intervenía continuamente: "Vení, sentate acá"; "Jugá con los chiches"; "No le tires el pelo a la Dra."

Fueron unos pocos entrevistas: pronto este difícil inicio de tratamiento quedó interrumpido.

En la historia de Collodi, el trozo de madera gritaba "No me golpees tan fuerte"; "Ay, me has hecho daño"; "Déjame, me estás haciendo cosquillas". Maese Cereza escuchó los gritos. No fue sordo a esa voz. Dijo "Como un niño" y salió a buscarle un padre: Gepetto.

También yo escuché a un niño. Porque creí demasiado a la mamá, erróneamente, busqué al médico para que fuera un padre. Porque su palabra era la única autorizada para Irma, me dirigí a él para que hiciera posible el tratamiento.

Se realizó una reunión con todos los especialistas que atendían a Alberto. Cada uno de los profesionales explicó, desde su disciplina, que el



cuadro orgánico no justificaba la patología. Se apeló a la "psi". Fui convocada a hablar: me preguntaron por el diagnóstico de la madre.

Hablé del niño: no me parecía tan grave como a ellos. No era un chico autista. Sonreía, fijaba la mirada, decía algunas palabras, se interesaba por los juguetes.

Insistí en mi diagnóstico: es un niño. Sin embargo no encontraba la forma en que mi palabra tuviera algún peso para los médicos, condición necesaria para poder operar sobre prestadores de salud (1). Como efecto de esta reunión otro psicopatólogo fue solicitado para efectuar un diagnóstico familiar.

A pesar de todo, pocos meses después Irma volvió a pedirme una nueva entrevista porque la "mandaba el Dr. C."

Nuevamente propuse comenzar un tratamiento con el niño. Pero esta vez había decidido tomar el toro por las astas: no lo atendería si la madre no dejaba los juguetes en el Servicio. Para que fuera posible un tratamiento, la madre debía ceder algo: una caja con juguetes que llevara el nombre del niño y el mío, para poder empezar a escribir otra historia.

Irma no llevó al hijo a la entrevista. Días después los médicos solicitaron mi presencia en la sala donde había sido internado a causa de desnutrición (grado I: 10% por debajo de su peso) y de la grave patología del vínculo madre-hijo.

Los médicos aceptaron inmediatamente, creo que con alivio, mi propuesta: el Equipo de Internación de Psicopatología se haría cargo del caso (2).

La mamá confiaba en el Dr. C., el Dr. C. en el equipo de internación, y el equipo me confió el tratamiento individual.

Había encontrado quién me autorizara. Ahora sí, podía comenzar a jugar con Albertito.

II: Un llamado al padre

"Gepetto era muy iracundo. Ay de quién lo llamara Pinocho. De inmediato se ponía hecho una fiera"

"¿Ud. es la psicóloga? Desde ya le aviso que estoy muy nervioso. Agradezco que acá sean todas mujeres. Estoy buscando a un médico hombre para romperle la cara. Nadie me dice qué tiene mi hijo". De esta forma se presentó Alberto, 30 minutos después de la hora acordada para la entrevista a la cual había sido citado. Al lado, el niño, sondado, lloraba. Alberto se negaba a mantener una entrevista en el consultorio de la Sala. A viva voz, insultaba a los médicos. Ofrecí conversar en otro lugar: el Servicio de Psicopatología. Irma concurrió, llorando avergonzada. Su marido había sido expulsado de la Sala con ayuda de la policía. Fuí a buscarlo: lo encontré amenazando a la gente, insultando a los médicos, al hospital, al país. Era necesario correrlo de ese lugar de expulsado, ubicarlo como padre.

"Su hijo está enfermo. Yo soy la psicóloga que lo atiende. Hace un año que lo estoy esperando y sólo dispongo de media hora". Me siguió al consultorio, donde me gritó y amenazó durante largo rato. La policía interrumpió varias veces la entrevista: querían llevarlo, lo consideraban peligroso. Sólo intervine cuando se calmó: "Ud. Alberto, grita mucho pero nadie lo escucha".

Angustiado, comenzó a hablar de su hijo, de su mujer, de su madre. Relató su historia. Se quejó de la nula importancia que su palabra tenía para la dupla constituida por su mujer y su suegra.

Contó lo siguiente: antes del nacimiento del hijo, había regalado un hamster a su mujer, amante de los animales. Al tiempo, éste comenzó a deshidratarse: había sido envenenado. Creía que el autor del crimen había sido el dueño del ho-

tel donde vivían o el suegro, celoso de que hubiera sido Alberto y no él quien había regalado el hamster a Irma. Desde su trabajo llamó a su mujer por teléfono para informarse sobre la evolución del animalito, quien se encontraba cada vez peor a pesar de los cuidados otorgados y de las consultas al veterinario. Su mujer le respondió que ya había muerto. Entristecido, se lamentaba por el dolor que Irma tendría. Pero para su sorpresa, al volver al hogar comprobó que el animal aún respiraba. Descargó su odio contra su mujer, recriminándole no haberlo observado correctamente, dándole por muerto aún en vida. Terminó su relato diciendo que su propia madre, al conocer luego lo sucedido, había sentido: "Tené cuidado con esa mujer. Si dejó morir así al animalito que quería tanto, ¿qué va a hacer cuando tenga un hijo?"

El oráculo había sido enunciado.

Su madre, con quien había tenido pésima relación, era inculpada de una gran parte de sus padecimientos. Después del fallecimiento de ésta —hacia un año— comenzó a beber, a "mamarse". Ella había sido alcohólica "de toda la vida".

De su mujer decía que era "una idiota", "pegaba a su madre". Hablaba siempre de "ellas", en plural. El era el único que no la había considerado "un cacho de carne": él le había dado una libreta de casamiento.

Al final de la entrevista me preguntó qué hacer ya que la policía no le permitiría el ingreso a la Sala. Le ofrecí acompañarlo. Aceptó(3).

Comencé a atender diariamente a Alberto en presencia de alguno de sus padres. A pedido mío, era en general el papá el que asistía a las entrevistas. Después de algunos días comuniqué a los padres que Tito entraría solo a sesión. Ellos no estaban muy convencidos. Me comprometí a llevarlo si lloraba mucho. Los despedí diciéndoles "no se preocupen, yo no como niños".

Con temor dejaron al hijo en el consultorio. Alberto lloraba y gritaba desesperado. Era necesario llamar al padre. Tomé un teléfono de juguete y hablé: "Hola, papá. Es Alicia Estoy con Tito, que está llorando. ¿Qué le digo? Muy bien, chau papá".

Dirigiéndome al niño, que había dejado de llorar y miraba sorprendido, dije: "Tito, hablé con tu papá. Dijo que vos y yo vamos a jugar acá. Tu papá y tu mamá están afuera y después te van a venir a buscar".

Comenzamos a jugar con agua. Le era necesario "emPAParse".

Algunos días después el padre me solicitó que no permitiera al niño jugar con agua ya que estaba resfriado. Cuando me pidió, como todos los días, que le abriera la cantina, respondí: "Papá dijo que no podemos". Le ofrecí agua de la cantina imaginaria. La aceptó sonriendo. Muchas veces durante la sesión repetió "papá no" mientras con su dedo imitaba mi gesto.

Este espacio de ficción que abrimos para jugar a tomar agua fue posibilitado por un "no", por una prohibición enunciada en nombre del padre. Podemos sostener que el padre había escuchado el llamado.

Durante el primer tiempo del tratamiento Albertito hablaba por teléfono con su papá. A veces comía, en general se encontraba con la comida, y por sobre todo jugaba a prenderse de mi mirada.

"¿Dónde está Albertito?, ¿dónde está el nene? No está en el cajón, no está en mi cartera, no está aquí, no está allá. ¡Aquí está!".

Comenzó después a guardar juguetes en un cajón y a preguntar por ellos. Yo debía buscarlos.

Muchas veces Alberto decía "mamá" y comenzaba a llorar, dirigiéndose a la puerta. Estas escenas eran en ocasiones posteriores a una caída pero con frecuencia no parecían motivos más que en el recuerdo repentino de la ausencia de su madre(4).

Poco a poco su grito desesperado nombrando a quien comenzaba a estar ausente, fue convirtiéndose en un juego.

Analista: "¿Dónde está mamá? ¿estará dentro de la caja de los juguetes? ¿detrás de la silla? ¿dentro del cajón? ¿dónde está mamá?".

Cada día, algunas veces por sesión, durante varias semanas, el teléfono permitió poner en escena el llamado al padre. Logró siempre poner un límite al llanto y el reingreso al circuito del juego, allí donde el placer lúdico había sido interrumpido por ¡mamá!

III: Una madre abre la boca

— "¿Es muy grande esa ballena?— preguntó Pinocho, que ya empezaba a temblar de miedo.

— ¿Que si es grande?— replicó el Delfín. Para que puedas hacerte una idea, te diré que es más grande que una casa de 5 pisos; y que tiene una boca tan

ancha y profunda que podría tragarse cómodamente todo un tren con la máquina encendida.

-¡Mi madre!- gritó el muñeco".

"El nene no me come", "el nene no me aumenta de peso"

En ambas frases una palabra, "me" está de más. Ante mi pregunta Irma respondía: "Es una forma de decir". Algunas veces intenté hacer de esto un chiste: "¡Qué suerte que no la come, si no, se quedaría sin mamá!". Su respuesta, contundente, le obligó a espetar: "No me cargue, Dra."

Alguna vez respondí: "Es cierto, es un forma de decir. La suya. ¿Acaso Ud. cree que no tiene importancia la forma de decir?" Irma respondió que no entendía, que no sabía qué quería decir yo.

"El nene no me come". La mamá es un objeto a ser comido.

"El nene no me aumenta de peso". La mamá es un objeto a ser engordado, cargado.

"Qué rico está Albertito, está para comérselo", "este chico es una piraña".

Frases que insisten y ubican al niño. El es una boca-piraña que come Madre o pura carne para aumentar el peso de la mamá. A este horror jugamos con Tito.

Esta frases hablan de algo que está más allá, más allá de lo permitido, más allá del principio del placer: de un goce sin límite que pide siempre más, porque nunca alcanza, porque no tiene medida.

"Yo no digo mucho, pero que suba 10 gramos por día". "Yo lo quiero más gordito". "Los médicos ya no saben cómo explicarme que no importa el peso".

Un día Irma comentaba que el nene estaba tanto "Más lindo, más grande". Mi respuesta: "Sí, la verdad es que está precioso", la atraganta, la hace toser. Fue ésta la primera vez que alguna intervención mía produjo en ella tanto efecto. Y este efecto es sobre el cuerpo. Hay algo que ya no puede seguir tragando: el "Qué precioso" recubre la carne. Ya no se trata de nueve kilos y medio de carne, sino de un niño. Comienza a escupirlo.

Pinocho, una vez que ha sido tragado por la ballena, debe lograr que éste abra la boca para escaparse. Esta es toda la cuestión.

Cuando el hijo comenzó a hablar más, la madre comentó: "tiene cada



salida que me deja la boca abierta". También hay que lograr que ella abra la boca para que el chico tenga alguna salida.

En una ocasión Irma se quejaba de que los médicos no daban importancia a que el niño no aumentara de peso: "aquí va a pasar como en el cuento del lobo", amenazó Alicia: "¿Cómo es ese cuento?" Irma: Un lobo venía avisando que le faltaban corderitos pero nadie le creía. Después los campesinos se dieron cuenta de que tenía razón el lobo, pero ya era tarde, ya se los había comido.

Alicia: ¿Quién se los comió?

Irma: El lobo...

Alicia: Ya entiendo. El que avisa es el mismo que se los come. Pero, ¿cómo puede ser que hayan dejado al lobo para cuidar a los corderitos?"

Al tiempo se quejaba del marido: "Cuando se enoja parece que se come a los chicos crudos, pero después no pasa nada". Aunque continúa hablando, su sonrisa y la aceleración de su hablar marcan que se había escuchado.

Alicia: "¿Así que su marido se come a los chicos crudos?... ¿sabe que esto me hace acordar al cuento del lobo que me contó el otro día?"

Irma: ...sí... ¿no?"

En una entrevista la mamá me pidió que los médicos realizaran estudios de sangre al niño: me explicó que me lo solicitaba a mí ya que ellos, ante cada pregunta o demanda, respondían que hablara "con psicopatología". Me comprometí a plantear su pedido en el equipo. Cuando le confirmé que los análisis serían realizados, respondió: "Ud. es Dios, Ud. lo consigue todo". La respuesta fue la siguiente: "No soy Dios pero sé cómo curar a su hijo: hable". Comenzó a relatar escenas de su infancia.

Comienza a ceder al hijo. El reiterado "Vengo porque me manda el Dr. C.", es reemplazado por un "Es por tu bien" dirigido al hijo y a ella misma cada vez que cierra la puerta del consultorio, dejando al niño conmigo.

Una madre abre la boca y escupe cosas, que, ya fuera, son un niño, para entregarlo a quien ella supone que sabe, a quien ella supone que puede, porque alguna relación entre, por un lado, los padecimientos del hijo, y por el otro, sus propios decires, comienza a anudarse como efecto de mis intervenciones. A esto se llama Transferencia.

IV: Allí donde eso estaba, un Sujeto cabe advenir.

-“Quiero a toda costa convertirme en un niño. Me lo has prometido ¿verdad? -Te lo he prometido y ahora depende de tí” (Diálogo entre el hada y Pinocho)

En un principio: una apuesta personal por la posibilidad de que los instrumentos con que contamos, los conceptos freudianos, pudieran ser utilizados para escribir otra versión de esta historia.

Una decisión: analizar a Albertito; oponer al oráculo, el deseo de sostener el deseo.

Y una posibilidad: la de seguir retomando mis preguntas acerca de los oráculos, el juego, la transferencia.

No sólo para Albertito son éstas cuestiones de vida o muerte.

En esta apuesta no se trata de optimismo, confianza o fe. Se trata de tomar la palabra para escribir otro cuento que surge del juego con Albertito. Allí donde se privilegia el peso de la palabra y no el del cuerpo.

Albertito, al ser dejado en el consultorio introduce los dedos en el espacio entre la puerta y el marco. Lloro y grito "mamá".

Alicia: "Ya sé por qué llorás, Tito. Tu mamá se fue y se llevó tus dedos. ¿Qué vas a hacer ahora? ¿dónde estarán tus dedos? Le voy a preguntar a papá. (Llamo por teléfono). Papá ¿vos sabés dónde pueden estar los dedos de Tito? Tito, no llores, tu papá dijo que tus dedos están en el cajón (los busco y se los pongo). ¡Qué suerte que papá sabía dónde estaban tus dedos!"

Todos los días, varias veces por sesión, durante varios meses, el ni-

ño deja de llorar y sonríe cuando recupera sus dedos. En algún momento –¡al fin!– al cerrar su madre la puerta del consultorio, coloca sus dedos en el agujero, me mira sonriente, me pide sus dedos. Ya se trata de un juego.

El niño comienza pronto a investigar otros agujeros: los pequeños orificios de sus juguetes, su nariz, la mía, donde coloca varias veces una sonda(5). También introduce galletitas, monedas, papelitos, en pequeñas aberturas que encuentra en los juguetes y objetos del consultorio.

Los huecos, los espacios vacíos, los agujeros, dejan de ser el lugar donde queda atrapado llamando a la mamá, padeciendo. Comienzan a ser lugares donde se puede jugar.

Una vez, llorando, introduce su dedo en la boca. Chupetea. Se calma.

Alicia: "¡Qué suerte que tenés un dedo para chupar! Yo también tengo uno, mirá". (Me chupo el pulgar también yo).

Una zona erógena es abierta por la palabra.

Al tiempo, Alberto descubre los bolsillos de mi abrigo. Introduce allí sus manos. Le digo que ahí no puede, que papá dice que no. Insiste. Me transformo entonces en un monstruo que muestra sus dientes y corta sus manos, sus orejas, sus ojos, su boca. Lo voy comiendo.

Alicia: "¡Qué rico el nene! Tiene gusto a banana, a carne, a caramelo, a yogur".

Alberto, pícaramente, sonríe cada

vez que intenta entrar al lugar prohibido.

Alicia: "¿Querés que salga el monstruo que come nenes?"

Tito: "Sí".

Lo he devorado decenas de veces. Algunas lo cocino, otras lo como crudo. Siempre relatando lo que hago: "Soy el monstruo. Voy a comer al nene. Le pongo sal, le pongo chocolate", etc.

Una vez, después de comer, duermo la siesta. Las brujas y gigantes de todos los cuentos infantiles que yo había leído siempre dormían la siesta: ése era el momento en que los niños aprovechaban para escapar o preparar trampas. Al menos era así cuando yo era chica. Me despierto porque algo me golpea.

Alicia: "¿Quién me pegó?"

Tito: "El auto"

Comienza a engañarme.

Algunas veces se introduce juguetitos en la boca.

Alicia: "¿Estás comiendo?"

Tito: "Sí."

Alicia: "¿Qué comés?"

Tito: "Carne, mamá".

El día de la externación, después de cuatro meses, comienzo a atenderlo en un consultorio del Servicio de Psicopatología, ya no en el de la Sala. La madre había preparado una nueva caja con algunos de sus juguetes para dejar –ahora sí– en el Servicio. En todas las caras de la caja el nombre del hijo y el mío escritos: en algunas los nombres, en otras los apellidos. Usa también el diminutivo del niño. Un año atrás, cuando la caja le había sido solicitada, la mamá de Alberto enumeró los juguetes que traería y finalizó diciendo: "...Y le pongo mi nombre". La "piraña" había ganado su derecho al nombre propio, esa primera marca que otorga el lenguaje.

Muchas veces, de un juguete necánico Albertito decía "anda" o "no anda" según produjera o no un ruido determinado. Yo lloraba cuando no funcionaba y demostraba alegría cuando sí lo hacía. Pocos días después de la externación el niño toma su juguete. Dice que "no anda". Me lo entrega y agrega "abela".

Alicia: "¿La abuela no anda?"

Lloriquea dolorido.

Alicia: "La abuela anda".

Sonríe. Jugamos con esta oposición. Es él ahora quien se alegra o llora según mi enunciado.

Toma su juguete y lo introduce

en un orificio de la pared del cual no podemos rescatarlo. Le digo que perdimos el juguete. Alberto concluye: "Abuela no anda, mamá no anda, nene no anda".

Toma una silla. Dice "Mamá". La mueve hacia adelante y atrás, intentando el equilibrio de la misma sobre sus patas traseras. Cuando cae, digo "Mamá se cayó". Lloro. Propongo levantar la silla. Albertito la arrastra por el consultorio diciendo: "Chau mamá". Inmediatamente se acerca a mí e intenta sacarme un pendiente.

Algunas cosas comienzan a ser pérdidas irremediamente. En su lugar, vuelven las palabras que enuncian despedidas, que denuncian que aquello no puede sino no andar o andar mal.

Porque abuela y mamá pueden no andar, porque mamá puede caerse, porque Albertito puede jugar en su ausencia o despedirla; de mi cuerpo algo puede ser extraído para producir un vacío que intente ser llenado con amor. Ese día, cuando se va, me da por única vez –¡ay!– un beso. En este movimiento, del cual el amor es un efecto, podemos ubicar la transferencia en el análisis de este niño de 26 meses.

Posteriormente dos juegos han sido constantes.

El primero, que continúa la serie anterior, se inicia con una frase de Alberto: "Abela nana*". Ante mi pregunta, "¿La abuela tiene nana?", su llanto dolorido, ese llanto que sólo apareció ante la sanción de su frase "abela no anda" y la de la caída de la madre (silla), se termina cuando le entrego un remedio para la abuela. El lo acepta, lo lleva ante una nada que representa a la abuela y se lo entrega.

Comienza ahí la serie: "Mamá nana", "Nene nana", "Aia nana". Cada vez que dice "Aia nana", lloro quejándome de un dolor que cesa cuando el niño decide darle fin. Sus palabras me enferman y me sanan sucesivamente varias veces cada sesión.

Este juego tiene su lejano origen en las primeras entrevistas, cuando, a los once o doce meses, Alberto se dedicaba a tirarme del pelo. Al comienzo del tratamiento –ya durante la internación– las sesiones se iniciaban siempre con estos tirones a los que

* Argentinismo por tener dolor, estar enfermo.



yo respondía: "¡Aia!, me duele. Albertito me tira del pelo y me duele".

Mi nombre -Aia- es mantenido desde entonces por Alberto; nombre que remite a ese lugar de padecimiento que queda de mi lado; y que lo ubica del otro, activo, produciéndome dolor, produciéndome objeto. "Aia", "eso", es el lugar del analista en este análisis.

El otro juego es el siguiente: con el tacho de basura en la mano, a la que él nombra como "pela", debo quedarme fuera del consultorio. Cierra la puerta. Grita "Aia, la peta, abí". Otras veces, cuando no dice que abra, pregunto quién lo hace, y él responde "el nene". El ya puede abrir solo la puerta... ¿para ir a jugar?

Yo me he convertido en alguien que está dispuesta a sostener la "pela" (pelela) para recibir sus cacas.

Un espacio de ficción ha sido abierto. Un espacio de "mentiritas" que tienen efecto en lo real del cuerpo.

Según el hada de Pinocho, "las mentiras se reconocen enseguida, porque las hay de dos clases: las mentiras que tienen las patas cortas y las mentiras que tienen la nariz larga".

En psicoanálisis nos interesamos por esas mentiras, por esos engaños, por esos juegos de palabras que constituyen la realidad psíquica.

Son ellas las que encadenan a los oráculos. Y también las que desencadenan chistes, absurdos, paradojas, cadenas.

Volvamos a Pinocho.

"Entonces el juez les dijo a los guardias, señalándoles a Pinocho:

-A ese pobre diablo le ha robado cuatro monedas de oro; así que apresadlo y llevadlo enseguida a la cárcel.

El muñeco, al oír por sorpresa la sentencia, quiso protestar; pero los guardias para evitar inútiles pérdidas de tiempo, le taparon la boca y lo condujeron al calabozo. Allí tuvo que permanecer cuatro meses, cuatro larguísima meses; y hubiera permanecido aún más tiempo si no fuera por una afortunada casualidad. porque hay que saber que el joven Emperador que reinaba en la Ciudad de Atrapa-Bobos obtuvo una gran victoria sobre sus enemigos y ordenó grandes fiestas públicas, luminarias, fuegos artificiales, carreras de caballos y de velocípedos, y, en señal de gran júbilo, quiso que se abrieran todas las cárceles y que salieran de ellas los malandrines.

-Si salen de la prisión los demás,

también quiero salir yo- dijo Pinocho al carcelero.

-Ud. no -respondió el carcelero-, porque no es de esos.

-Lo siento -replicó Pinocho-; yo también soy un malandrín.

-En ese caso, tiene toda la razón -dijo el carcelero-; y, quitándose respetuosamente la gorra, lo saludó, le abrió las puertas de la prisión y lo dejó marchar".

Para concluir

Hay una canción de Pinocho que comienza diciendo que "... hasta el viejo hospital de los muñecos llegó un día Pinocho malherido". Cuenta que "al viejo cirujano llamaron con urgencia y con su ciencia pronto lo remedió" pero que los demás muñecos dijeron que "todo será en vano: le falta un corazón". Y termina haciéndonos saber que "entonces llegó el hada protectora, y viendo que Pinocho se moría, le puso un corazón de fantasía, y Pinocho, sonriente, despertó".

Un hada, según el diccionario, es "un ser fantástico que se representaba con forma de mujer y a la cual se atribuía poder mágico y el don de adivinar el futuro".

Pinocho se cura por la fantasía, esa Otra realidad que se constituye en los niños, en el juego.

Es el juego el que a la vez lo ubica como niños para los adultos.

Albertito, como dijo su mamá cuando él cumplió dos años, "ahora es un nene". Un nene que va "a la salita a jugar con las maestras" (Las psicólogas de la Sala de Juegos del Hospital).

En cuanto a la analista, ni hada ni monstruo: alguien que juega a ser, en la transferencia, aquello que es en cada momento y para cada quien sea necesario.

A veces le toca el papel de hada, otras el de monstruo.

Algunas, el de "eso", otras, el de Dios ■

Notas

1. Un elemento más venía a complicar la situación: no sólo mi opinión no coincidía con la de los médicos, sino que la derivación a psicopatología había sido realizada hacia un colega a quien el médico de cabecera conocía y en quien confiaba. Pero, cuestiones de instituciones, quedé en su lugar.
2. El equipo estuvo compuesto por terapeutas de pareja, coordinadora de Sala de juegos, adonde el paciente concurría durante todo el tiempo de internación -y donde almorzaba- y una administradora de la internación -encargada de la relación con la Sala y los médicos- además de la terapeuta del niño.
3. Durante la internación se produjeron innumerables incidentes con el padre. Las enfermeras y algunos de los médicos le temían. En una ocasión, luego de una escena de violencia, la madre solicitó le fuera negado el ingreso a la Sala al marido, quien se ausentó por varios días. El equipo de internación insistió continuamente en la necesidad de su presencia a través del trabajo con los médicos y en la terapia de pareja.
4. Este niño, desde el comienzo de la marcha, padecía de cierto desequilibrio motor. Las bruscas caídas, motivo de gran preocupación para la madre, fueron espaciándose durante los seis meses que lleva de tratamiento. Pero más importante aún, los fuertes golpes sucedidos por gritos y llantos, fueron dejando paso a caídas menos estrepitosas, seguidas por una frase: "nene cae". Este relato mínimo, breve, surgió después de una serie de escenas en las cuales debía ser la analista quien cayera y se golpeará. Posteriormente también los muñecos sufrieron este destino, para regocijo de Albertito.
5. Desde el día de la internación Alberto fue alimentado a través de una sonda nasogástrica, mantenida durante casi dos meses.



HOSPITALIZACION DE PACIENTES EN EL

HOSPITAL "J. T. BORDA" DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

(ANALISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LAS VARIABLES INTERVINIENTES)

Resumen:

Este trabajo muestra la problemática de la Admisión en el campo de los sistemas hospitalarios psiquiátricos mediante el análisis de diversas variables. Tratando de esclarecer de qué manera se pueden superar estos inconvenientes de Admisión, se realiza mediante el estudio de índices estadísticos y entrevistas, un estudio de los obstáculos judiciales, burocráticos, sociales, familiares, etc.

Palabras clave: Admisión de pacientes - Sistemas psiquiátricos - Variables sociales y judiciales en la hospitalización psiquiátrica.

HOSPITALIZATION OF PATIENTS AT "JOSE T BORDA" NATIONAL HOSPITAL IN BUENOS AIRES

Abstract:

The following work intends to show the nowadays admittance problematic, determined by the study of a number of items in the field of the psychiatric hospital systems. Trying to lead us to a remarkable achievement of the psychiatric develop, a professional group of the Jose T. Borda Neuropsychiatric Hospital, show us through statistic elves and interviews; some of the judicial, burocharatic, social, familiar, etc., obstacles; as well as a way to succeed this reality.

Key words: Admittance problematic - Field - Psychiatric hospital sistems.

HOSPITALISATION DE PATIENTS A L'HÔPITAL "J. T. BORDA" DE BUENOS AIRES

Résumé:

Ce travail décrit les variables en jeu dans la problématique de l'Admission dans le domaine des systèmes hospitaliers psychiatriques. Les auteurs tentent d'éclaircir les problèmes et proposer des recours pour surmonter les inconvénients de l'Admis-

sion de patients. Un tel objectif est analysé à l'aide de calculs statistiques et d'entretiens avec les malades dans lesquels sont signalés les obstacles judiciaires, sociaux, familiaux, bureaucratiques, etc., liés à l'admission.

Mots clés: Service d'Admission - Systèmes psychiatriques - Variables sociales et judiciaires dans l'hospitalisation psychiatrique.

El presente trabajo, se basa en el relevamiento de 150 casos que ingresaron entre los meses de abril y junio del corriente año a nuestro Hospital.

I. Definición de las variables tomadas en consideración para la investigación propuesta

a. Procedencia

Se analiza la procedencia, en correlato con la ley 22.914 la cual estipula cuatro modalidades de ingreso que son: judicial, policial, de urgencia y por autointernación.

La modalidad policial se integra en la judicial, debido a que, cuando el paciente es traído por la Policía, siempre hay intervención judicial.

Cuando es la familia o un sustituto de ella, quien decide la internación del paciente se la denomina de urgencia.

Se entiende por autointernación, cuando es el paciente quien por sus propios medios llega al Hospital.

b. Domicilio

Se agruparon los lugares de residencia en tres zonas: Capital Federal, Gran Buenos Aires y otras provincias.

Juan José Gaudio*
Jorge Hernán Penido**
Marta Sandra Gutiérrez**
Andrea Curcio***

c. Edad

Se dividió a la población en tres grupos: el primero abarca los pacientes que tienen entre 18-40 años de edad; el segundo entre 41 y 60 años de edad y el tercero los pacientes mayores de 60 años.

d. Nacionalidad

Se toman en cuenta tres nacionalidades: argentina, latinoamericana y de otros países.

e. Familia o Sustituto

Se considera (según lo refiera el paciente) si posee familia o no, y dentro de los que refieren tenerla, qué porcentaje convive con ella.

f. Trabajo u Ocupación

Entendemos por esta variable, toda tarea remunerada que el paciente haya realizado en el último año.

g. Internación-Reinternación

En el ítem internación se evalúa el porcentaje de pacientes que ingresa al Hospital por primera vez.

En el de reinternación se evalúan las sucesivas internaciones de los pacientes, tomando hasta la cuarta (4°) reinternación.

* Médico Psiquiatra. Jefe del Servicio 30, Guardia y Admisión.

** Lic. en Psicología (U.K.). Psicólogos concurrentes. Servicio 30, Guardia y Admisión.

*** Estudiante de Psicología.
Hosp. "J.T.Borda", Ramón Carrillo 315, Buenos Aires, Argentina. Tel.: 42-2728

Cuadro 1

(Porcentajes: 150 casos)

Procedencia

Judicial	61,3%
Urgencia	32,6%
Autointernación	6,0%

Cuadro 2

(Porcentajes: 150 casos)

Domicilio

Con domicilio	Sin domicilio
86,6%	13,3%
Gran Bs. As.	47,7%
Capital	46,4%
Provincia	6,1%

Cuadro 3

(Porcentajes: 150 casos)

Edad

• 18-40 años	73,3%
• 41-60 años	22,6%
• + 60 años	4,0%

Cuadro 4

(Porcentajes: 150 casos)

Nacionalidad

• Argentino	90,6%
• Latinoamericano	6,6%
• Otros	2,6%

Cuadro 5

(Porcentajes: 150 casos)

Familia

Con familia	Sin familia
91,3%	8,6%
Conviven	68,6%
No conviven	31,4%

h. Causa o motivo de internación

Este ítem pretende evidenciar el motivo que origina la llegada del paciente al Hospital. Agrupamos las causales en:

• **Descompensación Psiquiátrica:** dentro de ella reunimos los siguientes subítems:

- **Episodio violento:** englobamos en él a todos aquellos pacientes, cuya causa de ingreso al Hospital tuvo que ver con violencia hacia sí mismo o hacia terceros.

- **Episodio delirante:** En él agrupamos a los pacientes en los cuales, la manifestación de un delirio fue la causa de su internación.

- **Episodio Psicótico agudo:** En él se incluyen todos aquellos pacientes con descompensaciones psiquiátricas agudas que no presentaron episodios de violencia o cuadro delirante al momento de su ingreso al Hospital (ej.: alucinación, insomnio, etc.).

- **Alcoholismo:** Englobamos bajo este término a los pacientes que al momento de su internación presentaban un episodio alcohólico agudo o subagudo y también a aquellos que se encontraban con intoxicación alcohólica y/o con alcoholismo crónico.

- **Episodio confusional.**

- **Intento de suicidio.**

- **Fuga o abandono del hogar:** entendido como signo psiquiátrico (conducta observable en la esquizofrenia, la epilepsia, la oligofrenia, etc.).

• **Vagancia:** Este ítem está directamente relacionado con una causa social, en la cual se agruparon todos aquellos pacientes que llegaron al Hospital (generalmente traídos por la Policía) por haber sido encontrados deambulando en la vía pública, sin dar ningún tipo de referencia.

Si bien estas personas pueden ser portadoras de enfermedades psiquiátricas crónicas, no se justifica su internación en nuestro Hospital.

• **Causa penal:** Son aquellos pacientes, declarados inimputables, después de haber cometido un delito. Se trata de personalidades antisociales, es decir, que presentan trastornos no psicóticos de la personalidad.

• **Traslado desde otras instituciones**

i. Diagnóstico Presuntivo

Se toman los diagnósticos de uso

común en el Hospital que son: Esquizofrenia, Síndrome Delirante, Alcoholismo Crónico, Episodio subagudo y agudo en el curso del Alcoholismo crónico, Personalidad Psicopática, Debilidad Mental, Dependencia a Drogas, Síndrome de Excitación Psicomotriz, Síndrome Epiléptico, Síndrome Demencial, Síndrome Depresivo, Síndrome Confusional, Trastorno de personalidad no especificado en otros ítems y Psicosis Maníaco-depresiva. (Cuadro 9)

II. Análisis de las variables enunciadas en I

Al analizar el ítem de procedencia (Cuadro 1) encontramos que un 61% del ingreso se produce por disposición judicial que, en nuestro hospital es una causa de internación no rechazable. El 40% restante está integrado por un 6% de autointernación y un 33% de urgencias.

¿Qué importancia tiene que un 61% de los ingresos tenga procedencia judicial? Por un lado la imposibilidad de rechazar estas internaciones, es decir, que las mismas no dependen exclusivamente del cuadro psiquiátrico y por otro lado la imposición de un ingreso irrestricto que no toma en cuenta los recursos humanos y materiales de que se dispone (ej.: dotación de camas).

Sobre el 40% restante se perfila cierto fenómeno de extensión, observando que se internan distintos casos, sin un adecuado criterio. Esta franja sí permite la decisión de admisión por parte del profesional de guardia.

Pasando al análisis de la 2ª variable, que tiene que ver con la zona de residencia del paciente (Cuadro 2), el análisis de las cifras nos muestra que un 87% de los pacientes internados refieren algún domicilio, mientras que un 13% no fijan lugar de residencia.

Del 87% que posee domicilio, un 48% vive en el Gran Buenos Aires y un 6% proviene de otras provincias, lo que nos deja, para residentes en Capital Federal, sólo un 46%. En consecuencia se constata que más del 50% de los casos provienen de zonas sobre las cuales el Hospital, actualmente, no tiene jurisdicción.

Este dato cobra particular importancia en la actualidad por cuanto el hospital está bajo la administra-

ción de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Debe tenerse en cuenta que en la provincia de Buenos Aires existen desde hace tiempo dos grandes hospitales psiquiátricos, uno para hombres: el Hospital "Melchor Romero" en Alejandro Korn y otro para mujeres: el Hospital "Estévez" en Lomas de Zamora.

Al protocolizar la edad de los pacientes (Cuadro 3), observamos que la población está integrada por un 73% de adultos jóvenes, en etapa productiva, que tienen entre 18 y 40 años. Este mayor porcentaje correlacionado con el diagnóstico de ingreso, nos muestra una coincidencia entre el diagnóstico y la edad (ej. esquizofrenia en edad productiva)

El resto de los pacientes se agrupan en un 23% que tienen entre 40 y 60 años y un 4% de más de 60 años.

En cuanto a la nacionalidad el muestreo arroja un 91% de argentinos, un 7% de latinoamericanos y un 2% de otras nacionalidades (Cuadro 4)

Los datos sobre la composición familiar se obtienen por referencia de los pacientes (Cuadro 5). Del 100% consultado el 91% refiere tener familia, pero sólo el 69% convive con las mismas. Un dato relevante lo constituye el hecho de que sólo la mitad aproximadamente de los que refieren convivir con sus familias llegan acompañados por algún miembro de las mismas. Se establece, entonces, que convivencia no implica continencia.

Por otro lado cabe consignar que un 9% refiere no tener familia y un 31%, como se consigna antes, no convive con ellas.

Al hacer un correlato entre el trabajo y la cobertura social (Cuadro 6), los datos nos muestran que el 57% de los pacientes mencionan haber trabajado en el último año.

Prácticamente ninguno de ellos contaba con una cobertura social, salvo un pequeño porcentaje de pacientes mayores de 60 años que cuentan con PAMI (Plan de Asistencia Médica Integral otorgado por el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados).

Esto permite establecer que los trabajos a los que hacen referencia son del orden del subempleo o de empleos independientes y/o transitorios.

El 43% refiere no haber realizado

ningún tipo de trabajo en el último año.

Tomando en cuenta la variable: internación-reinternación (Cuadro 7) se constata que los pacientes que ingresaron por primera vez, constituyen el 61%, mientras que el 39% corresponde a las reinternaciones en total. Teniendo en cuenta que el 21% corresponde a una 1° reinternación (RI); el 10% corresponde a una 2° RI; el 3% corresponde a una 3° RI y el 5% corresponde a una 4° RI.

Puede establecerse correlacionando este ítem con las variables procedencia y familia que hay un franco predominio del ingreso por vía judicial: la familia recurre a una instancia judicial para que ésta tramite la reinternación.

Con respecto a la causa o motivo de internación (Cuadro 8), observamos que del total de casos el 73% presenta un cuadro de Descompensación Psiquiátrica que se ajusta a las características de internación de nuestra institución; mientras que el 27% restante se reparten en los siguientes ítems: 13% Vagancia; 8% Causa Penal y 6% Traslado de otras Instituciones. Si bien alguno de estos casos pueden presentar patología psiquiátrica no necesariamente corresponde su internación en nuestro Hospital.

El 72% del total de diagnósticos presuntivos está constituido por Esquizofrenia, Síndrome delirante, Alcoholismo crónico y Personalidad Psicopática.

Entre Alcoholismo crónico y Personalidad Psicopática, encontramos un 17%, más un 5% de Dependencia a drogas que en total suman un 22% que no debería ocupar camas

Cuadro 6

(Porcentajes: 150 casos)

Trabajo u ocupación en el último año

Con trabajo	Sin trabajo
57,3%	42,6%

Cuadro 7

(Porcentajes: 150 casos)

Internación - Reinternación

Internación	60,6%
Reinternación 1	21,3%
2	10,0%
3	2,6%
4	4,6%
+	0,6%

Cuadro 8

(Porcentajes: 150 casos)

Causa de Internación

• Descompensación Psiquiátrica	72,6%
- Episodio Violento	27,5%
- Episodio Delirante	25,5%
- Episodio Psicótico agudo	20,2%
- Alcoholismo	10,1%
- Intento de suicidio	8,2%
- Fuga	4,6%
- Episodio Confusional	3,7%
• Vagancia	12,6%
• Causa Penal	8,0%
• Traslado de otras Instituciones	6,6%

Cuadro 9

(Porcentajes: 150 casos)

Diagnóstico Presuntivo

Esquizofrenia	38,6%
Síndrome Delirante	14,6%
Alcoholismo Crónico	10,0%
Apisodio Sub-agudo y Agudo en Alcoholismo crónico	2,0%
Personalidad Psicopática	8,6%
Debilidad Mental	4,6%
Dependencia a drogas	4,6%
Síndrome de Excitación Psicomotriz	4,0%
Síndrome Epiléptico	4,0%
Síndrome Demencial	2,6%
Síndrome Depresivo	2,0%
Síndrome Confusional	2,0%
Trastorno de personalidad no especificado en otros ítems	1,3%
Psicosis Maníaco-depresiva	0,6%

en nuestro Hospital. Muchos de estos casos no ingresarían de no mediar una disposición judicial, por cuanto no se trataría de crisis o episodios psicóticos agudos.

III Conclusiones

La falta de una mejor contención familiar y social, deja al enfermo mental en un alto porcentaje de casos, librado a su propia suerte; o a la intervención de instituciones oficiales (Policía-Juez).

Se observa que en los casos de internación (primera o sucesivas) hay un franco predominio de procedencia judicial; lo que se puede interpretar como que el grupo familiar y el cuerpo social depositan en esa institución la tarea de internación y externación del paciente sabiendo que su solicitud de hospitalización del paciente no va a sufrir rechazo.

Cabe destacar, dentro de las internaciones judiciales, las que específicamente realiza la Justicia Penal con un 8% sobre el total de los ingresos.

Estos pacientes suelen requerir largos plazos de internación a disposición del juez interviniente en razón del tiempo de tramitación de la causa y no del estado psiquiátrico, lo que muchas veces determina que el paciente deba permanecer varios meses internado, hasta que haya una resolución del proceso judicial, con todos los inconvenientes que esto implica, ya que muchos de estos pacientes son casos de personalidades antisociales, no psicóticos.

El progresivo incremento de casos judiciales no aceptados en otras

instituciones, se canalizó hacia nuestro hospital, que por otra parte no interpuso normas adecuadas para racionalizar su ingreso el cual se convirtió progresivamente en irrestricto.

La falta de Instituciones intermedias a su vez impide una distribución más equitativa de los pacientes. Como resultado de este fenómeno el hospital se muestra, en muchos casos, impotente para brindar una asistencia adecuada no por carencia de idoneidad profesional, sino por falta de adecuación entre la demanda y los recursos humanos y materiales (por ej.: dotación/capacidad de camas) para satisfacerla.

IV Propuesta de solución

Lograr progresivamente un cuerpo normativo para el ingreso de pa-

cientes, que le permita a la Institución hacerse cargo de pacientes psicóticos descompensados para su internación, derivando a otras instituciones alternativas, la atención de los pacientes que no reúnan estas características.

Este cuerpo normativo debe contemplar dos instancias: una que se refiere a todos aquellos ingresos no judiciales, que permita sentar criterios exclusivamente desde y para la Institución y la otra, que comprende los ingresos por disposición judicial, requiriendo este tema el estudio conjunto con la Autoridad Judicial para adecuar la derivación que la misma realiza a nuestro Hospital.

Los autores de este trabajo piensan que es necesaria la acción de los Jefes de Servicios Asistenciales y de Apoyo en conjunto con la Dirección del Hospital y la Asociación de Profesionales para construir las bases de este cuerpo normativo ■



CEFYP

Centro de
Familias y
Parejas

asistencia
docencia
investigación

TERAPIA SISTEMICA APERTURA DE CURSO REGULAR 1993

DR. ADOLFO LOKETEK
Director General

Lic. MARIA ROSA GLASSERMAN
Directora de Asistencia

Informes e Inscripción
Salguero 2567 1° A.
Tel.: 801-3485 - 804-6394
(de 10 a 17 hs.)

VILLA GUADALUPE

CLINICA PSIQUIATRICA
Director: Dr. Eduardo Kalina

TRATAMIENTOS DE ABORDAJE MULTIPLE EN PSIQUIATRIA

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

- AMINOGRAMAS
- MINERALOGRAMAS
- TEST COMPUTARIZADOS
- POTENCIALES EVOCADOS

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS INTEGRALES

- MAPEO CEREBRAL (BRAIN MAPPING)
- ELECTROENCEFALOGRAMA PROLONGADO

INTERNACION Hoteleria de Primer Nivel

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



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

Scalabrini Ortiz 1963 • (1425) Buenos Aires • Tels. 72-0258 / 71-2766 Fax: (541) 71-2248

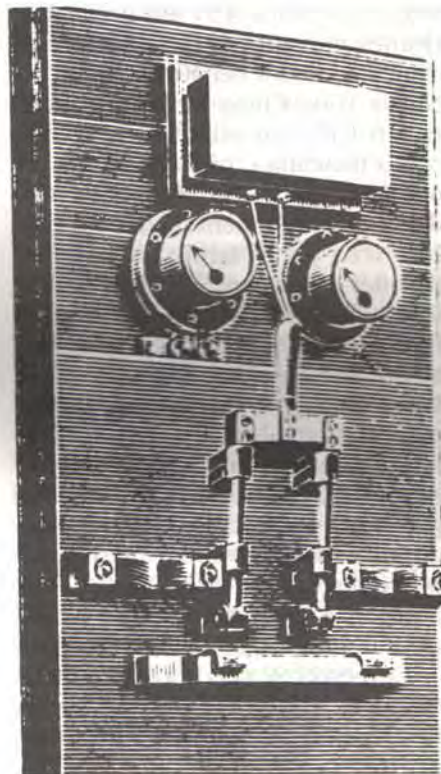
Breve historia de la droga y su manipulación

...El significante no tiene sentido sino en su relación con otro significante. Es en esta articulación donde reside la verdad del síntoma.

Jacques Lacan
(Lectura estructuralista de Freud)

La historia de las drogas está ligada a la historia del ser humano. Además de los datos históricos que atribuyen a griegos e hindúes el consumo por exigencias divinas, hay indicios sólidos acerca de la drogadependencia en los Antiguos, pues fósiles de semillas de adormidera (cultivada en el último milenio de la era precrisiana) fueron hallados en poblados lacustres prehistóricos de Suiza, aunque no se ha podido verificar si estos pueblos cultivaban las plantas para obtener esencias narcóticas o sólo semillas para fabricar aceite.

La Antigua Grecia ha dejado diversas descripciones sobre el uso de drogas entre la clase aristocrática. Una de ellas relata que al llegar Telémaco a Esparta, Menelao lo invita a un banquete. El hijo de Ulises narra a los comensales las desdichas que padece y sume a todos en una evidente tristeza ante la cual Helena ordena que les sirvan un brebaje que había recibido de la egipcia Polidamna. A los pocos minutos, relata Homero, "el nepente, bebida que produce olvido del dolor y del infortunio", sumerge en el júbilo a los



homenajeados. Ya en papiros egipcios del tercer milenio antes de Cristo se constatan referencias a la adormidera.

Otrora, religión, medicina y brujería eran una sola cosa, como hoy lo son para pueblos primitivos. Por lo tanto, no sorprende que drogas y brebajes hayan sido condenados por la iglesia cuando se los instrumentaba demoníacamente.

Así el Vaticano excomulga a adivinos, hechiceros, etc.; prohíbe indagar el futuro "y a quienes los consultaban" ordena "venderlos como esclavos en provecho de los pobres".

La gran mayoría de los profesionales de las Ciencias Ocultas perecieron en la hoguera.

Algunos relatos describen que los turcos empleaban cáñamo a fin de anestésiar a los jóvenes que eran castrados, "para servir al placer de los Señores". También se cuenta que tras cruenta batalla donde los turcos

Miguel Angel Materazzi*

de Mustafá II fueron vencidos por tropas europeas, los vencedores encontraron cadáveres que presentaban priapismo posmortem, atribuido al opio que consumían para infundirse valor.

A raíz de la fundación de colonias inglesas y francesas en Oriente, las drogas se difunden en Europa en forma de comederos y fumaderos de opio. Ya hacia 1750 existían en Inglaterra drogadependientes, algunos famosos como Lord Erskine, el Primer Ministro Sidmonth Addington y los escritores Samuel Taylor Coleridge y Tomás de Quincey, este último autoproclamado "Papa del opio" y autor de las "Confesiones de un fumador de opio". Cada lugar tomó la moda según su propio estilo: mientras los ingleses comían opio, los franceses lo fumaban en pipas y recostados en anchos sofás a la moda oriental. No sólo opio se consumía; muchos veteranos de la guerra de 1870 utilizaban morfina o sus derivados naturales, sobre todo el láudano.

Esto fue gestando la red de un comercio sumamente rentable en cifras millonarias a costa del drogadependiente.

En 1839, la "virtuosa" Reina Victoria ordena la invasión de China ante el decomiso de 1200 toneladas de opio que iban a ser contrabandeadas. El Parlamento defendió la medida expresando que era inoportuno abandonar una fuente de ingresos tan importantes como el monopolio de la Compañía de las Indias en materia de opio. En China, hacia 1850 ya había 2 millones de opiomanos, y en 1878 se calculó alrededor de 100 millones.

A fines del siglo XVIII el opio era

* Médico Psiquiatra. Prof. Ord. del Depto. de Salud Mental U.B.A. Director Asistente Hosp. "J. T. Borda". Presidente de A.P.S.A. Av. del Libertador 882, P.B. Bs. As. Tel.: 812-4567

ya conocido en USA, donde los médicos lo utilizaban como agente terapéutico, y recomendaban su empleo como analgésico en las enfermedades venéreas, cáncer, litiasis vesicular, disentería y hasta dolor de muelas. El doctor Benjamín Rush lo utilizaba en pacientes con fiebre tífica.

En 1883 John Liggins decía: "Los que favorecen el uso del opio sostienen que fumar esta droga no es peor que beber ginebra o whisky".

Los problemas de la dependencia se intensificaron y complicaron a partir de 1805, año en que se aisló la morfina. Sus propiedades, al igual que las del opio de donde procede, no llegaron a precisarse con exactitud. Este derivado (la morfina) es sumamente peligroso, pero los médicos no lo advirtieron e intentaron su administración para la cura del hábito opiáceo, lo que resultó suplantarse una dependencia por otra. Además, la morfina se popularizó muy pronto por su potencia, pues dosis de 60 mg. producen aproximadamente el mismo efecto que 600 mg de opio.

Hace algunos años las anfetaminas y luego el LSD 25 (ácido lisérgico) irrumpieron con éxito; las coloridas alucinaciones que provocan desplazaron a la morfina y la cocaína, sobre todo en los grupos pequeños de dependientes de alto poder adquisitivo; ahora la marihuana, los productos de la clínica cotidiana (medicamentos que poseen drogas euforizantes o depresoras) y en el sector de la niñez la "cola de pegar" (los tristemente famosos "bolseros que inhalan") son la norma. Pero no debe suponerse que con estas drogas se acabará la historia o que con ellas nos hundiremos en la decadencia; en ciertos laboratorios del mundo se continúa la búsqueda de productos sintéticos más potentes, como el S.T.P. que permite un "ascenso" de 8 horas y un "viaje" de 30.

Y no olvidemos que persiste la droga más difundida del mundo desde Noé hasta nuestros días: el alcohol, que en líneas generales habitualmente acompaña o es eje de las otras.

Lamentablemente, en la categoría C del código de armas ABC nucleares, biológicas, y químicas ya están incluidos numerosos productos neurotóxicos, paralizantes, asfixiantes, alucinógenos, etc., algunos de los cuales ya fueron utilizados en el Sudeste asiático.

¿Qué relación hay entre el consumo de drogas, la rebelión y la dominación? Droga y rebelión connotan

conceptos opuestos, que nos llevan a pensar si realmente las grandes potencias políticas y económicas desean terminar realmente con el consumo de las drogas. Un drogadependiente se rebela muy rara vez contra el traficante que lo provee; un país intoxicado nunca se enfrenta contra sus dominadores.

En una superpotencia de Occidente como EE.UU., al principio de la década de 1970 se manejaban estas cifras realmente alarmantes: 9 millones de personas fumaban marihuana; de éstas, 6 millones eran dependientes pertinaces y 3 millones, ocasionales; 450 mil norteamericanos consumían heroína, de los cuales alrededor del 40% residían en Nueva York. Cinco millones combinaban LSD con otros alucinógenos como mescalina, psilocibina, etc. El 6% de la población consumía asidua u ocasionalmente sedantes, barbitúricos y anfetaminas. Estudios llevados a cabo en 56.745 estudiantes de Dallas revelaron que el 28% había probado drogas de uso ilícito, el 8% había consumido más de 10 veces (abuso) y el 4% eran dependientes (dependencia). Dicha cifras hoy día se han duplicado. Según la Administración de Control de Drogas (DEA), unos 25 millones de estadounidenses consumen marihuana por lo menos una vez al mes, 22 millones han probado cocaína y cuatro millones son usuarios regulares.

Con respecto a la otra superpotencia, la ex URSS, aparentemente no tiene graves problemas con las drogas, pero el alcoholismo llega a niveles alarmantes y continúa en ascenso, pese a los esfuerzos de las autoridades. Parecería que se olvidaran de que tanto Marx como Engels y Lenin eran abstemios a ultranza y no confiaban en los compañeros que eran dependientes del alcohol, y hasta los veían como enemigos encubiertos de la revolución.

En nuestro medio, a principios del siglo el alcohol ocupó el primer lugar como dependencia y sólo pequeños grupos con alto poder adquisitivo consumían coca y morfina, como muy bien se ilustra en el cancionero popular. El consumo masivo de drogas llega después de la Segunda Guerra Mundial, cuando se introducen las anfetaminas que complementan muy bien al dependiente del alcohol; esta droga se infiltra principalmente entre el estudiantado terciario. Luego vemos cómo a mediados de los años 1950 y en la década de 1960 se emplean

productos de la clínica -marihuana, LSD 25- y en niños la inhalación de colas para pegar (derivados toluénicos). El consumo de alcohol se mantiene hasta llegar hoy a sumar aproximadamente 1.500.000 alcohólicos en todo el país, con 450.000 alcohólicos en el conurbano norte y sur. El total estimativo es de 2 millones de dependientes en general, incluyendo a los alcohólicos.

La Argentina debería mantenerse atenta a las derivaciones en su territorio, pues al estrecharse el cerco sobre algunas vías de acceso de drogas a los grandes mercados de consumo internacional, el norte y nordeste de la Argentina y el este y sur del Brasil y también Uruguay, se han convertido en algo más que puntos de mira de los narcotraficantes.

El dinero que produce el negocio de las drogas sólo puede ser comparado, en todo caso, con la "multiplicación de los panes", ya que desde que se cosecha la materia prima hasta que el producto es colocado en el mercado, su valor aumenta indefinidamente y de manera desproporcionada.

Así vemos que, por ejemplo, 10 kilos de opio en pasta en manos del campesino representa un ingreso de 360 dólares. Esos mismos 10 kilos de opio, convertidos en heroína y puestos en manos del distribuidor final en EE.UU., representan un ingreso de 2.400.000 dólares.

En el caso de la marihuana, la menos comercializada hoy por razones de volumen, riesgos y poca rentabilidad, un kilo para el campesino colombiano que la cultivó representa 9 dólares y el mismo kilo de "yerba", para el mayorista representa un ingreso neto de 650 dólares.

El negocio de la droga, y eso lo sabe el crimen organizado, es muy atractivo para todos los campesinos. En Bolivia, por ejemplo, un campesino sembrando papas o cualquier otra cosa, gana al mes 5 dólares; el jornalero que recoge la hoja de coca gana al mes 50 dólares sin correr riesgos porque se la compran a "puerta de finca", como llaman a esa transacción.

Esa coca es vendida a razón de dólar por kilo, con una rentabilidad por hectárea equivalente a 750 dólares. De ahí pasa a manos del primer procesador a quien un kilo ya procesado le representa 1.062 dólares y una ganancia aproximada de 437 dólares.

En el segundo proceso, cuando ya se ha obtenido la cocaína la ga-

nancia es de 1.500 dólares. Posteriormente el transportista de ese mismo kilo paga por el producto 8.500 dólares. Luego el mayorista en EE.UU., paga 52.500 dólares y la masa monetaria que genera el distribuidor de la calle alcanza el orden de 800.000 dólares.

Las ventas de narcóticos en EE.UU., el año 1985 alcanzaron cifras que oscilaron entre 50 y 60 millones de dólares de los cuales sólo de 2.000 a 4.000 millones retornaron a los "países exportadores", según informe del Departamento de Agricultura de EE.UU. Por otra parte, este organismo estima que la producción de cocaína, heroína y marihuana destinada a los mercados de EE.UU. y Europa está desplazando a la producción de alimentos en algunos países de América Latina.

Colombia es un ejemplo de la lucha contra la droga: en 1984 se capturaron 6.648 personas, se incautaron 23.530 kilogramos de marihuana, se dismantelaron 737 laboratorios, decomisando 265.362 galones de nafta para procesamiento de cocaína, 207.000 galones de éter, 66.151 galones de acetona, 19.156 galones de ácido sulfúrico y clorhídrico, 99.206 kilogramos de carbonato y se fumigaron 6.481 hectáreas de marihuana. A pesar de todo esto el tráfico continuó; sólo en el oriente colombiano la siembra de coca cubrió luego 50.000 hectáreas.

En Jamaica, el tráfico de marihuana reditúa anualmente 1,200 millones de dólares, o sea un monto superior al total de las exportaciones lícitas.

Bolivia es uno de los principales productores de coca; los ingresos lícitos de divisas, sobre todo por exportación de estaño, suman 800 millones de dólares anuales; la cocaína produce un ingreso 10 veces mayor. Por lo tanto, los traficantes bolivianos son cuanto menos tan poderosos como el gobierno, aparte de poseer más dinero que las fuerzas armadas, y están tan bien pertrechados o más que ellas.

Perú ha llegado al absurdo: la organización de narcotraficantes ofreció levantar la deuda externa del país, a cambio de no ser molestados en sus actividades.

Para enriquecerse con el tráfico de drogas o utilizar ese dinero con fines políticos no hace falta producir las ni refinarlas. Bulgaria ya no cultiva adormidera para extraer opio (antes lo destinaba a usos medicinales, como la producción de

morfina y codeína). Sin embargo su gobierno tolera abiertamente el tránsito de heroína por su territorio, al parecer motivado por el deseo de exacerbar la crisis de drogadependientes que sufre tanto Occidente como Oriente y la necesidad de obtener divisas. Con sus 5 millones de turistas anuales, Bulgaria es un país ideal para el tránsito y compra de drogas. Estas provienen de la "Medialuna de Oro" (Afganistán, Irán y Pakistán) y se envían a Europa occidental y a los Estados Unidos.

Evidencias dignas de crédito (Departamento de Estado, EE.UU.) indican que funcionarios de la Kintex (empresa estatal exportadora de Bulgaria) han participado en el trueque de armas por drogas con grupos terroristas turcos.

En estos países, el poder del narcotráfico es mucho mayor y también su incidencia en la economía. En 1988, las exportaciones de estaño y gas natural le reportaron a Bolivia unos 400 millones de dólares; el tráfico de drogas produjo el doble de esa suma. Se calcula que la cocaína producida por el país se acerca a las 200.000 toneladas, de las cuales se exporta el 90%. En la actividad participan bandas internacionales como campesinos; según el director del Centro de Estudios de la Realidad Económica y Social de Bolivia, 50.000 familias viven de la producción de hojas de coca.

Colombia tiene el triste privilegio de ser el primer laboratorio del mundo. El tráfico está controlado por el "Cartel de Medellín", un grupo que hasta hace poco tiempo dirigían Carlos Ledher, Pablo Escobar y Jorge Ochoa. Ledher fue capturado y está siendo juzgado en Estados Unidos. El objetivo de este grupo es exportar casi la totalidad de la producción de coca (60.000 toneladas), pues tan sólo se consumen en el país cuatro toneladas aproximadamente.

Dos mil kilómetros de mal vigilada frontera con Colombia también han convertido a Venezuela en un punto estratégico para los narcotraficantes.

Unos 300.000 millones de dólares entran anualmente en las arcas de los narcotraficantes de todo el mundo.

La Argentina es en materia de cocaína apenas un "país de tránsito", si bien señalan que los índices de consumo están creciendo y se han descubierto algunos laboratorios clandestinos. Pero los cargamentos más importantes sólo hacen escala aquí

para seguir viaje a EE.UU., el principal comprador mundial.

El tráfico de marihuana de mayor relevancia internacional es el que viaja hacia ese país desde América del Sur. En 1985 México abasteció el 32% del consumo americano y Colombia el 31%.

Para la cocaína, Colombia mantiene el primer puesto: acapara el 75% del consumo norteamericano, le sigue Bolivia, que provee del 10 al 15%, Perú entre el 5 y 10% y finalmente Ecuador, Argentina, Brasil y Chile que envían entre los cuatro el 5%.

Todas estas cifras aterradoras con coronadas con los "bebés de la cocaína", llamados así porque comenzaron a ingerir droga en el seno materno. Actualmente nacen en EE.UU. aproximadamente unos 375.000.

A este serio problema se suma que los menores resultan ser las mayores víctimas de la creciente difusión de esta droga, especialmente en su forma de "crack" (llamada así porque su efecto fulminante evoca al crack de un latigazo; se presenta en pequeños cristales amarronados cuyo valor oscila en 50 dólares), que puede ser inyectada o fumada. Aproximadamente el 40% de los consumidores de cocaína usan esta vía; el 60% restante inhalan polvo.

Los casos de maltrato, abuso y abandono multiplicados en los últimos años desbordan la capacidad de acción de las autoridades de ayuda familiar en EE.UU. Se han invertido 54 millones de dólares en la División Servicio para el niño y la Familia, la mayor parte destinada a pagar familias sustitutas o enviar los niños a residencias fuera de la ciudad. Tal ha sido la penetración de la cocaína en EE.UU. que ha desplazado el consumo de otras drogas mayores, como la heroína (éter diacético de la morfina, llamada así por su efecto enérgico).

Y así podríamos seguir por todo el mundo, describiendo este trágico periplo del crimen de las drogas que actúa como un monstruo omnipresente que está en todas las clases sociales, en la selva como en la ciudad, en la izquierda como en la derecha ■

Bibliografía:

- Materazzi, M. A., Drogadependencia, Ed. Paidós, Bs. As., 1990.
- Materazzi, M. A., Salud Mental. Una propuesta preventiva permanente, Ed. Paidós, Bs. As., 1991.

La adicción o el porvenir de una desilusión

Eduardo Kalina*

La potencialidad adictiva es una condición del ser humano, posible de "ser desarrollada"¹ en cualquier tipo de estructura de la personalidad, y desde otro ángulo de enfoque, también podemos decir que puede co-existir con los más diversos cuadros psicopatológicos.

En el reino animal es posible generarla por razones de experimentación o con otra finalidad.

Es decir, que la adicción no configura un cuadro nosológico "per se"; sino que adquiere características particulares, dependiendo de la problemática psicopatológica con la que coexiste. Además debemos tener en cuenta la complicación de que siempre va a agravar la patología basal, dependiendo de las características propias de la o las sustancias químicas utilizadas, ya que el centro de nuestro interés lo constituyen las dependencias a las sustancias químicas.

Sobre los factores genéticos no nos extenderemos, pues exceden los objetivos de esta presentación.

Esta hipótesis parte de la teoría de J. Bleger(2) acerca de la existencia en



el psiquismo humano de "una parte psicótica de la personalidad" y postula que en ciertas y determinadas circunstancias puede entrar en actividad y desplegarse a través del uso abusivo de sustancias psicotóxicas, evidenciando un intento de resolución mágico omnipotente, mediante una modalidad química, de una simbiosis patológica.

En consecuencia se traslada este tipo de relación madre-hijo, a un vínculo animista sujeto-droga.

Estos conceptos nos conducen a una correlación psico-biológica-química de gran importancia, tanto para la comprensión de las adiccio-

nes, como para su enfoque terapéutico mediante modalidades técnicas de abordaje múltiple en psiquiatría.

En función de esta línea de ideas, interpretamos a la ideación y a las conductas adictivas como fenómenos emergentes de la parte psicótica de la personalidad en la parte no psicótica, ya sea que se expresen en forma parcial, o invadiendo el resto de la personalidad cuando éstos fracasan.(3, 4, 5)

En consecuencia tenemos:

1. La presencia de un pensamiento concreto, donde el símbolo se equipara a lo simbolizado: Droga=espinaca=omnipotencia, fenómeno psicológico que nos llevó a designar a las adicciones como "Síndrome de Popeye".

2. Según la lectura desde el observador externo, destacamos la presencia de diferentes niveles confusionales en actividad, como por ejemplo: entre fantasía-realidad, mundo interno-mundo externo, adulto-infantil, entre zonas erógenas, etc.

En cambio desde la óptica intrapsíquica, las confusiones, siguiendo a Bleger, deben ser entendidas como expresiones de la permanencia de fusiones, característica prototípica del psiquismo primitivo o simbiótico, ya sea porque nunca evolucionaron hacia los niveles de discriminación (máxima expresión psíquica de la defusión), como en aquellos casos en los cuales encontramos detenciones en el proceso del desarrollo del Yo², o porque fracasaron los meca-

2. Como ejemplo podemos señalar a las patologías fronterizas ("borderlines"), procesos psicóticos, etc.

* Director Médico de la Clínica "Villa Guadalupe".
Scalabrini Ortiz 1963. Buenos Aires. Tel.: 72-0258/71-2766

Trabajo presentado en el panel inaugural del "Primer Simposio Internacional sobre Pacientes severamente perturbados", organizado por la AP-DEBA, el 4-9-92. Dicho panel también estuvo integrado por los Dres. Jorge García Badaracco y David Rosenfeld.

1. Este tipo de formulación surge de la importancia que le atribuimos a los modelos inductores sociofamiliares, lo cual no significa necesariamente una intencionalidad consciente(1).

nismos disociativos que las mantenían en latencia en la parte psicótica de la personalidad. O ambos simultáneamente, ya sea por causales psíquicas y/o inherentes a las propiedades químicas de la sustancia utilizada.. Un ejemplo ilustrativo puede ser el ácido lisérgico(LSD).

3. Esta línea de ideas nos lleva también a postular que el estudio de las adicciones nos enfrentan con la problemática del narcisismo en cualquiera de sus formas de presentación, pudiendo inclusive llegar hasta la modalidad recientemente descrita por O. Kernberg(9) como: "narcisismo maligno".

4. La ideación adictiva se organiza en forma de microdelirios hasta configurar verdaderos delirios sistematizados y crónicos:

- a. No responden a la prueba de la realidad.
- b. No son rectificables por la prueba de la experiencia.
- c. La persona no tiene conciencia de enfermedad o la tiene disociada, lo cual significa una actitud equivalente a lo que se suele denominar "pseudo-insight".
- d. En consecuencia la persona vive de acuerdo a esta ideología delirante, es decir que pasa a ser su "proyecto de vida" o como preferimos denominarla desde hace muchos años: "su proyecto de muerte", ya que toda actividad adictiva mediante sustancias tóxicas, es una práctica suicida que tarde o temprano puede culminar en la muerte de la persona o en forma parcial en alguna mutilación.(6)

5. Consideramos capital la inclusión de la disociación mente-cuerpo entre los fenómenos de niveles psicóticos en las adicciones.

"El cuerpo es el destino". El cuerpo marca nuestro límite. Debemos cumplir los mandatos biológicos: nacer-crecer-reproducirnos o no y morir. No somos diferentes a los demás miembros de la biología. Nuestra finitud es un insulto para quienes la muerte es su destino trágico e ineludible en cada momento de la vida.

El hombre por regla general no la acepta. Crea todo tipo de ideologías, religiones y delirios para defenderse de esta tremenda realidad y se promete así otras posibilidades de vida.

El adicto, por su parte, siente al cuerpo como su máximo enemigo porque le demuestra su destino finito y lo equipara a los demás mortales³.

Aprendió que su disociación y negación, mecanismos mágico-omnipotentes, reforzados químicamen-

te por la naturaleza intrínseca de las sustancias químicas, le permiten vivir la ilusión de ser: Popeye, Superman, etcétera.

Aprendió una lección fatal.

La necesidad de mantener o inducir regresivamente un sentimiento narcisista de grandiosidad omnipotente, le exige la negación de la finitud.

Triste paradoja. Para dejar de ser un mortal, se mata.

Otra formulación posible. Por el miedo a la muerte, se mata.

En consecuencia la muerte por sobredosis se constituye en la droga suprema. Es la que acaba con la presencia humillante del cuerpo. Es la que por fin le permite alcanzar la anhelada paz.



En síntesis, cambian la finitud por el infinito⁴.

Factores Sociofamiliares adictogénicos

Consideramos fundamental destacar aunque no lo desarrollaremos extensivamente en esta ocasión, la importancia que atribuimos a las conductas socio-familiares psicóticas(1) como modelos permanentes de identificación, y a los mensajes contradictorios reiterados, como factores co-inductores del desarrollo de las conductas adictivas.

Estos constituyen los aportes de las "series complementarias", siguiendo el modelo freudiano, que condicionan la elección de este tipo de solución psicótica mágico-omnipotente que significa desde nuestra postulación la adicción como conducta humana.

Algo más sobre estos mensajes contradictorios.

Junto con S. Korin, desde 1975(7) las describimos en los términos de: "Haz lo que yo digo y no lo que yo hago".

Además de esta contradicción entre los códigos verbal y de acción, son también confusivos por cuanto manifiestan verbalmente su apoyo a la separación-individuación del hijo mientras jerarquizan con su actitud la pasividad-dependencia.

Esta descalificación del lenguaje verbal es un factor inductor fundamental de la regresión del adicto a los valores químicos-inanimados, y constituirá una de las mayores dificultades en nuestros intentos de acceder terapéuticamente al dependiente químico(1).

Otro punto que debemos tener en cuenta por su importancia en la etiopatogenia de las adicciones, son los frecuentes macro y/o microabandonos precoces.

El niño abandonado es un niño sobre-exigido.

A su vez el mantenimiento de

3. Para mayores desarrollos acerca de este tema sugerimos ver los capítulos: "Significado del cuerpo y de la muerte en la experiencia drogadictiva", en "La Droga: Máscara del Miedo"(3) y "Disociación cuerpo-mente" en "Dualismo Humano"(8).

4. Reiteramos al lector que estamos ante expresiones que denotan la activación de la parte psicótica de la personalidad; fenómeno que como lo desarrollamos con S. Kovadloff(5) en "Ceremonias de la Destrucción", también es característico de la ideación y actos suicidas(6).

una simbiosis patológica, debido a las fuertes necesidades afectivas de un tipo de madre depresiva que encontramos mayoritariamente en los casos de adicción, independientemente o no que se produzcan los abandonos, también nos habla de un vínculo de sobre-exigencia, pues el hijo pasa a ser un hijo-droga de la madre, al servicio del suministro de estima para ella.

Recordemos lo hablado acerca del Síndrome de Popeye, Superman, etc.

Esta interacción está favorecida por la ausencia del padre, fenómeno típico de las constelaciones familiares adictogenéticas, aunque se encuentre físicamente presente; pues no sólo no ejerce la ley, sino que hace "la vista gorda" respecto al vínculo simbiótico madre-hijo, para no tener que sustentar él las demandas de su mujer. Sino se va de la casa. Lo que resulta es un vínculo contradictivo y perverso, respecto a lo que se muestra y a lo que ocurre realmente, constituyendo así un modelo inductor de la mentira y de las conductas intrapsíquicas de negación maniaca, en las cuales el Superyo del adicto "hace la vista gorda" respecto de las actuaciones adictivas, y luego castiga al Yo con las consecuencias psico-biológico-sociales de las mismas.

Como éste, se suscitan otros pactos perversos que culminan en lo que hemos denominado "el pacto criminoso"(1), pues debe culminar con la muerte del adicto por suicidio o un equivalente parcial como puede ser un estado de cronicidad con deterioro físico-psíquico y social, que el adicto acepta por sometimiento masoquista con la fantasía de mantener la homeostasis familiar.

Toda esta trama que hemos descrito sintéticamente, nos explica la clásica descripción del Yo del adicto como débil o frágil y la severa patología de los límites que padece y luego actúa en sus relaciones interpersonales. Nos referimos en especial a la clásica descripción del adicto como manipulador.

En síntesis

El adicto es un Ser destinado a No-Ser, que en su búsqueda de una forma de Ser, adhiere a una "identidad negativa" (en los términos clásicos de Erikson), cumpliendo así el designio siniestro de que para poder vivir la ilusión de Ser, tiene que aceptar ser un No-Ser⁵.



5. No desconsideramos la importancia reforzadora de la inducción de sus pares y del medio social, pero no desarrollaremos estos puntos en esta ocasión(3, 4).

Nuevamente las confusiones, esta vez a nivel de la identidad, y el funcionamiento psicótico. Se cierra así el círculo vicioso.

Conclusión

Esta hipótesis teórica, expuesta en forma sintética, es el resultado de 23 años de trabajo clínico-psiquiátrico con pacientes adictos y sus familias; y surgieron desde la práctica hacia la teoría.

A partir de las mismas diseñamos un modelo terapéutico de múltiple abordaje, en el cual el pensamiento psiconalítico forma parte de nuestro esquema conceptual-referencial-operativo (E.C.R.O., según E. Pichon Rivière); y la psicoterapia psicoanalítica constituye uno de los recursos de esta modalidad de trabajo en equipo multidisciplinario ■

Bibliografía

1. Arias, J., Kalina, E., Fernández Labriola, R., Pierini, C. D., "La familia del adicto y otros temas". Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1991.
2. Blager, J., "Simbiosis y Ambigüedad". Ed. Paidós, Buenos Aires, 1967.
3. Kalina, E. y Kovadloff, S., "La droga máscara del miedo". Ed. Monte Avila, Caracas Venezuela, 1977 y Ed. Fundamentos, Madrid, España, 1987. Edición ampliada y corregida.
4. Kalina, E., "Adolescencia y drogadicción". Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1989.
5. Kalina, E., "Temas de drogadicción". Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1989.
6. Kalina, E. y Kovadloff, S., "Ceremonias de la destrucción". Ed. de la Flor, Buenos Aires, 1981.
7. Kalina, E. y Korín, S., "La familia del adicto". Cuadernos del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (C.E.M.E.F.). Año III, Vol. II, N° 9, 15-9-75, México. Una versión ampliada y corregida fue publicada en inglés en el libro "Group Therapy 1976", editado por L. Wolberg y M. Aronson en Stratton International Book Cororation, U.S.A.
8. Kalina, E. y Kovadloff, S., "Dualismo Humano". Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1991.
9. Kernberg, O. F., "Trastornos graves de la personalidad". Ed. Manual Moderno, México, 1987.

El adicto: ¿un paciente posible?

Felipe Carlos Curtó*



Introducción

El objetivo del presente trabajo, no es otro que el de mostrar una experiencia clínica (en curso), a partir de la cual se pueda hipotetizar sobre consideraciones psicopatológicas, metapsicológicas, como así también sobre las distintas posibilidades técnicas de su abordaje.

Siendo el tema convocante de estas jornadas "La psicopatología y la Clínica, hoy", elegí trabajar sobre una situación clínica indiscutiblemente de hoy, aunque "discutiblemente psicoanalítica", cual es la toxicomanía.

¿Toxicomanía?, ¿drogadicción?, ¿farmacodependencia?

En una ligera revisión sobre la literatura que existe en relación al tema se, encuentran divergencias (no siempre explícitas) en relación a la denominación y al enfoque etiopatogénico; divergencias a partir de las cuales derivan distintas formas de aproximación clínica al paciente.

Consciente del reduccionismo que implica (pero ateniéndome a los límites de esta introducción), agruparé las referidas divergencias en dos enfoques, cualitativamente diferentes, y no necesariamente incompatibles: el enfoque médico y el enfoque psicoanalítico.

*Médico. Miembro candidato de la Asociación Psicoanalítica de Córdoba
Duarte Quirós 40, 8° "A", Tel.: (051) 680174, Córdoba.

Trabajo presentado a las Jornadas Nacionales y Latinoamericanas de Psicoanálisis.

El discurso médico, usa predominantemente como denominación "toxicomanía" (definido en 1957 por el Comité de Expertos de la O.M.S.) o "farmacodependencia" (sustitución recomendada por el mismo Comité en 1965).

En el discurso psicoanalítico en cambio, predomina el uso del término "adicción a drogas" (estableciendo en la mayoría de los casos, diferencias importantes con otro tipo de adicciones).

La "elección" de la terminología que estos dos discursos utilizan, permite inferir la concepción etiopatogénica que cada uno sustenta.

Según la concepción médica, la droga es un producto químicamente activo, cuya acción en el individuo provoca efectos físicos y psíquicos. Desde esta perspectiva, "es la droga la que hace al toxicómano".(13) Para el psicoanálisis, en cambio, "es el toxicómano el que hace a la droga"(13); es decir, la droga es concebida como un objeto, (en el sentido psicoanalítico del término) con el cual el sujeto establece una relación singular, determinada en gran medida, por su historia personal.

Como ocurre en la mayoría de los casos en que una misma situación es considerada desde dos enfoques diferentes, ninguno de los dos puede explicarla integralmente. En este particular, negar la importancia

del efecto farmacológico de la droga sería cerrar los ojos a un hecho clínico indiscutible; por otro lado, desconocer la subjetividad del adicto, equivaldría a convertirlo en un mero organismo viviente.

Por tanto, aunque el presente trabajo está elaborado en base a consideraciones psicoanalíticas, pretendo mantener latente la idea de que el efecto químico de las drogas, le otorga a esta adicción, particularidades propias.

El paciente y su historia

La necesaria limitación que impone el hecho de mantener a resguardo la identidad del paciente, impide abundar en detalles sobre su vida personal. No obstante, intentaré "presentarlo", para incluir el nivel de singularidad que todo encuentro clínico requiere.

Se trata de José, un hombre de 35 años, perteneciente a una familia de posición económica alta. Ocupó el tercer lugar en un grupo de cuatro hermanos. Cuando el paciente contaba 7 años, murió repentinamente su padre, quedando la familia bajo la tutela del abuelo materno, quien funcionaba (y aún funciona) con las características de un verdadero patriarca.

A los 13 años tuvo la primera experiencia con la droga, inhalando cocaína. Contando 16 y 17 años, realizó sendos viajes "terapéuticos" a Europa con sus abuelos maternos.

Tenía 24 años de edad cuando murió su abuela materna, pilar afectivo muy importante para él; pocos meses después se casó, e inmediatamente nació su hijo.

A los 26 años se separó de su mujer. El lapso que transcurrió entre el casamiento y la separación, es el único período de su vida en el que recuerda no haber consumido drogas.

A los 17 años, protagonizó un accidente en el que murieron varias personas, lo cual "disparó algo que ya estaba percutado" (sic), y sobrevivió su más terrible época como adicto; comenzó a inyectarse cocaína ininterrumpidamente durante varios meses.

Desde su adolescencia hasta la actualidad, su vida ha sido una continua sucesión de tratamientos basados en la más amplia gama de modalidades terapéuticas: psiquiátricas, psicológicas (con orientación conductista, con orientación psicoanalítica); individuales, en familia, simultáneas; en forma ambulatoria y en internaciones (cortas y prolongadas); en Córdoba, en Buenos Aires, etc.

Habitualmente, lograban remisiones sintomáticas considerables, que duraban muy poco tiempo.

MI HISTORIA CON EL PACIENTE

La primera vez que ví a José fue en noviembre de 1989. La consulta había sido sugerida (y solicitada) por su madre y aceptada por él.

Hacía siete meses que estaba viviendo en Córdoba, luego de una prolongada internación (dos años) en Buenos Aires. Se mantenía sin consumir drogas "salvo uno que otro porro de vez en cuando". (sic)

El motivo por el cual consultaba era una sensación de "estar vencido, deprimido, sin poder reaccionar ni disfrutar de nada". (sic)

En marzo de 1990 decidió dejar el tratamiento porque ya había "superado la crisis", y pensaba irse a vivir y trabajar a Europa.

En junio del mismo año consultó nuevamente, con un planteo muy semejante al de la primera oportunidad y realizó entrevistas durante un mes.

No volví a saber de él hasta abril de 1991, en que su madre me llamó por teléfono, muy angustiada, pidiéndome que interviniera, ya que José estaba en una crisis incontrolable, rompiendo todo lo que encontraba a su alrededor e inyectándose ininterrumpidamente.

Le informé que yo no realizaba ese tipo de intervenciones, proporcionándole los datos de una clínica que contaba con un servicio de atención en crisis.

Seis meses después, se presentó José en mi consultorio solicitando una entrevista. Era la primera vez que lo hacía personalmente (no a través de su madre o de empleados). Lucía muy saludable y tranquilo y me relató lo acontecido en esos últimos meses.

Luego de la referida intervención en crisis, había sido internado en la clínica, fugándose a los pocos días y regresando a su departamento, en donde fue detenido por la Policía Federal. Se le inició un sumario como infractor a la Ley 23.737 (Ley de estupefacientes), permaneciendo detenido durante dos meses.

Afortunadamente para él, la escasa cantidad de drogas encontradas en su departamento, permitió que lo encuadraran en el artículo 18 de la mencionada ley, que otorga la posibilidad de suspender el trámite del sumario (prisión) y "aplicar un tratamiento curativo (...) para su desintoxicación y rehabilitación,(9) establece además, que si "transcurridos dos años de tratamiento, por falta de colaboración del procesado no se obtuvo un grado aceptable de recuperación, se reanudará el trámite de la causa (...) y podrá aplicarsele la pena".(9)

En estas circunstancias fue enviado (con su conformidad) a una Comunidad Terapéutica para Adictos, donde permaneció dos meses más.

A pedido de él mismo y con autorización del médico Asesor de Tribunales Federales (quien es el responsable ante el Juez) fue trasladado a una Clínica de Recuperación (con permiso de salida acompañado de familiares). En esta Clínica llevaba ya dos meses y había solicitado autorización al médico asesor de Tribunales, para realizar una entrevista conmigo, ya que su intención era "comenzar un tratamiento más profundo (...); en la Clínica me siento bien, pero la rehabilitación ya no me alcanza (...) me siento medio vacío (...) tengo ganas de salir, pero también me da miedo". (sic)

Antes de resolver si lo tomaba en tratamiento, realicé varias entrevistas con José y sendas reuniones con el médico asesor de Tribunales Federales y con el Director de la Clínica en la que permanecía internado.

Mi intención era:

a. despejar en qué medida era genuino el interés de José en profundizar el análisis de sus problemas.

b. determinar qué ingerencias tendría el trámite legal en la "intimidad" del tratamiento.

c. establecer si podría contar con la Clínica como elemento de contención* y continencia**, aún cuando se realizara el tratamiento en forma ambulatoria.

Finalmente, propuse una estrategia terapéutica "coordinada" entre:

• el Médico Asesor de Tribunales Federales, quien funcionaba como representante de la Ley, e imponía la prohibición de consumir drogas.

• la Clínica de Recuperación, que asumiría la función de contención y continencia, y además la administración y control de la medicación que fuese encasaria.

• el "tratamiento", planteado como "psicoterapia con orientación psicoanalítica", con un encuadre que incluía cuatro sesiones semanales, en diván.

La propuesta fue aceptada por todas las partes, y comenzamos la experiencia en octubre de 1991.

EL POR QUÉ DEL ADICTO COMO PROBLEMA INDIVIDUAL

(Un intento de explicación psicoanalítica)

He planteado en la Introducción las diferencias entre el discurso médico y el discurso psicoanalítico en relación a la toxicomanía.

Pero, ¿cuál es el discurso del toxicómano?

En general nos encontramos con que se presenta un discurso especular al del médico. Para aquél, la droga es la "solución a sus problemas"; para éste, la droga es "el problema a solucionar".

Al hablar de su adicción, el toxicómano plantea como causa esencial las propiedades farmacológicas de la droga, dejando de lado su historia y subjetividad; o tomándolas sólo secundariamente.

"La primera vez que probé la droga pensé que era mi salvación(...) estaba borracho, vomitando; de pronto me hicieron oler y eso me recuperó en el acto(...) me sentí Superman" (José, 20-11-91).

"Las drogas llevan todas al borde del abismo, pero cada una exalta un aspecto distinto de uno mismo" (José 8-10-91).

* contención: acción y efecto de contener, sujetar.(2)

** continencia: (...) que refrena las pasiones y apetitos humanos.(2)

Si no advertimos esta situación, corremos el riesgo de establecer un diálogo de sordos en el encuentro clínico con el paciente: nosotros hablando de sus conflictos (psicológicos) que lo llevan a consumir; y él hablando de su necesidad (biológica) de hacerlo.

Pero esta "biologización" a la que el paciente reduce su sufrimiento y su placer, (se siente bien por determinado efecto, mal por tal otro efecto) no es sólo una defensa evasiva frente a sus conflictos; es también, aparentemente, el nudo de la problemática del adicto: esto es, el intento de transformar el objeto de placer en objeto de necesidad.

¿Cómo y por qué llegará el adicto a esta situación?

Partamos de una de las primeras (y escasas) alusiones directas de Freud en relación a la toxicomanía. En una de las cartas a Fliess (Nº 79, 22-12-1897) (4) Freud sugiere que habría que considerar a la toxicomanía (junto con otras adicciones) como sustituto de la masturbación.

Según esta afirmación, la drogadicción aparecería en reemplazo de una actividad autoerótica.

Si consideramos que el autoerotismo "aparece" en el momento del despegue pulsional, cuando la pulsión sexual se separa de las pulsiones de autoconservación, estaremos ubicando la problemática del toxicómano en el momento constitutivo de la sexualidad; momento en que se pierde el objeto de satisfacción y aparece el deseo.

Desde ese punto de vista, la afirmación de Freud de, que la drogadicción reemplazaría una actividad masturbatoria, se presenta como una paradoja, ya que la droga como objeto exterior parecería sustituir una actividad autoerótica, que implica por definición, carencia de objeto exterior.

Pero volvamos al discurso del toxicómano; ningún toxicómano dice (ni siente) que desea drogarse sino que lo necesita; y que lo necesita en un plano vital, como una cuestión de vida o muerte.

"Desde mi adolescencia, casi no hubo período sin droga en mi vida; creo que viví gracias a eso(...) y después del accidente fue peor, o me inyectaba o me suicidaba" (José, 21-7-92).

Lo que el adicto pretende haber hallado con la droga no es el objeto del placer, sino "el" objeto de satis-

facción. Al hacerlo, está expresando su negación de la carencia del objeto; su negación de una pérdida irreversible, aquella ligada a la primera experiencia de satisfacción.

Al transformar su deseo de la droga (registro psicológico), en su necesidad de la droga (registro biológico), está enunciando una carencia que es posible de ser satisfecha por un objeto exterior; y el objeto-droga se presenta como el que puede satisfacer esa necesidad. Pero el efecto pasa, la carencia reaparece, y es necesario repetir el intento, una vez, y otra vez, y otra vez...

"Al principio, la sensación es mágica, única; pero ¿por qué repetir y repetir hasta hacerse bosta?" (José 3-10-91)

Así, el adicto aparece atrapado en un callejón sin salida entre "la imposibilidad de la satisfacción" y "la imposibilidad del duelo por la pérdida del objeto".

La satisfacción es imposible porque el encuentro con la droga no es sino un simulacro de la anhelada experiencia de satisfacción.

La pérdida del objeto no se puede elaborar, porque la presencia misma de la droga hace que el duelo sea imposible, el deseo inaccesible, y el placer inalcanzable.

Esta constelación parece determinar la característica de los vínculos en todos y cada uno de los ámbitos de la vida del adicto. Al no poder operar satisfactoriamente el acto creador de mantener dentro de sí el objeto que falta, accederá dificultosamente a la constitución de su identidad subjetiva, de su alteridad.

Posteriormente, el transcurrir por la problemática edípica también será dificultoso, y su resolución severamente perturbada.

Así, todo encuentro con un otro que lo ponga en situación de asumir una identidad sexual diferenciada (o, más específicamente de ejercer su genitalidad) se verá obstaculizado por la necesidad de salvar su integridad narcisista, amenazada por la angustia de castración.

Frente a esta amenaza, recurrirá a distintos mecanismos tales como

1. reemplazar el orgasmo genital por el "flash" químico:

"(...) que es como un orgasmo con uno mismo"(13)

2. intentar una vuelta a la no diferenciación, mediante mecanismos

de identificación que borren los límites del yo y del cuerpo.

"... me muero si no estoy en pareja (...) sólo me siento completo cuando estoy con una mujer" (José, 17-6-90).

(...) estaba solo (en la montaña), había un hueco en la piedra: metí la pija y los huevos... había agua en el hueco... era como hacerle el amor a la Tierra, al planeta(...), acostarme desnudo en la tierra, en el pasto, es como una comunión total, es como cargar energía de la Tierra" (José, 28-6-90).

Ya dentro del ámbito social, o socio-relacional, este deslizamiento hacia el registro de la necesidad como condición previa al placer, (pero también como aquello que lo impide), determina la lógica de funcionamiento propia del adicto: es la lógica de lo obligado, de lo necesario.

Desde este punto de vista, las transgresiones a las normas y a la ley, no generan culpa ni malestar en el sujeto, ya que "no puedo obrar de otro modo"(...) "es más fuerte que yo"(...) "lo necesitaba terriblemente"(...) "me moría si no lo hacía". (sic)

El por qué de la adicción hoy, como problemática cultural (Un intento de explicación psicosocial)

"¡La droga es un problema tan singular y tan plural a la vez! Como es plural, se necesita tomar medidas que sirvan para mucha gente, pero como a la vez es singular, esas medidas no andan" (José, 21-7-92)

Este comentario, expresado al finalizar una sesión, me pareció sumamente interesante, y me estimuló a tratar de desarrollar algunas ideas en esta concepción del problema como singular y plural a la vez. Obviamente, al decir singular, el paciente estaba aludiendo al plano personal, individual, subjetivo, como determinante de la adicción. Pero al decir plural, estaba haciendo referencia a los condicionantes sociales que, a mi criterio, refuerzan y estimulan, (cuando no determinan) la tendencia individual. En este caso la tendencia individual a negar la pérdida del objeto de la satisfacción y la angustia que acompaña al surgimiento del deseo.

"Cada época propone a los sujetos que la habitan, modos diversos de conjurar una falta tan fundante como intolerable. Dentro de esos modos, el sujeto despliega su singularidad, nunca del todo abarcable por las formas socialmente facilitadas".(10)

Esta época, nuestra época, definida como posmodernidad, parece "proponer" a los sujetos que la habitan una alarmante falta de propuestas.

Si el hombre moderno de principios de siglo, pudo dar sentido a su vida a través de sus proyectos y de la presencia casi intangible de un futuro que dependía de su esfuerzo, *el hombre posmoderno, sufre de inmediatez*.

La dimensión proyectual ha caído; el futuro depende más del azar que del esfuerzo. En esta cultura, los ideales (también el Ideal del Yo) como instancias prospectivas, se desvanecen; el *deseo*, como motor que posibilita ir en pos de un objeto (u objetivo) parecería ceder a la *necesidad* de la satisfacción inmediata. Ser ya. Tener hoy. El futuro (o la falta de futuro) no llega a angustiar, porque en realidad no se piensa en él. La vida es hoy, sin memoria de pasado ni deseo de un después".(10)

Esta *atemporalidad* no sólo borra la diferencia entre "antes", "ahora" y "después"; también borra la diferencia entre vida y muerte, entre "tal vez" y "nunca más".

En pacientes con estas características, son infrecuentes los momentos en que el inconsciente aparece por la amplia ventana de los sueños y se deja ver.

"En la cárcel, una noche soñé con mi viejo(...). Creo que al mismo tiempo que soñaba, pensaba: si me despierto, no te veo más(...). nunca me resigné al nunca más (...), pero hace mucho tiempo que no pensaba en esto (...) yo sueño muy poco, o recuerdo muy poco lo que sueño, no sé..." (José, 23-10-91).

"Cuando duermo sin hipnótico, sueño, por eso prefiero tomarlo, para descansar más(...). De chico tenía una pesadilla recurrente: yo estaba en el techo de una torre de cien metros, altísima, el techo era de tejas... yo sentado arriba; de pronto las tejas se salían... yo patinaba, no me podía agarrar y caía, y antes de llegar al suelo me despertaba(...), era muy angustiante;

eso fue desde los ocho a los trece, más o menos" (José, 4-8-92).

(Es significativo recordar que el padre murió teniendo José siete años; y que a los trece comenzó a drogarse).

Volviendo a nuestros comentarios sobre la época posmoderna, podemos aseverar que de todos modos, ineludiblemente, esta cultura social tiene su sufrimiento, aunque no parece estar vestido con el ropaje más conocido por nosotros (¿hombres modernos?) que es la angustia.

El ropaje de este *sufrimiento posmoderno*, estaría constituido por una serie de "cuadros clínicos" que han ido conformando la llamada "*clínica del vacío*". Habría "(...) una deslbidinización y un descopromiso emocional, cuyo vacío, difícilmente tolerable, intenta ser llenado de múltiples maneras"(10): adicciones, ciertas formas de sexualidad sin compromiso ni barreras (bisexualidad, promiscuidad), algunos tipos de depresión, etc.

"Con mi mujer la paso muy bien(...) tenemos muy buena cama(...) pero soy muy retorcido con el sexo, me encanta ir a los "Sauna"... siempre me agarro dos o tres putas, la paso genial; con una también, pero me gusta más con dos(...) me gusta todo, salvo con animales y con hombres, todo". (José 24-3-92).

A veces el vacío es sentido como *hastío*, *aburrimiento*, lo cual genera la puesta en marcha de acciones (o actuaciones) que luego de una fugaz sensación de entusiasmo (generalmente "confundido" con placer) vuelven a dar lugar al hastío, o al embotamiento de la repetición.

"(...) no me siento tan solo, las cosas mejoran en general, pero hay algo que: no sé; (...) físicamente estoy bien, salgo con la mujer que amo, mi familia está bien, el trabajo me entusiasma, pero creo que estoy de nuevo en un bajón ¿por qué?" (José 31-6-92).

"(...) cuando alcanzo algo no lo puedo disfrutar y me empiezo a aburrir(...)" (José 3-7-92)

"(...) hoy estoy; no sé, quiero que pase algo... algo; la estabilidad me pone depre" (José 3-7-92).

Otra situación característica de esta incipiente (en nuestro medio)

patología posmoderna, es una suerte de *indiferencia disfrazada de aparente "tolerancia por las diferencias"*. Se exhibe un pluralismo hiperdemocrático, en el que todas las situaciones parecen convivir sin excluirse.

De esta manera, *la noción de conflicto se desvanece* en un eclecticismo que generalmente *culmina en indiferenciación*.

"(...) una cosa buena mía entre tantos cagadones, es que me sé adaptar a cualquier cosa(...) y siempre soy yo mismo(...) comer un asado con el albañil en obra y con tinto berreta, o esquiar en Las Leñas(...) lo mismo la paso bien(...). Puedo vivir en un palacete o en una choza(...) tengo amigos con cuatro apellidos y otros que ni un apodo(...)" (José abril 1992).

El lema parece ser *pasarla bien, no aferrarse demasiado a nada ni apasionarse con nadie*, ya que todo esto traería aparejado el riesgo de sufrir: pérdidas, frustraciones, desencantos, con el subsiguiente doloroso trabajo de duelo.

"Me encontré de nuevo con Daniela(...) la amo a Daniela, eso me asusta; me asusta que se desequilibre la armonía de ahora(...) el "sentir" me asusta(...) me da un cagazo bárbaro" (José 4-11-91).

"Pensaba en la muerte de mi padre... yo no podía llorar: no era falta de afecto, era dolor lo que yo sentía(...) ahora es como que le exijo a los afectos que sean incondicionales, que no me abandonen nunca(...) pruebo a la gente a ver hasta dónde llegan(...) pero cuando Daniela se pone muy posesiva me ahogo y me quiero abrir". (José 4-11-91).

Desde esta perspectiva, alentar la recuperación de la posibilidad de hacer proyectos, podría ser pensado como uno de los aspectos más terapéuticos a lo largo del proceso de tratamiento de un adicto, ya que proyectar incluiría recuperar la dimensión temporal, tolerar la espera que implica la consecución de un objetivo (realización "mediata" de un deseo) y también aceptar la posibilidad de un fracaso.

En otras palabras, equivaldría a dejar de vivir en el "cortoplacismo" que generalmente está ligado al consumo de objetos; en este caso, de objeto-droga.

"(...) hoy volví a ver ese loteo cerca del río: no me puedo sacar de la cabeza el tema: cuál lote elegir, cómo sería el diseño de una cabañita(...) estoy un poco ansioso con eso, "saludablemente ansioso" según usted(...) quisiera poner el alumbrado ya(...) mi madre me dice que no me hace falta, que me alquila una casa en ese lugar y listo(...) la cosa no pasa por ahí, quiero hacerlo yo; es como sentir que yo manejo mi vida, no mi madre, ni la droga(...) eso me aseguraría cuatro años de tranquilidad, dos para pagar el terreno, desmontar y alambrar, y dos para construir una casita(...) no es un capricho, es casi terapéutico(...) (José 18-5-92).

Conclusiones

Dos intereses personales se conjugaron en este trabajo

a. debatir sobre una patología de hoy, aunque no fuese típicamente psicoanalítica.

b. desarrollar algunas ideas que ayudaran a entender por qué el psicoanálisis (con sus "standars" traicionales) como *propuesta terapéutica*, pareciera adecuarse cada vez menos a lo que el imaginario social* "propone" como *demanda terapéutica*.

En relación al primer punto, el material proporcionado por José me permitió el acceso, desde un determinado enfoque, a la problemática esencial del adicto. Obviamente, esta intelección podría hacerse desde muchos otros enfoques. Quedan además diferentes aspectos teóricos y técnicos que la extensión del presente trabajo no permite desarrollar.

Con respecto al segundo punto; se caracteriza a la posmodernidad, como una época en la que: no hay memoria de pasado ni deseo de futuro; predomina la cultura de la inmediatez; no se experimenta angustia sino vacío y aburrimiento; el compromiso afectivo entre las personas, tiende a ser "reemplazado" por vínculos superficiales; la aspiración no es "estar bien" sino "pasarla bien"; la excesiva tolerancia por las diferencias, favorece la indiferencia-

ción y dificulta la percepción de conflictos.

Por otro lado sabemos que el psicoanálisis opera sobre las memorias del pasado; si bien no es prospectivo, alienta expectativas de un futuro personal más satisfactorio; considera saludable la mediatización del placer a través del principio de realidad; y propone un largo y costoso camino terapéutico, jalonado de angustias y conflictos.

Aparentemente, estaríamos asistiendo, a una "confrontación entre dos cosmovisiones: la de la modernidad, cuna del psicoanálisis, y la de la posmodernidad, en la que nos hallamos inmersos"(1). Esta situación generaría tensiones que "surgen entre una ciencia nacida en los finales de la modernidad y una praxis actual que se ejerce entre los replanteos posmodernistas".(1)

Estas tensiones implican también "cambios en el rol del analista, que de cuestionador de la cultura, pasa a ser cuestionado por la misma(...)".(1)

El interrogante que me surge es ¿cómo "aggiornar" nuestra ciencia sin desvirtuarla?

A modo de respuesta (¿tranquilizadora?) quisiera concluir con una metáfora enlazada al mito de Icaro, que considero válida tanto para un adicto, como para un psicoanalista de hoy:

"Vuela quien es capaz de mantener la alianza entre transgresión y legalidad. Si no se rompe la legalidad no hay vuelo; si sólo se rompe la legalidad, hay caída"(12) ■

Bibliografía

1. Cabanne, J. A., Petrucci, H. A., *Malestar en la cultura psicoanalítica: del sujeto autocentrado al pluralismo posmoderno*. XIX Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, Montevideo, agosto 1992. Vol. 2.
2. Diccionario Granda. Buenos Aires, Juan C. Granda, 1977.
3. Dupetit, Susana. *La mirada del tigre: acerca de la transferencia en pacientes adictos*. Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, ficha.
4. Freud, S., *Fragmentos de la correspondencia con Fliess*. Buenos Aires, Amorrortu, 1977. Vol. 1.
5. Freud, S., *El malestar en la cultura*. Buenos Aires, Amorrortu, 1977. Vol. 21.
6. Freud, S., *Pulsiones y destinos de pulsión*. Buenos Aires, Amorrortu, 1977. Vol. 14.
7. Freud, S., *Más allá del principio de placer*. Buenos Aires, Amorrortu, 1977. Vol. 18.
8. Laplanche, J., Pontalis, J., *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona, Labor, 1971.
9. Ley de Estupefacientes. Ley 23.737. Promulgada de hecho el 10 de octubre de 1989.
10. Rojas, M. C., Sternbach, S., *Sujeto y posmodernidad: el malestar en la cultura actual*. Ficha, diciembre de 1991.
11. Rosenfeld, H., *Estados psicóticos*. Buenos Aires, Hormé, 1974.
12. Sinay Millonschik, C., *Psicoanálisis y Chamanismo*, Buenos Aires, Petra Buena, 1991.
13. Vera Ocampo, E., *Droga, psicoanálisis y toxicomanía. Las huellas de un encuentro*. Buenos Aires, Paidós, 1988.

* Castoriadis define imaginario social, como los esquemas colectivos con los que una sociedad organiza sus representaciones.

"Sueños"

Guy de Maupassant

Fue luego de una cena entre amigos, viejos amigos. Eran cinco: un escritor, un médico y tres solteros ricos sin profesión.

Se había hablado de todo, y una lasitud los embargaba, esa lasitud que precede a la partida luego de las fiestas. Uno de los invitados, que desde hacía cinco minutos miraba sin hablar el boulevard aceitoso iluminado con gas, dijo bruscamente: "Cuando uno no hace nada de la mañana a la noche, los días son largos". "Y las noches también agregó su vecino", "Yo no duermo, los placeres me cansan, las conversaciones no varían; jamás encuentro una idea nueva. Experimento en las charlas con cualquiera que sea, un furioso deseo de no decir nada y de nada escuchar, ya que no sé qué hacer con mis veladas".

Y el tercero, desarmado, proclamó:

"Yo pagaría bien caro una forma de pasar cada día al menos dos horas agradables".

Entonces el escritor que acababa de ponerse el sobretodo en el brazo se aproximó.

"El hombre -dijo- que descubriera un vicio nuevo y lo ofreciera a sus semejantes, aún cuando esto les acortara la mitad de sus vidas, rendiría un más grande servicio a la humanidad que aquel que encontrara el medio de asegurar la salud eterna y la eterna juventud".



El médico se echó a reír masti-
cando su cigarro: "Sí, pero eso no se
descubre así nomás. Se ha trabajado
y se ha buscado mucho en esa mate-
ria desde que el mundo existe. Los
primeros hombres llegaron a la per-
fección en ese sentido. Nosotros
apenas los igualamos".

Uno de los tres desencantados
murmuró: "¡Qué lástima!"

Y luego al cabo de un minuto,
agregó: "Si uno pudiera solamente
dormir, dormir bien sin tener calor
ni frío, dormir con esa profundidad
de las noches de gran fatiga, dormir
sin sueños".

"¿Por qué sin sueños?" Preguntó
su vecino.

El otro retomó: "Porque los sue-
ños no son siempre agradables y
siempre son raros, increíbles, desco-
sidos, y porque durmiendo no po-
demos saborear los mejores a nues-
tro gusto, hay que soñar despierto".

"¿Qué es lo que se lo impide?!"
le preguntó el escritor.

El médico tiró su cigarro.

"Mi amigo, para soñar despierto
hace falta una gran potencia y un
gran trabajo de voluntad y esto
produce en principio una gran fatiga.
Ahora bien, el verdadero sueño,
ese paseo de nuestro pensamiento a
través de visiones encantadoras, es
seguramente lo que hay de más de-
licioso en el mundo; pero es neces-
ario que él venga naturalmente,
que no sea provocado penosamente
y que esté acompañado de un
bienestar absoluto del cuerpo. Ese
sueño yo se lo puedo ofrecer, a con-
dición de que Ud. me prometa no
abusar".

El escritor se encogió de hom-
bros: "¡Ah! Sí, ya sé: ¡el hachís! ¡el
opio!, ¡la jalea verde! ¡paraísos arti-
ficiales! Yo leí Baudelaire y probé la
famosa droga y me hizo mucho
mal, me descompuso".

El médico se había sentado:

"No, el éter, sólo el éter" —y agre-
gó— "que Uds., hombres de letras,
deberían usar algunas veces".

Los tres hombres ricos se aproxima-
ron. Uno le pidió: "Explíquenos
entonces los efectos".

Y el médico retomó: "Dejemos de
lado las grandes palabras, ¿de acuer-
do? Yo no hablo ni de medicina ni
de moral: yo hablo de placer. Uds.
se libran todos los días a excesos

que devoran vuestras vidas. Yo les
voy a indicar una sensación nueva,
posible solamente para hombres in-
teligentes; digamos inclusive: muy
inteligentes. Peligrosa como todo lo
que sobreexcita nuestros órganos,
pero exquisita. Advierto que les será
necesaria una cierta preparación, es
decir un cierto hábito, para sentir
en toda su plenitud los singulares
efectos del éter.

Ellos son diferentes de los efectos
del hachís, de los del opio, y de los
de la morfina; y cesan inmediata-
mente después de que se interrum-
pe la absorción del medicamento,
mientras que los otros productores
de ensoñaciones continúan su ac-
ción durante horas.

Voy a intentar analizar ahora lo
más netamente posible lo que se
siente. Pero la cosa no es fácil, a tal
punto son delicadas y casi inasibles
esas sensaciones.

Como fui atacado por violentas
neuralgias usé de ese remedio del
que luego quizás abusé un poco. Te-
nía en la cabeza y en el cuello vivos
dolores, y un insoportable calor en
la piel, una inquietud febril. Tomé
entonces un gran frasco de éter y
habiéndome acostado me puse a as-
pirarlo lentamente.

Al cabo de algunos minutos creí
escuchar un murmullo vago que se
convirtió pronto en una especie de
zumbido y me pareció que todo el
interior de mi cuerpo se volvía lige-
ro, ligero como el aire y se vaporiza-
ba.

A continuación sentí como una
suerte de pesadez en el alma, de
bienestar somnoliento, a pesar de
los dolores que aunque persistían
dejaban de ser penosos. Era uno de
esos sufrimientos que uno consiente
soportar y no más los desgarros es-
pantosos contra los cuales nuestros
cuerpos torturados protestan. Bien
pronto la extraña y encantadora
sensación de vacío que tenía en el
pecho se extendió, ganó los miem-
bros que se volvieron, a su vez, li-
vianos como si la carne y los huesos
se hubiesen fundido y sólo la piel
hubiera quedado, la piel necesaria
para hacerme percibir la dulzura del
vivir, la de estar acostado en este
bienestar. Me apercibí entonces de
que ya no sentía dolor. Este se había
ido, fundido también, evaporado.

Escuché voces, cuatro voces, dos
diálogos, sin comprender las pala-
bras. Ora no eran más que sonidos
indistintos, ora me llegaba una pa-
labra. Pero reconocí que en ellos es-
taban simplemente los zumbidos
acentuados de mis oídos. Yo dor-
mía, velaba, comprendía, sentía, ra-
zonaba, con una claridad, con una
profundidad, una potencia extraor-
dinarias, y una felicidad en el espí-
ritu. Una extraña borrachera venía de
esa multiplicación de mis facultades
mentales.

No era un sueño como en el ha-
chís no eran las visiones un poco
raras del opio; era una agudeza pro-
digiosa de razonamiento, una nue-
va manera de ver, de juzgar, de
apreciar las cosas de la vida y con la
certidumbre, la conciencia absolu-
ta, de que esa manera era la verda-
dera.

Entonces la vieja imagen de la Es-
critura me volvió bruscamente al
pensamiento. Me parecía que había
gustado el fruto del árbol de la cien-
cia, que todos los misterios se deve-
laban; a tal punto me encontraba
bajo el imperio de una nueva lógica,
extraña, irrefutable. Argumentos, ra-
zonamientos, pruebas, se me apare-
cían en masa, refutados inmediata-
mente por una prueba, un razona-
miento, un argumento más fuerte.
Mi cabeza se había convertido en
un campo de lucha de ideas. Yo era
un ser superior, armado de una in-
teligencia invencible, y gustaba de un
gozo prodigioso ante la constata-
ción de mi poder!...

Esto duró largo tiempo, largo
tiempo. Yo respiraba permanente-
mente por el orificio de mi frasco de
éter. De golpe me dí cuenta de que
se había vaciado y sentí una horri-
ble tristeza".

Los cuatro hombre le pidieron al
unísono: "¡Doctor, rápido una rece-
ta por un litro de éter!"

Pero el médico se puso el sombre-
ro y les respondió: "¡Ah, no! ¡Eso
no! ¡Vayan a hacerse envenenar por
otros!"

Y salió.

Señoras y Señores ¿si Uds. gus-
tan? ■

(8 de julio de 1882)

Traducción J. C. Stagnaro

Usos y Efectos de las principales sustancias generadoras de drogadependencia

Drogas	Usos Médicos	Dependencia Física	Dependencia Síquica	Tolerancia
Narcóticos				
Opio	Analgésico, antidiarreico	Alta	Alta	Sí
Morfina	Analgésico, antitusígeno	Alta	Alta	Sí
Codeína	Analgésico antitusígeno	Moderada	Moderada	Sí
Heroína	Bajo investigación	Alta	Alta	Sí
Hidromorfina	Analgésico	Alta	Alta	Sí
Meperidina (Petidina)	Analgésico	Alta	Alta	Sí
Metadona	Analgésico	Alta	Alta-Baja	Sí
Otros Narcóticos	Analgésico, antidiarreico, antitusígeno	Alta-Baja	Alta-Baja	Sí
Depresores				
Hidrato de Cloral	Hipnótico	Moderada	Moderada	Sí
Barbitúricos	Anestésico, anticonvulsivo, sedativo, hipnótico	Alta a Moderada	Alta a Moderada	Sí
Benzodiazepinas	Tranquilizante, anticonvulsivo, sedativo, hipnótico,	Baja	Baja	Sí
Metacualona	Sedativo, hipnótico	Alta	Alta	Sí
Glutetimida	Sedativo, hipnótico	Alta	Alta	Sí
Otros depresores	Tranquilizante, sedativo, hipnótico	Moderada	Moderada	Sí
Estimulantes				
Cocaína**	Anestésico local	Posible	Alta	Sí
Anfetaminas	Hipercinesia, narcolepsia, control de peso	Posible	Alta	Sí
Fenmetrazina	Hipercinesia, narcolepsia, control de peso	Posible	Alta	Sí
Metilfenidato	Hipercinesia, narcolepsia, control de peso	Posible	Moderada	Sí
Otros Estimulantes	Hipercinesia, narcolepsia, control de peso	Posible	Alta	Sí
Alucinógenos				
LSD	Ninguno	Ninguna	Desconocida	Sí
Mescalina y Peyote	Ninguno	Ninguna	Desconocida	Sí
Variantes de Anfetamina	Ninguno	Desconocida	Desconocida	Sí
Fenciclidina	Anestésico veterinario	Desconocida	Alta	Sí
Análogos de Fenciclidina	Ninguno	Desconocida	Alta	Sí
Otros Alucinógenos	Ninguno	Ninguna	Desconocida	Posible
Cannabis				
Marihuana	Bajo investigación	Desconocida	Moderada	Sí
Tetrahidrocannabinol	Bajo investigación	Desconocida	Moderada	Sí
Hachís	Ninguno	Desconocida	Moderada	Sí
Aceite de Hachís	Ninguno	Desconocida	Moderada	Sí

Duración (horas)	Vía de Administración	Efectos Posibles	Efectos por Sobredosis	Síndrome de Privación
3-6	Oral, fumada	Euforia,	Respiración lenta y	Ojos llorosos,
3-6	Oral, fumada, inyectada	aletargamiento,	superficial,	flujo nasal, bostezos,
3-6	Oral, inyectada	depresión	piel húmeda,	pérdida de apetito,
3-6	Inyectada, aspirada, fumada	respiratoria,	convulsiones,	irritabilidad,
3-6	Oral, inyectada	pupilas contraídas,	coma,	temblores, pánico,
3-6	Oral, inyectada	náusea posible muerte.	escalofríos y	
12-24	Oral, inyectada		sudoración,	
Variable	Oral, inyectada		calambres, náusea.	
5-8	Oral	Farfulleo,	Respiración super-	Ansiedad,
1-16	Oral	desorientación,	ficial, piel húmeda,	insomnio,
4-8	Oral	comportamiento	pupilas dilatadas,	temblores,
4-8	Oral	de ebrio sin olor	pulso rápido y	delirio,
4-8	Oral	de alcohol.	débil, coma,	convulsiones,
4-8	Oral	posible muerte.	posible muerte.	
1-2	Aspirada, fumada, inyectada	Alerta intensificada,	Agitación, aumento	Apatía, sueño
2-4	Oral, inyectada	excitación, euforia,	de la temperatura	prolongado,
2-4	Oral, inyectada	pulso rápido, alta	corporal, alucina-	depresión,
2-4	Oral, inyectada	presión, insomnio,	ciones, convulsiones,	desorientación.
2-4	Oral, inyectada	pérdida de apetito.	posible muerte.	
8-12	Oral	Ilusiones y	Episodios de	No hay
8-12	Oral	alucinaciones,	"viaje" más	reportes del
Variable	Oral, inyectada	baja percepción	largos e intensos,	síndrome de
Días	Fumada, oral, inyectada	del tiempo y	psicosis,	privación.
Días	Fumada, oral, inyectada	distancia	posible muerte.	
Variable	Oral, inyectada, fumada, inhalada			
2-4	Fumada, oral	Euforia,	Fatiga,	Insomnio,
2-4	Fumada, oral	inhibiciones relajadas,	paranola,	hiperactividad y
2-4	Fumada, oral	aumento de apetito,	posible psicosis	disminución oca-
2-4	Fumada, oral	comportamiento		sional del apetito

La ansiedad, el sobreconsumo y la sobreprescripción de tranquilizantes

Sergio L. Rojtenberg*

La ansiedad es un observable común en nuestros días y puede ser entendida de diferentes maneras: intensa, leve, aguda como crisis, crónica como un estado o como una expresión vital del sujeto por la repercusión de diferentes avatares vivenciales.

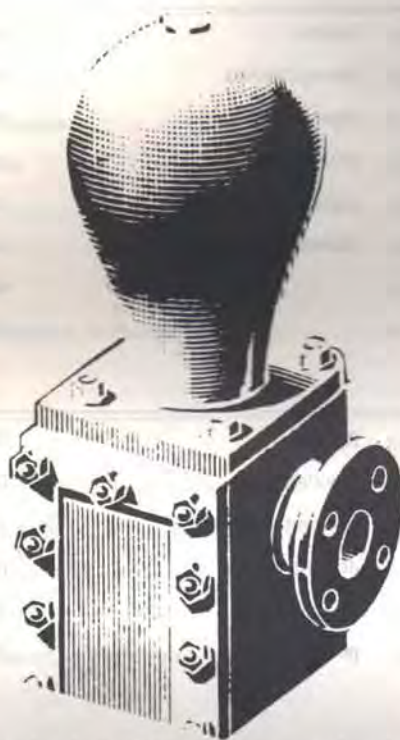
Puede ser definida como una vivencia subjetiva de displacer con distintas expresiones somáticas concomitantes.

Suele ser el acompañante habitual e inevitable de la mayoría de las consultas, tanto para el psicólogo, como para el médico clínico o para el psiquiatra.

Esta emoción suele estar estrechamente relacionada con la situación de inermidad del sujeto frente a las diferentes fuerzas, reales e imaginarias, con las que debe confrontar en un interjuego constante de adaptaciones y modificaciones recíprocas. De acuerdo a la cualidad que detiene puede contribuir favorable o desfavorablemente a su superación.

Aunque no es una "enfermedad" por sí misma, en ocasiones, por el grado de perturbación que promueve asociada con diferentes trastornos psíquicos, pareciera tener una vida propia inexplicable.

Como vemos, hablar de la ansiedad no es sencillo, más aún si, a lo expresado anteriormente, le agregamos una tendencia social actual



"ansiógena" en la que predominan la aplicación de los modelos hipervalorizados de rapidez, eficientismo, resultados inmediatos, la no tolerancia a la frustración en desmedro del tiempo y el espacio reflexivo-contingente, para elaborar las situaciones de conflicto.

Así, no es extraño que el público, en general, busque salidas y resultados de igual tenor, farmacológicos o no, cuando está preocupado o ansioso.

También, debido a la preponderancia del pensamiento de tipo mágico-animista, se puede investir al fármaco de dotes sobrevaloradas y omnipotentes, que facilite la evasión del conflicto o provea incommensurable bienestar y satisfacción, transformando así a la droga en estupefaciente.

Respecto de los estupefacientes, dice Freud en "El Malestar en la Cultura" (1930):

"Los hombres saben que con este quitapenas siempre podrán escapar al peso de la realidad, refugiándose en un mundo propio que ofrezca mejores con-

diciones para su sensibilidad. También se sabe que es precisamente esta cualidad de los estupefacientes la que entraña su peligro y su nocividad. En estas circunstancias aún llevan la culpa de que se disipen esterilmente cuantiosas magnitudes de energía que podrían ser aplicadas para mejorar la suerte humana". (3).

Tal vez a partir de este punto se pueda empezar a pensar acerca del porqué del "sobreconsumo" de tranquilizantes.

Tampoco es extraño, entonces, que los profesionales de la salud se vean en figurillas para responder a estas demandas perentorias de pronto alivio.

En el continuo contacto del médico con el dolor, con los padeceres y miserias humanas, cuando no con la muerte, no siempre se dispone de recursos instrumentales como de los que dispone el cirujano para el alivio de un padecer, ni tecnológicos como los de la tomografía para el diagnóstico, para poder ayudar o, en último de los casos acompañar a nuestros pacientes.

En ocasiones sólo se dispone, nada más pero nada menos, que de la palabra que acompaña al acto médico.

La supuesta "numerología" de los médicos respecto de los pacientes o la "somatomorfización" de los mismos, ("el paciente de la 101, el de la hepatitis") son recursos, ora esquizoides, ora obsesivos, para la disociación o el aislamiento de la angustia que nos provoca el contacto con el sufrimiento de nuestros semejantes.

Así, por el número de pacientes con los que contacta, cada uno de los cuales presenta su propia constelación de conflictos y frustraciones,

Médico Psiquiatra y Psicoanalista. Miembro adherente de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.

Docente adscripto de la Cátedra de Salud Mental, Fac. de Medicina UBA y Profesor Auxiliar de Psicopatología, Fac. de Psicología de la U. del Salvador.

y por la propia cualidad de sus problemas se percate o no, el médico se angustia... y mucho.

A pesar de los mitos y la omnipotencia no es inmune a la ansiedad que los pacientes le promueven y puede "actuar" para paliar la propia ansiedad.

Tal vez, ya podemos comenzar a ahondar en el porqué de la "sobreprescripción" de los tranquilizantes.

José Bleger, en "La Entrevista Psicológica" nos dice:

"El clásico apuro del médico, que tanto se emplea en la sátira, es una permanente fuga fóbica de los enfermos. (Aclaración: se refiere a una fuga fóbica de la ansiedad que los enfermos le provocan)

La defensa obsesiva se manifiesta, en cambio, en entrevistas estereotipadas en que todo está reglado y provisto, en la elaboración rutinaria de historias clínicas; es decir, el instrumento de trabajo, la entrevista misma se convierte en un ritual.

La urgencia por los diagnósticos y la compulsión a emplear drogas son otros de los elementos de esta fuga y ritual del médico".(1)

En estos casos, el diagnóstico no se utiliza como una guía para el mejor abordaje del paciente, como tampoco constituye un recurso privilegiado para la comunicación y el intercambio entre colegas.

Se trata de encuadrar rápidamente el conjunto de signos y síntomas que nos desconciertan o angustian bajo un nombre o un fármaco que intenten coherentizar y ocultar nuestra ignorancia y lo incoherentizable de nuestro paciente, tal vez.

Sin darse cuenta de la iatrogenia que provoca, el profesional puede verse abrumado y desbordado por lo que al paciente le acontece y apelar a la receta como una forma de poner distancia, avalando y hasta estimulando así las fantasías del mismo.

Con esto no hará más que fomentar la magia en el paciente y en sí mismo, disociándose ambos de sus respectivos conflictos.

En lugar de crear el lugar donde la palabra significa, se obtura el campo de la misma a expensas del silencio del síntoma.

Así, se puede ir generando la trama errónea alrededor de la cual se formula la mala prescripción de un tranquilizante.

Se pueden constituir entonces verdaderas adicciones, la del paciente a la pastilla, la del profesional a la receta.

Nuevamente citamos a Freud en

"El malestar en la Cultura" (1930):

"Tal como se nos ha sido impuesta la vida nos resulta demasiado pesada, nos depara excesivos sufrimientos, decepciones, empresas imposibles.

Por soportarla no podemos pasarnos sin lenitivos (no se puede prescindir de las muletas, nos ha dicho Teodor Fontane).

Los hay quizás de tres especies: distracciones poderosas que nos hacen pequeña nuestra misera; satisfacciones sustitutivas que nos las reducen; narcóticos que nos vuelven insensibles a ella". (3)

Estas situaciones adictivas no son así denominadas o detectadas como adicciones en el paciente.

Habitualmente suelen pasar desapercibidas porque el consumo del fármaco ha sido legitimado médica y socialmente, pero no es extraño que los pacientes desarrollen dependencia física y psíquica, relativa tolerancia y síndrome de abstinencia, que son característicos de la adicción.

Estas manifestaciones mejoran cuando se reanuda el consumo del fármaco.

Sería insensato comparar los cuadros de abstinencia de los tranquilizantes, en particular las benzodiazepinas, con los que se generan por otros fármacos, más riesgosos y espectaculares en sus expresiones sintomáticas, pero lo sería también si negásemos su trascendencia social.

Por ello es esencial la elaboración de pautas y criterios metodológicos acordes, tanto para la justa indicación, la adecuada prescripción como para la oportuna discontinuación de los tranquilizantes.

Podemos tomar y ampliar los aportes de Bueno y colaboradores, quienes en "Psicofarmacología Clínica"(2), dan las siguientes recomendaciones acerca de la selección del paciente y del uso de las benzodiazepinas en el mismo, y hacerlos extensivos a todo el grupo de los tranquilizantes:

1) *Deben utilizarse para el alivio de síntomas graves.*

Esto implica que el síntoma debe provocar un grado de sufrimiento psíquico de tal magnitud que haga necesaria la inclusión criteriosa del ansiolítico para su alivio y/o abordaje, y no como sucede en la práctica para síntomas pasajeros o nimios.

La experiencia clínica indica firmemente que las respuestas más favorables a las benzodiazepinas se obtienen en situaciones que involu-

cran reacciones relativamente agudas de ansiedad en pacientes con enfermedades primarias modificables o neurosis ansiosas primarias.

Este grupo de pacientes ansiosos responden asimismo bien a los placebo y es el grupo con más probabilidad de mejoría espontánea.

En consecuencia, los agentes ansiolíticos son particularmente útiles en el control de la ansiedad aguda resultante del estrés intenso o del medio ambiente o de enfermedades somáticas.

También son útiles como medicación preanestésica, cuando es requerida sedación antes de un tratamiento médico o quirúrgico.

Son menos apropiadas para la terapéutica de la ansiedad crónica o para la tensión y ansiedad de la vida diaria.

Por ejemplo, un criterio adecuado para la prescripción de hipnóforos en las alteraciones del sueño del anciano es que el tiempo de su uso debe ser breve y a las dosis mínimas suficientes ya que pueden traer aparejados cuadros confusionales, dependencia hacia las mismas, síndrome de abstinencia y alteraciones de la memoria (reciente en primera instancia y global en el tratamiento crónico).

2) *Diagnóstico y tratamiento de las perturbaciones subyacentes antes de buscar el alivio sintomático.*

Se debe evitar el automatismo que lleva de la queja sintomática del paciente a la prescripción medicamentosa.

La investigación concienzuda y criteriosa de los síntomas, la mayoría de las veces, relaciona el comienzo del cuadro con alguna situación desencadenante, y esto puede ser tratada en el marco propicio de la relación médico-paciente, sin agregados de otra índole.

3) *Evitar medicar con estas drogas cuando el paciente tenga una historia de abuso de benzodiazepinas.*

Podemos hacer extensiva esta situación cuando en el sujeto existe historia de abuso con cualquier depresor del Sistema Nervioso Central. Merece especial atención la indagación cuidadosa y elaborada de antecedentes al respecto.

4) *No prescribir dosis mayores de las necesarias para evitar el deterioro del psiquismo del paciente.*

Esto tiene por objeto evitar la excesiva sedación, la que iría en desmedro de la capacidad del sujeto para responder a los diferentes estímulos en óptimas condiciones. También para evitar la eventual tolerancia que podrían promover las altas dosis.

5) *Familiarizarse con la técnica de interrupción del tratamiento cuando se detecte abuso.*

El profesional que prescribe fármacos, así como los indica en forma idónea y responsable con criterios al respecto también debe manejar los elementos indispensables para su supresión, la que siempre debe ser: *gradual, constante, progresiva y diferenciada.*

Ciertos autores postulan un tiempo máximo de tratamiento con benzodicepinas de 6 semanas, ya que posteriormente se adquiere tolerancia y se torna más dificultoso su retiro.

Si esto no fuere así, se tiene que reevaluar el diagnóstico que llevó a tal prescripción o bien reevaluar el abordaje.

6) *Controlar las posibilidades de dependencia, sobre todo con pacientes que la usan durante largo tiempo.*

Existen diferentes motivos por los cuales los pacientes prolongan la ingesta de los tranquilizantes: temor a la recurrencia o recaída, empeoramiento, el temor de experimentar un síndrome de abstinencia, que ya hayan desarrollado algún grado de dependencia física o psíquica o como lo expresan gran número de personas se les ha vuelto un hábito.

7) *Limitar las cantidades prescritas a las apropiadas entre consulta y consulta.*

Esto facilita el control adecuado del ritmo y dosis de las tomas ya que muchas veces es el paciente el que decide cuándo, cuánto y cómo tomar la medicación. Aparte, verifica que el paciente no se la facilite a terceros y, por supuesto, permite un seguimiento más criterioso de la evolución del paciente.

8) *Advertir a los pacientes sobre las interacciones del alcohol y otros depresores del SNC*

El desconocimiento de este punto suele ser motivo de cuadros confusionales, de accidentes con maquinarias o automovilísticos, dado que muchas veces el paciente "olvida" estar bajo los efectos del fármaco.

9) *Aconsejar a los pacientes que las reserven para su uso personal, manteniéndolas alejadas de los niños.*

Este punto es vital, ya que no sólo se refiere a la prevención de los accidentes infantiles por la manipulación e ingesta de sustancias psicoactivas, sino también porque apunta a no crear *modelos de identificación* con actitudes de los adultos que pueden contribuir a sentar las bases de una drogadependencia futura.

10) *Tener en cuenta que los fármacos son sólo parte de un plan global de dirección y tratamiento.*

Esta premisa es el corolario final de todo lo expresado anteriormente, respecto de un acercamiento más idóneo y sensible del profesional a quién lo consulta y padece, y un acercamiento más profundo de quien consulta a su padecer ■

Bibliografía

1. Blejer, J., "La entrevista psicológica", en *Temas de Psicología*, Ed. Nueva Visión, Bs. As., 1984.
2. Bueno, J. y colab., "Psicofarmacología Clínica", Ed. Salvat, Barcelona, 1985.
3. Freud, S., "El malestar en la cultura" (1930), O. C. Ed. Bibl. Nueva, T. III, Madrid, 1981.

MUERTE

¡Qué esfuerzo!
¡Qué esfuerzo del caballo por ser perro!
¡Qué esfuerzo del perro por ser golondrina!
¡Qué esfuerzo de la golondrina por ser abeja!
¡Qué esfuerzo de la abeja por ser caballo!
Y el caballo,
¡qué flecha aguda exprime de la rosa!
¡qué rosa gris levanta de su belfo!
Y la rosa,
¡qué rebaño de luces y alaridos
ata en el vivo azúcar de su tronco!
Y el azúcar,
¡qué puñalitos sueña en su vigilia!
Y los puñales diminutos,
¡qué luna sin establos!, ¡qué desnudos,
piel eterna y rubor, andan buscando!
Y yo, por los aleros,
¡qué serafín de llamas busco y soy!
Pero el arco de yeso,
¡qué grande, qué invisible, qué diminuto,
sin esfuerzo!

Federico García Lorca

Para Rafael Sánchez Ventura
de Poeta en Nueva York

Una visión actual sobre los modelos preventivos de la drogadependencia

Alberto Eduardo Calabrese*

Empecemos por indicar qué es la prevención. Nosotros siempre dijimos que es *una actitud y un compromiso*. La prevención no es una postura; no es que prevengamos a partir del hecho de que queremos prevenir, es decir, evitarle algo a alguien, sino que estamos comprometidos con ese alguien previamente a prevenirlo de algo. Hay una actitud de la prevención que es previa respecto al objeto a ser prevenido, porque, en última instancia, la prevención –como hecho– depende de cómo y desde qué planteo se hace, pero, fundamentalmente, con qué actitud se hace. Si no, se convierte en un hecho repetitivo y mecánico, donde lo que se pretende es escindir una posibilidad del hombre frente a lo que se clasifica como bueno o malo.

La primera cuestión a dilucidar es la relación del objeto "droga". En el mundo hay todavía –y parece que habrá aún durante mucho tiempo más– hechos que se repiten. En nuestro país, por ejemplo, se ha repetido una cuestión referente a la ligazón con lo político. Hay una alternativa que en general está privando en los criterios preventivos: o hacer una prevención aséptica –que no tiene nada que ver con el mo-



mento histórico y político en el que se vive– o hacer una prevención de tipo "científico" –entonces, lo aséptico deviene en científico–. Personalmente no creo en la ciencia escindida de la ideología, ya que todas las ciencias marcan sus ideologías y viceversa– éste es un proceso dinámico, como todos los otros procesos del mundo.

La droga no es, ni puede ser, un objeto dañino en sí mismo; es dañina por sus consecuencias a partir de una ingesta, a partir de la existencia de un hombre que la ingiere y se convierte en protagonista a partir de ella. Debe quedar claro que la droga, como fenómeno de adicción, es un problema antropológico y no zoológico; cuando se habla de animales de experimentación que se hicieron adictos a la cocaína, se está hablando de animales inducidos por el hombre a determinada conducta para estudiar un comportamiento,

pero esos animales, en situación normal, esto es, haciendo su vida habitual, no serían adictos. *Para la adicción se necesitan cuestiones de interés humano*, que tienen que ver con lo profundo, con el inconsciente, con las pulsiones, es decir, con una cantidad de cosas que son las que estamos tratando de dilucidar. Entonces, pretender hablar de la droga como objeto adictivo en sí mismo es una falacia, un absurdo.

Esto deviene también de una *concepción moral*, la cual hace a la droga protagonista en tanto y en cuanto sería "engendro de mal". Entonces, si no es un objeto malo por sí mismo, lo es porque quienes trafican con ella, quienes la manejan son malos. Es cierto, están haciendo algo dañino; pero hay muchas otras cosas dañinas y sin embargo parece que no nos damos cuenta de ello. Por ejemplo, en general no nos preocupa mayormente, aunque es de una magnitud importantísima, el tráfico de armas. No se hacen campañas para combatirlo ni se encienden velas para que se deje de vender material bélico. También observamos una falta de conciencia respecto del problema que representan los accidentes automovilísticos. Siempre hablé de la adicción a la velocidad; es notable que además ésta sea estimulada desde el modelo de producción y desde las propagandas, y tampoco se la ve como una adicción a pesar de estar fomentada socialmente.

Lo que quiero demostrar con estos dos ejemplos es que de esta forma aparece un *supraobjeto* que supera al objeto "droga", el cual se convierte en la encarnación del mal, en el propietario del daño y en prota-

* Sociólogo. Presidente del F.A.T. (Fondo de Ayuda Toxicológica). Prof. a cargo del Módulo social de la Carrera de Especialización de posgrado, sobre Uso Indebido de Drogas (dependiente del Rectorado de UBA) Prof. del Seminario sobre Adicciones, Maestría de Minoridad y Flia. U.N.L. de Zamora. Ex Coordinador de la CONCONAD (Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y Abuso de Drogas). Pringles 951. Buenos Aires, Tel.: 862-4757.

gonista exclusivo. Insisto tanto en esto porque es a partir de esta postura que se dan cita los grandes modelos de prevención.

Hay además un problema que tiene que ver con lo cultural—éste también es un problema que generalmente se soslaya en referencia específica al tema de la droga—. *La cultura significa y resignifica los objetos*, es decir, les otorga un lugar. En una sociedad de caballeros, el caballo es un objeto valorado. En una sociedad en la cual la gente se moviliza a pie todo el día, el caballo no significa nada. Con "la droga" pasa exactamente lo mismo: ella protagoniza en la medida en que determinada cultura le otorga valores a esa droga y le confiere posibilidades de causar "el mal". En la medida en que se hace una *demonización de la cultura*, la droga aparece como protagonista de esa demonización. El diablo de la cultura actual es la droga.

Respecto también a la demonización de la cultura hay otro tema que está relacionado: es el que estriba en identificar quiénes son los demonios, o sea, quiénes están demonizados por el objeto malo. Tal como están dadas las cosas, demonizado está quien lo consume. Obsérvese—y esto también tiene que ver con las posturas clásicas— que es mucho más difícil ver un demonio en el traficante—quizá como no se lo conoce no se puede hablar tan mal de él porque no se lo logra objetivar—; en cambio, es mucho más fácil objetivar en un pobre infeliz que se droga y referirse a él como a un demonio. Además, como opera también la cuestión del *prejuicio* y la *marginación*, es muy probable escuchar a un padre preocupado por lo que pensarán sus vecinos respecto de su hijo que es adicto.

Esta postura, por otra parte, cristaliza y obtura la posibilidad de comprensión del fenómeno. Si se le atribuye la significación del mal al objeto droga, inmediatamente surge la necesidad de buscar lo bueno, ya que de esta forma se presume que en la medida en que uno encuentre lo bueno sabrá por qué ocurre lo malo. De esta forma se produce entonces la obturación de la posibilidad de comprensión, la cual también forma parte de la demonización de la cultura. Justamente lo que aquí no aparece es una secuencia de fenómenos que explique por qué surge este fenómeno, que en este caso sería el más abarcativo: la drogadicción.

Parecería que hay algo que se nos niega. Justamente ese "algo" que se nos niega es la posibilidad de comprender qué es lo que nos pasa. A esto lo podemos relacionar también con la cristalización o la obturación, y es la *defensa social*.

De "defensa" se habla mucho—"Ministerio de Defensa", "fuerzas para la defensa", "defensa del patrimonio", etc.—. También nos movemos mucho en términos de "ofensa" y "defensa". Incluso en otros ámbitos nos referimos a esto análogamente—por ejemplo, hablamos de "estrategias de tratamiento", lo cual tiene claras connotaciones militares; o de "estrategias de investigación", de "tácticas de publicidad"—. Yo creo que estos términos provienen más del "ataque" que de la "defensa"; justamente, se quiere "atacar" el mal y no su causa, porque hacerlo nos llevaría a contrastarnos con nosotros mismos y con el tipo de cultura que nos alimenta y a la cual nosotros retroalimentamos.

Es por eso que todas las otras formas de adicción, como, por ejemplo, la del alcohol, son negadas. Hay personas que realmente tienen mucho criterio para analizar el tema que estamos tratando y sin embargo, cuando abordan este punto, se les trastocan las páginas. Es decir, no pueden ver a la droga socialmente aceptada como droga porque dicen: "me confundieron", "me sacaron el enemigo"—esto nos lo manifestó una vez una persona integrante de un organismo de seguridad—. Nosotros consideramos que la cocaína no es un enemigo; es un objeto, y en tanto objeto no puede ser el enemigo. Se podría decir que es tan enemigo como podrían serlo un micrófono o un arma—puede utilizarse al primero para que se escuche mejor o puede usárselo para insultar—; en este caso no se diría que el malo es el micrófono, sino que el que lo usa ha perdido la compostura.

Hay una cuestión que favorece esta manera de ver las cosas, y es que el *pensamiento internacional dominante* mantiene una relación fundamental con esta demonización de la cultura. Los modelos de prevención suelen partir de los centros de poder y éstos están localizados, obviamente, en el hemisferio norte, y sobre todo en el gran país del norte. No se trata de un "ataque antiamericano". En alguna de nuestras visitas a los Estados Unidos no hemos dejado de señalar que quien no quiere entender la producción de un fenó-

meno se va a encontrar con la ampliación del fenómeno. Pero los modelos preventivos que parten de la demonización—que se manejan con términos antitéticos de negro y blanco, mejor y peor, bueno o malo, toda una cuestión maniqueísta—tenden a prolongar esta cultura de la demonización. Esto es justamente lo que entrañan muchos de los modelos que se nos presentan como grandes modelos de prevención.

Afortunadamente, la Organización de las Naciones Unidas y la UNESCO se han dedicado durante mucho tiempo, y particularmente en los últimos años, a hablar de la prevención inespecífica, a la cual me referiré más adelante.

¿Qué pasa con el fenómeno de la demonización y con la forma en que se difunde el sistema cultural internacional? Lo que sucede es que se masifican *criterios de expulsión*. Las características del adicto son comunes a todos los países, ya que para quien consume un objeto aquí o en la China los efectos biológicos son los mismos. Sin embargo, lo que cambia—y esto es motivo de nuestro estudio—es aquello que los hace diferentes, es decir, el porqué de la producción del fenómeno y cuáles son los denominadores comunes. El denominador común no es, ni puede ser, la ingesta del objeto. El único denominador común que ésta ofrece es la exteriorización del fenómeno, es decir, las variantes de que una persona esté excitada, deprimida o alucinada; ahí se acabaron las semejanzas que puede producir la biología.

Desde estas semejanzas biológicas es desde donde se nos pretende, juntamente con la demonización de la cultura, imponer los lineamientos de la prevención.

A pesar de la remanida definición de la OMS, aquella que dice: "droga es el objeto que, introducido en el organismo, produce modificaciones en él", las inclusiones desde el punto de vista de la demonización de la cultura justamente no ponen el acento en las *drogas socialmente aceptadas* o en las *drogas intermedias*—que son las de la producción psicofarmacológica o psicotrópica, es decir, los medicamentos—. ¿Y a éstos por qué no se los incluye? Porque en ese punto se estaría en contradicción con una producción no solamente cultural, sino económica; más aún, recordemos que la industria farmacéutica es una de las tres producciones económicas más importantes del

mundo. Entonces, sucede que al entrar en esa contradicción no se la puede ver como parte del fenómeno de demonización cultural.

Además, justamente hablando de masificación de la cultura y de mensaje que viene desde arriba, tenemos que pensar que los medicamentos tales como son expendidos y vendidos, y tales como son publicitados, es decir, como el tipo de panacea que representan, también son masificadores y favorecen una *cultura medicamentosa masificada*, que es aquella clásica de decirle al otro: "Esto me hizo bien a mí, tomalo que también te va a hacer bien a vos". A esto hay que acompañarle un factor muy importante que es el de la receta: el médico que no receta no es médico. Estas dos formas de masificación tienen que ver con el mismo proceso, y nadie puede escindir lo que realmente es representativo para su propia vida. Si una cuestión es desde el punto de vista económico suficientemente importante como para constituirse en uno de los pilares de la vida económica de todo un conjunto de naciones, es muy difícil poder desacralizarla, por un lado, y por otro denunciarla como excesiva. Permanentemente insisto en que el farmacotráfico –así llamo al exceso de la oferta de medicamentos– ha contribuido mucho más al proceso adictivo que todos los narcotraficantes juntos. Esto históricamente es así, y fundamentalmente en nuestro país.

No hay que olvidar que cualquier medicamento es visto como la sustancia que obvia todas las otras posibilidades; por ejemplo, entre plantearse un tratamiento psicoterapéutico, psicoanalítico, etc., cualquier tipo de tratamiento que lleve a enfrentarse a sí en el tiempo, y contra su tiempo, uno va a decir: "Mejor déme dos o tres pastillas que me solucionen esto ahora, ya". Esta oposición entre la posibilidad de revertir la situación de lo que no se ve y un objeto que calma la angustia instantáneamente produce una ganancia a favor del objeto.

Así las cosas la prevención queda desdibujada en una lucha cimentada en el prejuicio. Este es un problema grave, porque mientras que el prejuicio sea el motor de la prevención ésta no existe, simplemente hay retroalimentación del prejuicio. El prejuicio hoy tiene este nombre, mañana será otro; lo importante sería poder erradicarlo, porque el prejuicio es atentatorio de la condición

humana, ya que crea ciudadanos de primera, de segunda y de tercera. Además, es la forma más barata de pensar; en realidad, es no pensar. Cuando se prejuzga se consustancia algo de alguien con muy pocas nociones de ese alguien: con dos o tres pinceladas se puede situarlo fuera de, se puede des-contextualizarlo, escindirlo.

La otra cuestión que tiene que ver con la demonización atañe a los protagonistas de la misma, que serían los adictos. Estos adictos son conceptuados básicamente como sensiblemente peligrosos. No quiero desconocer dos cuestiones: ni la del daño –ya que la ingesta de cualquier droga que se prolonga en el tiempo produce daño–, ni la de la *peligrosidad* –ya que ésta no se circunscribe al daño de la droga sino a una cantidad de otras circunstancias–. Pensar que una persona que fuma 1 ó 2 paquetes de cigarrillos por día se halla en menor riesgo que si hiciera dos



nariguetazos de cocaína es un absurdo, ya que finalmente están aliados a una droga que los está destruyendo; hay una *superposición del sujeto con su objeto*, están protagonizando la vida de su droga y así, evidentemente, hay un daño instalado, más allá de cuál sea la droga en juego.

Esto guarda relación con los dos modelos que han sido los apoyos clásicos que ha tenido la cultura y la sociedad para poder definir el problema de la prevención. Las dos *formas clásicas de la prevención* –y que todavía tienen mucha vigencia– han sido el *modelo médico-sanitario* y el *modelo ético-jurídico*. Estos dos modelos tienden a consustanciar el mal con la producción de éste en sí mismo. Ese supraobjeto es malo en sí, hay que ejemplificarlo a través del daño que produce, y esto se une con la categorización de las penas que le corresponden a quien lo ingiere por hacerlo. Estos dos modelos

han sido clásicos aliados y siguen apareciendo permanentemente en las características de muchas de las políticas de prevención desarrolladas en todo el mundo, es decir, la alianza de estos dos modelos como forma de querer comprender el mundo. El objeto es malo porque produce tal daño y además su ingesta está castigada de tal o cual forma. Ahí se acabó la explicación; es una lógica que remite a la circunstancia del final y no a la del principio; es una especie de *teoría finalista de la prevención*. El finalismo está circunscripto a la cuestión del daño. Este razonamiento proviene de un enfoque moralista que no comprende las diferencias culturales que justamente entronizan estos modelos.

El otro problema que subyace a partir de esta alianza es el de la *culpabilidad*: aquel que ingirió el objeto malo no sólo se va a dañar sino que además es culpable, y quien es culpable debe ser exterminado. Esto nos lleva a reflexionar sobre quién es el culpable en esta sociedad. A lo largo de la historia el hombre siempre tuvo que encontrar un gran culpable para poder significar la mayor de las culpabilidades posibles. Por ejemplo, en los tiempos de Cristo, los leprosos y los endemoniados –probablemente personas que simplemente padecían una epilepsia–; incluso en el medioevo se realizaban tratamientos que eran verdaderas torturas para estos supuestos endemoniados a fin de sacarles el mal del cuerpo. Aquí surge una reflexión curiosa: en general, cuando hay demonización aparece la *compulsión* como forma de tratamiento. En este punto puede encontrarse una relación entre la *prevención* y la *prevención secundaria* o tratamiento en el sentido clásico, ya que están ligadas en este caso, ligadas en el sentido de la compulsión, la obligación de tratar a..., y una vez que se trata, que se lo haga de la forma más dolorosa posible, porque el sujeto debe pagar por lo que hizo. Una vez escuché a una profesora "inspirada", que se dedica a la prevención, proponer que un adicto debería someterse a un tratamiento obligatorio y luego cumplir la pena por haber ingerido la droga, por lo cual puedo pensar que es mucho mejor robarme todo el dinero que hay en un banco que dirigirme al mostrador de cuentas corrientes y colocarme ahí dos líneas de cocaína, porque seguramente la compulsión con que me traten se dará simultáneamente con la sanción.

Otro punto que merece discusión es la cuestión de la familia. El proceso de demonización lleva a concluir que, si el adicto no es culpable, debe serlo la familia. Por otra parte, la familia es la que puede dar respuesta al problema de las adicciones. *Cualquier familia, así como cualquier individuo o sociedad, es un proyecto vivo.* Clásicamente el FAT desarrolló en su modelo ético-social (Publicación Técnica del FAT N° 7) el tema del proyecto. No se trata de la cuestión del "proyecto" como una cosa irrealizable, así como hablar de la "sociedad" con mayúsculas, ya que eso lo pone fuera del alcance de los mortales. Pensamos que el *proyecto de vida* pasa por los pequeños proyectos de la vida cotidiana; la vida posible es la que hacemos todos los días. Hay grandes cosas que nos guían y pequeñas cosas que nos sostienen. Esta función de guía y sostén muchas veces está dicotomizada desde el lugar social de ofrecer una gran guía que no tiene sostén: es el hecho de sostener un ideal muy alto y por otro lado posibilitarlo muy poco. Con todo esto quiero indicar que la familia no se sostiene por sí misma; esto es un absurdo. La familia no es una entelequia. El Amor —con mayúsculas— tampoco es una entelequia. El amor tiene posiciones del amor. Las posiciones que supone esto del querer a otro, de sentirse querido por otro, tienen que ver con lo proyectivo y con que el amor es la cuestión de los afectos cotidianos, las regularizaciones de ese amor, esas situaciones en las que uno se siente sostenido en y por los otros. Si a una familia —que se dice que es la base para la sociedad...— no se le da una referencia y no se le permite referirse a los otros en función de sentir una mínima satisfacción en sí misma, esa familia no es continente y no puede dar respuestas al adicto porque a la vez le faltan respuestas a ella; entonces, aquí se derrumba la cuestión de la *culpabilidad familiar*.

Para poder entender este fenómeno una de las cosas que hay que destruir son los mitos. Los mitos son comprobables aún hoy día cuando vemos la capacidad que tiene el hombre para el olvido, para abusar del otro, para destruirlo, aniquilarlo, torturarlo, ignorarlo, y cuando creemos que tres o cuatro palabras mágicas nos van a salvar de todo este sinsentido que nos envuelve. Una familia tiene y puede dar respuestas, pero también necesi-

ta de una sociedad que la ayude a encontrar esas respuestas, que le dé contenido a sus propuestas, que en definitiva haga lo que nosotros proponemos como sistema, a saber: *la escucha y la posibilitación*. Quien no sabe lo que le pasa al otro jamás podrá colaborar con él. Nuestra historia y estos modelos de prevención que se basan en el miedo nos remiten a un problema de imposibilidad; no proponen sino que defienden; no optan por el lado amplio de las posibilidades, sino que están en el estricto marco de la defensa.

Hace poco en la Facultad de Medicina hablábamos con los estudiantes sobre el problema de la salud. Hay una cuestión que siempre se discute respecto de este asunto: ¿La prevención de drogas es un problema de salud? ¿Es un problema de salud mental o es un problema general y social? Es un problema general y social que, por una cuestión práctica, podemos incluir en los sistemas de prevención preexistentes. Esto es lo que alguna vez se intentó hacer en la Provincia de Buenos Aires: se capacitaba a los agentes de salud mental para que dieran respuestas.

La posibilidad de la prevención incluye el campo de la salud mental, pero no es su campo exclusivo. Este es un problema social que afrontamos todos o no lo afronta nadie, porque en caso contrario se deposita—con lo cual estamos nuevamente en el terreno de la demonización—. ¿Qué se busca del paciente? Depositarlo. ¿Qué se busca de los chicos que tienen problemas en la escuela? Sacarlos. ¿Qué se busca de la persona que no da el perfil? Que le cierren el camino. Entonces, o integramos y articulamos o nos cerramos, nos masificamos, nos excluimos.

Esto tiene que ver también con las propuestas. Mencioné antes la cuestión de la escucha y de la posibilitación. Las propuestas no se agotan en el campo personal y si se sostienen lo hacen en los otros campos: familiar, grupal, social. Esta cuestión de las propuestas se vincula también con el hecho de que, al faltar esta oportunidad —cuestión del castigo al que me refería anteriormente—, si alguien no puede proponer en función de ampliar los horizontes tiene que defender los estrictos horizontes que posee. Al que no es dueño de su barrio, de la plaza, ¿qué le queda?: abroquelarse en su casa. Esto, que parece un símil

literario, es un símil real. ¿Es que se ha incrementado tanto el delito que nos obliga a todos a aumentar el número de verjas? Obsérvese cómo está hoy la ciudad de Buenos Aires. Es asombrosa la ampliación del edificio de cerrajero o el de herrero. En Florida (EE.UU.) recientemente se autorizó mediante una ley que cualquier particular llevara armas a la vista; se ven almacenes donde se ofrecen canastas de granadas de segunda mano para la defensa del hogar. Esto no es una broma, y la mejor defensa para el hogar es también una ametralladora "Thompson", como la que usaban "Los intocables". Si la defensa de una sociedad pasa por la estricta defensa personal y se tiene que resolver a través de la compra de granadas en el supermercado, realmente hay que pensar que esa sociedad está muy mal. Este es un problema generalizado, que nos afecta también a nosotros. Parecería que estamos ante un panorama que tiende a repetirse. En vez de conquistar los amplios espacios de la salud, de la posibilidad vital, del encontrarse con el otro, nos vamos cerrando y reduciendo a nosotros mismos, con lo cual se instauran formas defensivas de pequeños grupos, se cae en una actitud social que se parece a la del adicto. El adicto se encierra y se defiende en su ámbito personal, que le da un lenguaje básico, un grupo de referencia. Ambos nos reducimos a lo mismo, a la falta de una red social.

Tras esta introducción, vamos a repasar qué se hace hoy en el mundo en materia de prevención de la drogadicción.

Se repiten las propuestas hasta el hartazgo. Se escriben libros que nos describen qué le pasa a un individuo si toma crack, qué le pasa si ingiere un depresor, qué le pasa, qué le pasa... ¿Qué le pasa? Yo diría: ¿qué les pasa que no pueden salir del mero efecto posterior?

Si me preguntan si la ingesta es dañina tengo que contestar que sí. Pero la información no tiene que estar descontextualizada. Una cosa es hablar de la droga como daño y otra es, a partir de la propuesta de la escucha, poder dar la respuesta correcta a la pregunta concreta. Porque, si no, se cae en algo muy parecido a las viejas historias de la educación sexual cuando, ante la pregunta del chico sobre el origen de los niños, o le cuentan el cuento del repollo o le dan, por el contrario, una explicación tan omnicompreensiva que se le

hace muy difícil entender. Porque a lo mejor preguntó algo muy concreto y sencillo y le terminan hablando hasta de fisiopatología. La exageración, en este caso, exagera lo que se quiere prevenir.

También se ha llegado a la conclusión de que hay grandes alternativas; por ejemplo, las grandes ideas que se venden hoy en todo el mundo: "Relativizar la droga = gran peligro." Otra: "Hay que recuperar el liderazgo." ¿De quién? ¿De los que deben dirigir? No. De los pequeños líderes comunales; son los que tienen que dar el ejemplo, tienen que convertirse en pequeños "Superman" de su comunidad y mostrar que son limpios y que se duchan todos los días con agua helada.

La cuestión es que no podemos decodificar como para poder decir qué esperamos de esto. Esta recuperación del liderazgo en un pequeño grupo tiene que ver con la falta de propuestas de los grandes grupos; si no hay política nacional, o si las propuestas en política nacional no contemplan lo colectivo —no como la pequeña comunidad que se salva en sí misma—, entonces ahí sí tiene significación el liderazgo del grupo en ese grupo.

Se hizo toda una campaña con el eslogan: "Just say no." ¿Cómo se puede decir "no" a algo que viene con un atractivo mucho mayor que el de decir sí? ¿O acaso todos decimos sí o no por decir simplemente sí o no? Cuando alguien le dice a uno: "Venga que lo quiero invitar a tomar un café", ¿simplemente le decimos que no? ¿O primero evaluamos si nos conviene o nos interesa tomar ese café, qué significa en este caso tomar un café, etc., etc.?

Otro aserto: "Debemos recuperar la confianza." ¿La confianza en qué? "En el educador, en el líder del grupo, en los padres, etc." Preguntémosnos antes: ¿qué es lo que generó la desconfianza? Si hay que recuperarla es porque se perdió en alguna parte. Tendríamos que pensar además por qué se perdió.

Otro: "Hay que inculcarle a la gente los grandes valores." ¿Cuáles son grandes y cuáles son los valores? Esto no es anárquico; es simplemente repasar en un momento histórico qué es lo que se postula como valor, qué vale la pena ser creído y vivido y cómo absorbe esto la población. No basta con declamar, se tiene que vivir.

Otra idea para la prevención: "Debemos tener fuerza en las decisio-

nes." ¿Cuáles son las decisiones que se pueden tomar? Si transcribiera el listado sería lastimoso. Generalmente son decisiones de tan poca monta que cuando a los jóvenes se les pasa la crisis maniaca de decir eso, después los embarga una depresión tal que la gran decisión que pueden llegar a tener es drogarse. Las decisiones que se pueden tomar desde el ámbito social justamente guardan relación con la posibilidad que tiene cada grupo de transformar la realidad que le toca vivir, porque si la gran decisión es dejar todo como está es un aburrimiento. En la medida en que la gente siente que está escindida de esa posibilidad de transformación empiezan a aparecer las imposibilidades que, entre otras cosas, se manifiestan por medio de la droga.

Otro aserto: "Hablemos claro." ¿Qué es hablar claro? Es simplemente decir que las drogas son malas. Hace unos años vimos una propues-



ta en un videotape en el que se mostraba a un grupo de chicos bailando y saltando; acto seguido aparecía un vendedor de drogas, abría su auto y empezaba a ofrecerlas; los jóvenes dudaban, hasta que de repente surgía una especie de "superjoven" que decía: "No, vade retro, tal droga es mala por tal cosa y tal otra por tal otra cosa, etc." Era toda una discusión entre el bueno y el malo y, como en la lucha viejísima—quedémonos tranquilos—, triunfaba finalmente el bien y entonces el vendedor se alejaba. Esta cuestión del saber decidir no pasa por el conocimiento; yo no niego el conocimiento específico del daño que puede provocar una sustancia, pero enmarcado en algo.

Otro mito: "Debemos lograr una postura activa." ¿De quién? De nuestros jóvenes y de nuestros grupos sociales. ¿Para qué? Para engancharse con las propuestas ya establecidas. Lo novedoso no funciona.

Resumiendo, en todos los países del norte, por una u otra razón, sobre todo en aquello que se masifica a través de los grandes discursos que provienen de los organismos internacionales que están sostenidos por los centros de poder, se opta por sugerir las mismas líneas remozadas del viejo discurso médico sanitario, ético jurídico, montado sobre una demonización cultural.

Obsérvese el fracaso de la campaña del "Just say no". Hubo también otras campañas "más lúcidas", por ejemplo cuando dedicaron millones de dólares para eliminar cultivos particulares; rescataron 4.000 macetas.

La otra propuesta. ¿Qué son las propuestas alternativas? La UNESCO y algunos otros organismos, por ejemplo, el Ministerio de Educación de Colombia, que ha hecho una excelente campaña—más allá de que en varios aspectos no se esté de acuerdo—, y organismos particulares o estatales que abordan la cuestión desde otros ángulos, han procurado elaborar una propuesta alternativa. La propuesta alternativa pasa por alentar todas las actividades que tengan que ver con lo participativo y lo creativo, que revaloricen el valor "comunidad" y que le den posibilidad a la familia de instalarse en un lugar mejor sostenido. Todo esto se procura por medio de innumerables mecanismos, por ejemplo, un taller literario, una huerta hecha por iniciativa de los jóvenes, la discusión de problemas sociales y políticos, la construcción de viviendas, etc., es decir, a través del sentido protagonista y participativo. Parece una solución de perogrullo. Es que de esta forma vemos cuán lejos estamos aún del perogrullo; entonces, salíamos con la superperogrullada de creer que por decir simplemente que las drogas son malas, éstas se iban a acabar.

Las propuestas alternativas son tantas como la imaginación, la capacidad de conjunción y la creatividad de un grupo puedan originar. Pero hay que reafirmar: estas acciones no pueden quedar como una acción alternativa en sí misma, porque para la exclusión también pueden intervenir otro tipo de fenómenos que aparentemente son muy inclusivos, pero que se reciclan a sí mismos. Hay un sistema de comunidades cerradas que funciona en Italia, donde todas las reglas son iguales a las que rigen internamente a un convento. Estas posibilidades se cierran en sí mismas y así son exclusivas de sí

mismas, no tienen conexión con el mundo. Cuando un grupo funciona además como grupo sostén permite un cierto "sostenimiento", pero se limita en sí mismo. Para que ese grupo sea realmente una alternativa de sostén tiene que engancharse en la red social. La imaginación está en articular la propuesta del grupo con la propuesta social. Esto es como arrojar una piedra en un estanque quieto; los círculos que origina tienen que llegar a la orilla.

Esta propuesta alternativa no revierte las situaciones de fondo, pero evidentemente les da un caudal mayor que el simple enunciado de los daños. Esta propuesta es fácilmente practicable. Ya en las Primeras Jornadas Nacionales Interdisciplinarias sobre Drogadicción realizadas en 1987 (Publicación Técnica de FAT N° 13) presentamos los resultados de una experiencia basada en el juego que hicimos con personas que estaban trabajando en un barrio: los chicos terminaron haciendo una cosa totalmente distinta de lo que los había nucleado en principio, que era drogarse con inhalantes. Un año después esos 60 chicos se reúnan para otra cosa. Ya el motivo que en principio los unía había desaparecido. No fue por tratamiento compulsivo, allí hubo escucha y un mínimo de posibilidades.

No obstante, no quiero que quede planteado algo así como la panacea de la participación, para evitar caer en otra forma de sacralización. La participación tiene que articular a la vez otras cosas, por ejemplo, en un momento determinado la participación puede tener que ver con la propuesta de un tratamiento; en otro momento con la de una acción política, etc. Esto lo hemos visto hasta el cansancio; por ejemplo, nos convocan a un pueblo porque suponen que el único problema que tienen es la droga; luego, cuando se desacralizan las demás cosas, empiezan a aparecer un montón de otras carencias y, entonces, o nos hacemos cargo de todas esas cosas o todo queda puesto en ese lugar. Por eso el camino participativo lleva justamente a situar el problema en el sitio justo.

Quisiera citar un trabajo del equipo dirigido por el Dr. Restrepo, colombiano, que dice: "Todos los factores mencionados hasta el momento conducen a la compulsión, que en nuestro conocimiento es el fenómeno central de la farmacodependencia.

Como no creemos que la alterna-

tiva consista en cambiar una compulsión socialmente condenada por otra aceptada, pues eso significaría quedarnos en el terreno de lo adaptativo, estamos entonces en la obligación de conceptualizar estos factores que conducen al hombre de nuestra época a la neurosis o a la miseria psicológica y mental para así poder hacer una verdadera labor preventiva que nos coloque en el camino de alcanzar un hombre integral. Romper la compulsión implica pasar a una lógica diferente de la señalada por el sentido común predominante en nuestra cultura, porque precisamente han sido esa lógica y esta cultura las que han desembocado, en un proceso gestado desde tiempo atrás en sus entrañas, en el problema de la farmacodependencia.

La drogadicción no es un simple fenómeno externo que podamos controlar con paliativos e intervenciones parciales. Pensar el problema de la drogadicción e intentar buscarle solución nos lleva a un cuestionamiento muy profundo de nuestra vida y costumbres si no queremos caer en vaguedades y generalidades o en intervenciones violentas y desesperadas que no conducen por ningún camino positivo. Admitamos pues que enfrentar la drogadicción no implica enfrentar un enemigo que nos invade desde afuera, y al que podamos atacar y rechazar como si se tratara de un agente infeccioso al que combatimos con antibióticos.

Enfrentar la drogadicción implica enfrentarnos a nosotros mismos, a nuestras concepciones y valores, a nuestras actitudes y hábitos que subrepticamente, y sin que nos demos cuenta, nos conducen a esta compulsión.

Este empobrecimiento de las relaciones interpersonales limitadas por tantas defensas y precauciones termina por convertirse en una insostenible rutina y monotonía, en una pobreza sensorial que nos aflige.

O tenemos la capacidad de transformación o nos quedaremos en esta vinculación que es contraria a la que queremos prevenir."

Haré un aparte con respecto a la prevención en los establecimientos educativos.

Voy a indicar dos cuestiones fundamentales: una que tiene que ver con los alumnos y otra que tiene que ver con la enseñanza y los profesores.

Primero: soy totalmente contrario a la idea de dar como materia

"Drogadicción"; es un disparate. En ese caso se tendrían que instaurar materias como: "Todas las neurosis posibles", etcétera, etcétera.

¿Cómo se enseña el problema? Si se lo considera un problema importante -esta decisión tiene que ser tomada por el Ministerio después de una reflexión- convendría diversificarlo en varias de las materias existentes. Por ejemplo; yo puedo hablar de los antecedentes del coqueo en Historia; sería muy útil darse cuenta de cómo el problema del coqueo tiene que ver con la colonización española y con las minas del Potosí; ahí está la historia concreta de la explotación de determinados individuos y cómo para facilitarla se usó la coca, tal como hicieron los ingleses en las guerras del opio.

En Geografía se podrían delimitar las zonas de producción. En Química se podrían estudiar los productos en sí mismos. En Geografía económica se podría analizar el tema de los medicamentos, no sólo como problema de drogas sino también como industria. O sea, en la secundaria se puede abordar -sobre todo por el programa tan abarcador existente- esta problemática en sus distintas aristas.

La oscuridad que puede tener un chico en materia de drogas es la misma que puede tener porque no puede relacionarse con una chica; se sentiría igualmente angustiado y falto de respuestas. El diálogo como imposición, como paliativo, es ridículo. Es lo mismo, por ejemplo, que si se nos dijera: "Usted tiene kilos de más o de menos, entonces haga gimnasia". El diálogo no es una cosa lineal de este tipo. El diálogo se da cuando existe la posibilidad de ese diálogo.

El adicto remite a toda una serie de faltas que no son del momento. Su adicción seguramente tendrá que ver con algo anterior y con una serie de combinatorias que llegan a ese momento. Toda la prevención que hace referencia a un único suceso y que opone, por ejemplo, oscuridad versus diálogo; es totalmente insuficiente y no ayuda a la prevención.

La otra cuestión tiene que ver -sobre todo en el ámbito oficial- con la falta de propuestas para el tiempo extraescolar. Hay todavía una especie de viejo prurito en los colegios que es el de no poder utilizar el espacio escolar fuera del tiempo en que está programada la enseñanza. Hay que darle lugar de pertenencia a los jóvenes y ese lugar po-

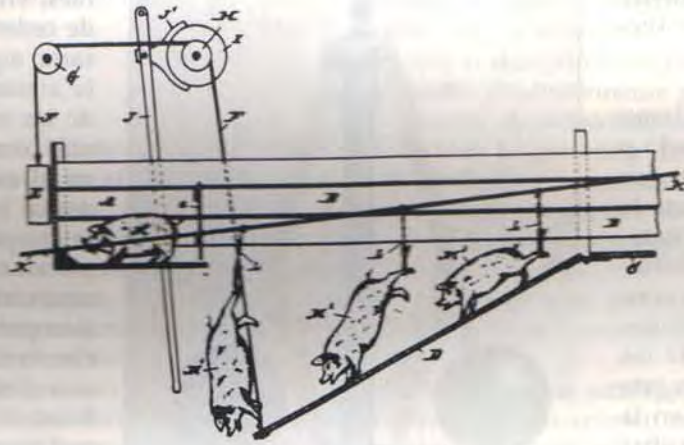
dría ser aquel donde estuvieron estudiando. Esto es preventivo.

Por otro lado, hay que subrayar que en el intercambio que los profesores mantienen con los alumnos las alternativas tienen que ser de ida y vuelta. Si no hay retroalimentación la prevención carece de sentido; en vez de prevención va a haber un discurso monolítico. Por tanto, se necesitan de estas dos guías. Lo demás reside también en la capacidad de los docentes, en el trabajo que hagan no como luchadores sacrosantos contra la droga, porque eso no funciona.

Creo que hay que llamar al entendimiento y a la reflexión a los padres y a los docentes más que a los adolescentes. La prevención, si

se enfoca como objeto hacia el preadolescente, aunque se la pronuncie desde otro sitio, como es una palabra convocante, se vuelve a hacer referencial. No hay que olvidar todas las falencias que se viven en la etapa de la adolescencia, que le hacen dudar al joven de un sinnúmero de cosas que tenía por seguras, y además tiene que reconocer como seguras las que se le van a presentar. Entonces, si uno le plantea un problema que no va a saber cómo tomarlo, ¿hasta qué punto estamos previniendo? Por consiguiente, mucho más útil resulta poder hacerlo con quienes sí tienen formas de decodificar los mensajes y no emparentarse directamente con el objeto prohibido.

Creo que hay que trabajar más con los adultos para lograr ese nivel de conciencia perdido que nos permita decir que no es real la absurda creencia de que la sociedad tiene en sí todas las respuestas, porque esto es parte del juego que mencioné antes referente a los dos grandes modelos. Es decir, nos tranquilizan con la afirmación de que la sociedad tiene todas las respuestas; entonces el adicto es un desviado. Lo que tenemos que reconocer, en cambio, son las falencias de nuestra cultura que han dado origen a este tipo de "desgracia" social. Cuando tome conciencia de ello la gente va a decir: "No quiero que ese aparato siga funcionando." ■



Entrevista al profesor Claude Olievenstein

por Sylvie Wieworka
y Dominique Wintrebert

Vertex: *Le rogamos que se presente brevemente a los lectores de Vertex.*

Claude Olievenstein: Me llamo Claude Olievenstein. He creado y dirigido el Centro Marmottan que es un Centro experimental para la recepción, la orientación y el tratamiento de toxicómanos no alcohólicos y que al cabo de 20 años continúa siendo la estructura más importante en Francia y una de las más importantes de Europa en este tema. Más tarde me interesé en la antropología y acabo de aprobar hace dos años una tesis de etnopsiquiatría y de antropología médica. Soy director de investigaciones en la Universidad de Lyon II en ese tema. He escrito una docena de libros, la mayor parte traducidos al español, de los cuales uno o dos en Argentina y los demás en España.

Vertex: *¿Se considera ud. un autodidacta o reconoce que ciertas experiencias influyeron en su pensamiento?*

Olievenstein: A nivel de clínica de la toxicomanía, me considero un autodidacta. A nivel de las influencias filosóficas, éticas, clínicas y otras, recibí muchas, y muy variadas.

En principio fui muy conocido como dirigente del movimiento estudiantil y como Secretario Gral. de la Unión de Estudiantes Judíos de Francia. En tanto tal tuve ocasión de encontrar a algunas personas que fueron referentes para mí, verdaderos maestros, ya sea en el plano de la escritura como el caso de Richard Marenstras o en el plano del pensamiento, de la confrontación de la ciencia moderna con la cábala, por ejemplo alguien como Henri Atlan y más tarde otros intelectuales tales como Michel Serres.

Siempre me interesaron los que intentaron ir más allá de la idea de una causalidad lineal: Atlan, Serres, Prigogyne, que se interesaron en los equilibrios inesta-



bles, en los desórdenes creadores de orden intermitente. Me interesaron aquellos que se ocuparon de la atmósfera, de las sensaciones, de las emociones, de la cinética, más bien que de un discurso lineal en el cual el pensamiento occidental ha quedado completamente atrapado ya sea en el caso del psicoanálisis como en el de la neurobiología. Por lo tanto yo siempre estoy a la búsqueda de elementos que permitan construir una clínica más próxima de la realidad de los toxicómanos con los que nosotros contactamos.

Vertex: *¿Hay algún clínico respecto del cual Ud. se sienta más próximo?*

Olievenstein: A decir verdad, sueña quizás megalómano, pero, no. Desde el punto de vista de la clínica de los toxicómanos, yo me siento muy a distancia de todos aquellos... voy a intentar matizar esto: me siento próximo de colegas que tienen una cierta práctica pero que no han teorizado. De los teóricos yo me siento muy alejado. Ya sea de aquellos que como Zafirópoulos o Geberowicz rechazan la especificidad del hecho toxicomaniaco, o también de aquellos que han creado una teoría reduccionista sobre el modelo psicoanalítico o sociopsiquiátrico como en el de DSM III americano. Yo no me reconozco para nada en esos modelos, tengo el sentimiento muy agudo de que decimos muchas cosas en materia de toxicomanías, que muchos clínicos son clínicos eméritos, pero cuando uno les pide explicar lo que hacen y por qué lo hacen, no lo pueden hacer.

Vertex: *¿A qué se refiere Ud. cuando habla de psicoterapia?*

Olievenstein: Yo he desarrollado, sin que esto sea una pretensión de dar un ejemplo, lo que llamaría "una ética para una psicoterapia perversa". Creo que debemos jugar de una manera transicional el rol del objeto perdi-

do, del objeto droga y para hacerlo de tal forma introducirnos en la intimidad afectiva de la persona en una doble gestión contradictoria: en un primer tiempo fusional mientras organizamos simultáneamente una relación con la ley en forma simbólica. Es un trabajo de clínico experimentado, porque no hay que devorar al toxicómano ni dejarse devorar por él. Yo puedo aplicar esto, pero no sé si es posible transmitírselo a otro.

Vertex: Nosotros quisiéramos terminar esta parte inicial de la entrevista con una pregunta sobre su relación con el psicoanálisis...

Olievenstein: Yo hice psicoanálisis y lo interrumpí. Es uno de los materiales que utilizo sobre todo como fuente de reflexión, pero de ninguna manera en mi relación terapéutica con las personas.

Vertex: ¿Es indiscreto preguntarle quién era su analista?

Olievenstein: Sí, es completamente indiscreto. Puedo decirle simplemente que se trataba de una mujer, y no sé si esto pueda tener una influencia.

La clínica de la toxicomanía

Vertex: ¿Qué definición daría Ud. hoy en día de un toxicómano? ¿La ha modificado con el tiempo y la experiencia?

Olievenstein: Mi definición ha variado poco, en principio digamos que es fenomenológica, es decir, es toxicómano cualquiera que se sienta toxicómano. Yo quisiera con esta definición invertir el sentido de aquellas que otros dan. Por supuesto que conozco la que da la OMS. Siendo muy joven yo dí una que decía, "es toxicómano cualquiera que utiliza casi cotidianamente un producto de base mientras al mismo tiempo usa otro". Finalmente no estoy satisfecho. Yo creo que es toxicómano aquel que se reconoce o se reivindica como tal.

Vertex: Pero, entre "se siente" y "se dice" hay una diferencia.

Olievenstein: Es cierto, yo preferiría entonces para aclarar las cosas, decir, "se dice". No hay ninguna razón para no respetar la voluntad de alguien que se dice toxicómano.

Vertex: ¿Podríamos invertir la definición? ¿No es toxicómano aquel que no se dice toxicómano?

Olievenstein: No, yo no lo creo. Hay nociones objetivas que intervienen, como es el concepto de dependencia, y más allá de la dependencia, lo que los americanos —que por una vez son más sutiles que nosotros— llaman la adicción. No la podemos negar; pero la experiencia prueba que toda persona adicta ("addict") se reivindica toxicómano en algún momento de su vida. Nuestra clínica, ligada a la ambigüedad de la legislación, lleva a que algunas personas no lo digan y otras lo digan en exceso. Lo que es importante es escuchar la demanda de la gente. Lo que ocurre en la calle y en la relación de los supuestos toxicómanos con la ley no me concierne, es desde mi lugar y aquí desde mi oficina, como Director de esta institución, que yo le estoy dando estas respuestas.

Vertex: Ciertos autores sostienen que el toxicómano no existe, que es el imaginario social quien le asigna ese lugar. ¿Para ud. el toxicómano es algo más que un síntoma?

Olievenstein: La toxicomanía nunca fue para mí un síntoma, siempre me opuse muy violentamente a una tal perspectiva que considero reduccionista y hasta perversa. Cuando escucho a uno de los líderes de esa corriente, Zafirópoulos, presentar como toxicómano a alguien que es evidentemente un delirante, me doy cuenta de que esto es incorrecto, aún cuando esta persona consume un producto. Por el contrario lo que es totalmente específico de la toxicomanía y que la radicaliza en relación a todas las otras experiencias es el lindo recuerdo del placer que se ha sentido al consumir un producto, no hay sólo iniciaciones en el dolor o en los síntomas como quisieran hacérselo creer. Hay una luna de miel, un encuentro gozoso con el producto, que lleva lo más cerca posible de lo que Jankelevich llama "le déjà presque et le presque plus" es decir, el éxtasis. La desgracia es que el vocabulario no es exacto. No es el éxtasis, aunque se esté muy próximo a él, porque hay calor, hay la atmósfera, la cinética, pero se aproxima, porque el tiempo vivido por el sujeto es o infinitamente pequeño o infinitamente grande. Es lo que hace específicamente el hecho toxicómano. Yo quiero puntualizar muy bien lo que estoy diciendo, yo no creo en la existencia de una personalidad toxicomaniaca, pero creo profundamente en que el encuentro entre una persona y el producto entraña algo muy específico.

Vertex: ¿Hay una psicogénesis? O, de otra manera ¿Cómo se llega a ser toxicómano?

Olievenstein: En principio observamos una cosa: nunca en el mundo animal; aún si los animales consumen productos tóxicos, particularmente el caballo en los períodos de celo, se encuentran toxicomanías, por lo tanto es necesario que para ello exista algo de específicamente humano. En cuanto al término de psicogénesis debemos señalar que él nos conduce en dirección al análisis causalista; yo creo que es, en principio, algo del registro del azar y la necesidad. Hay personas que no habrían llegado a ser toxicómanas si no hubieran encontrado el producto. Uds. saben que yo he definido a la toxicomanía como el encuentro entre una persona, un producto y un momento sociocultural, es decir que hacen falta los tres. Uno puede tener una apetencia toxicomaniaca, pero si no encuentra el producto nunca llegará a ser toxicómano. Uno puede aún tener una apetencia y encontrar el producto, pero si la imagen representativa e identificatoria de la ley es suficientemente fuerte uno no transgredirá o bien, si transgrede, lo hará sólo una vez y se detendrá. Yo no creo que haya una psicogénesis sistemática que conduzca a la toxicomanía, por el contrario creo que hay personas que han tenido en su historia traumatismos. Lo que yo llamo el estadio del espejo roto y que pueden, por el azar de los encuentros, evolucionar hacia la toxicomanía, pero también hacia el suicidio o la psicosis en función de las dimensiones de atmósfera, de cinética de intensidad en las cuales se producen estos encuentros.

Vertex: Es decir que en el fondo se mantiene fiel a lo que nos decía al comienzo. Ud. no se refiere a modelos causalistas lineales sino que considera que el toxicó-

mano emerge del encuentro con la droga y que en el momento que precede a este encuentro no hay toxicomanía.

Olievenstein: Exactamente, diría aún que durante largo tiempo acepté la idea de que existían toxicomanías sin drogas como lo decía von Economo a mediados del siglo pasado y que la anorexia y la bulimia eran otro tipo de toxicomanías. Ya no acepto más esto. Es cierto que la bomba atómica y la ballesta, ambas son armas, pero esto no impide que los destrozos que producen una y otra sean inconmensurables. Algo similar ocurre con el alcohol. Aún si hay similitud no es de la misma intensidad, no es la misma atmósfera que aquellas que procura la heroína. Una incidencia práctica de estas consideraciones es que yo siempre rechacé tratar en la misma institución y de la misma manera a los toxicómanos y a los alcohólicos como se hace en muchos países y como lo plantean muchos de mis colegas.

Vertex: Usted empleó anteriormente el término de transgresión. Este es un eje importante para pensar la clínica de esos sujetos. En numerosas oportunidades en su escritos Ud. menciona la ley imaginaria y la ley real ¿qué entiende Ud. por ello?

Olievenstein: Yo hablo de la ley imaginaria, simbólica y real, se olvidó de una de las dimensiones. La ley real es el "cana", el policía, el aparato de Estado. La dimensión simbólica está representada muy esquemáticamente, por el padre, el nombre del padre y todo lo que se relaciona con ello. Y la dimensión imaginaria, es la síntesis que hace todo niño, luego todo adolescente, entre estos encuentros entre la ley real y la ley simbólica: él se construye un modelo imaginario de ley y es en relación a ese modelo imaginario que hay o no transgresión.

Vertex: Usted dice que no hay toxicómanos sin el encuentro con el producto. ¿Cómo ve la cuestión de la prevención en esta óptica? No la prevención a nivel social y político, ya veremos eso más tarde, sino sobre lo que se dice que hay que informar a los jóvenes en la escuela, sobre las advertencias que hay que hacerles antes de que puedan devenir toxicómanos. Su posición hace conceptualmente difícil una aproximación a este tema. ¿Cómo se sitúa ante las tareas de prevención?

Olievenstein: En la medida en que ciertos muchachos y chicas tienen más riesgos que otros en razón de los traumas iniciales que tuvieron y en particular a lo que mencionaba antes como espejo roto, es decir al modelo identificador que se rompe en el momento en el que se está creando. Ahora bien, hay personas que tienen un espejo completamente roto y que si encuentran el producto serán toxicómanos cualquiera sea el régimen político, la relación con la ley que tengan, etc. Otros no tuvieron nunca su espejo roto, por decirlo así y en este caso podrán tocar la experiencia de los tóxicos con un uso recreativo y no se planteará la cuestión de su instalación con el producto en un dúo indecible e indefinido.

Entre los dos hay toda una gama de muchachos y de chicas, la inmensa mayoría, que en el momento de la adolescencia tienen un espejo un poco fisurado y que podrían juntarse con el producto si su dimensión imaginaria de la ley no es lo suficientemente fuerte como para impedirlo. Es allí donde puede plantearse la prevención reforzando de una manera ortopédica, yo diría,

las defensas del yo en relación a una transgresión normalmente prohibida. Las dos no son excluyentes una de la otra. Hay otra dimensión más política: la de la convivencia, es decir, cómo las personas deben aprender a vivir juntas. Se puede ser pedofílico, hay miles así y sin embargo no pasar al acto. La imagen que esas personas se hacen de los niños que desean es una imagen ética suficientemente fuerte como para impedir el pasaje al acto de la pulsión. Creo que en materia de drogas uno puede hacer algo similar.

Vertex: La heroína por vía intravenosa produce un goce que en comparación hace palidecer a aquel obtenido por el orgasmo: es lo que se llama el flash. ¿Cuál es la consecuencia en la vida sexual de estos sujetos?

Olievenstein: Es evidente que la sexualidad de alguien que consume heroína pasa por varias fases. En general, uno encuentra en esos pacientes, antes de la toma de heroína, muchas dificultades sexuales. Por el contrario no se encuentran –y es muy curioso analizar esto– personas que no hayan tenido relaciones sexuales o hayan tenido poco de ellas. Llama la atención la precocidad y la importancia de las relaciones sexuales antes y al comienzo de la toma de heroína, pero por el contrario también llama la atención la frecuencia de tropiezos de esta sexualidad bajo las formas de eyaculación precoz, ausencia de erección, frigidez femenina, que determinan relaciones sexuales que no han dado el placer esperado. Cuando se consume heroína la primera sorpresa para los muchachos es que tienen prolongadas erecciones. Pero poco a poco se alcanza la extinción de la libido. No hay más deseo. Es en realidad hacerse el amor a sí mismo y ser autosuficiente en el placer que se siente, o bien en otra vertiente, ser autosuficiente en el sufrimiento de la carencia de droga. Si alguna cosa está próxima al sadomasoquismo sexual es bien esta carencia de droga y es así que vemos que el toxicómano busca muy frecuentemente la carencia tanto como el placer. Hay algo incomprensible: esta gente se suicida y muere y se suicida cuando están curados. Cuando están en la carencia. No se suicidan prácticamente nunca cuando están simplemente en la carencia de droga. Allí hay una suerte de relación de anestesia, de olvido, tanto más fácilmente aceptada como que por otras razones, múltiples y variadas, hay una especie de nostalgia de un estado arcaico de bebé repleto, satisfecho y que eso permite no verse confrontado a la sexualidad ya que uno se desea pequeño.

Luego viene una tercera fase, cuando las personas salen, es la restauración de la sexualidad frecuentemente frenética y acompañada de algo que no se cuenta porque fue masacrado por los psiquiatras de fines del siglo XIX y de comienzos del XX: la masturbación. Llama mucho la atención la insistencia y repetición de la masturbación que coexiste con la sexualidad adulta como si la imagen de sí, no puede ser satisfecha exclusivamente por el juego sexual con otra persona. Es de notar también que el juego sexual pasa frecuentemente por posiciones andróginas que no son posiciones homosexuales, sino una búsqueda de completud del ser por un partenaire de uno u otro sexo. Yo creo que una de las claves de la aproximación a los toxicómanos es ese posicionamiento andrógino. En este dominio de la sexualidad, ese reparo de la identidad perdida está también presente y lo que me llama la atención es que los clínicos, en general, no osen prácticamente jamás, abordar

ese problema. En particular los analistas que los sitúan en el plano aseptizado del fantasma o del síntoma y que no se dan cuenta de que hay una competencia frecuentemente hecha en detrimento de la sexualidad. La atmósfera y el calor del gozo y de la carencia son más importantes que la sexualidad. Cuando hay, entre comillas, "curación" todo vuelve a lo normal, es decir a los pequeños problemas habituales.

Vertex: Cuando Lacan plantea su estadio del espejo habla en esa ocasión de regresión tópica a ese estadio, en ciertos casos de psicosis, pero nunca de espejo roto. ¿Es esta una invención que Ud. ha hecho y podría sostener?

Olievenstein: Sí, efectivamente soy yo quien lo ha inventado.

Vertex: Pero el estadio del espejo según Lacan si podemos resumirlo es una alienación imaginaria que hace que "yo es otro".

Olievenstein: Exactamente, pero que se acompaña igualmente de un proceso de separación y en el caso del futuro psicótico ese proceso de separación no es posible, mientras que en el toxicómano ocurre algo intermedio entre una separación posible y una separación imposible, es decir que en el momento en que se mira en ese espejo real o simbólico el espejo se rompe. No sabe muy bien si "yo" es "otro", no sabe muy bien si "yo" existe. Lo entrevió. Se va a quedar con esa falta arcaica que va a intentar reencontrar en las faltas de toda su existencia. La posibilidad de la identidad desapareció en el momento en el que aparecía. El psicótico no percibe más esta posibilidad de una identidad. Es allí que todo puede jugarse; podemos hablar de causalismo pero digámoslo una vez más si bien puede aparecer como necesario no es suficiente, muchas personas tuvieron ese traumatismo pero no se convertirán en toxicómanos porque las circunstancias no se prestarán a ello.

Vertex: ¿Se siente influido en esta invención por las teorías kleinianas como por ejemplo el fantasma del cuerpo fragmentado?

Olievenstein: De ninguna manera. Jamás leí una sola línea de la obra de Melanie Klein. Por el contrario, alguien que me ha impresionado mucho y que me ha influenciado un poco es Winnicott.

Vertex: Hay una lógica propia en esta invención que Ud. ha hecho que conduce directamente al texto de su último libro "El Hombre Parano". ¿Somos todos paranoicos?

Olievenstein: Yo insisto mucho en los aspectos de intensidad, de cinética y de atmósfera. En efecto. Existe esta potencialidad en todo el mundo, pero en la medida en que es a la vez el encuentro del sufrimiento y el yo del cual Ud. hablaba anteriormente hay múltiples posibilidades de combinación y de estadios. Es la famosa historia filosófica: le pica, Ud. se rasca y esto lo alivia. Ud. continúa rascándose y se produce una herida. Hay a la vez ataque y contraataque. Lo que me interesa es la movilidad de la vida psíquica y no esa especie de fijismo en la cual se la encierra. Todo el tiempo se nos habla de cosas que se mantienen inmóviles. Y sin embar-

go no es sólo eso, no es sólo así. Hay una relación estructural que se establece. Uno se parece a un neurótico o algo así y en el momento siguiente ese parecido desaparece y así permanentemente. No es más que macrocópicamente que las cosas parecen inmóviles. Es como si habláramos de las enfermedades infecciosas antes del descubrimiento del microscopio. No hemos afinado para nada nuestra visión de todo el movimiento y la inestabilidad extraordinaria de la vida psíquica.

Vertex: Sin embargo parecería que formulando el concepto de estadio de espejo roto, Ud. emite una hipótesis causalista que trasciende las estructuras psicopatológicas.

Olievenstein: Yo no niego de ninguna manera la hipótesis causalista. Lo que digo es que es insuficiente, que el factor causal no es el único. Al lado de ese factor que utilizo todos los días en mi práctica hay otras dimensiones cuyo peso es también importante.

Vertex: Usted decía anteriormente, que era toxicómano el que se decía tal. Sin embargo uno puede muy bien imaginar que muchos psicóticos también se dirían toxicómanos.

Olievenstein: Por supuesto y yo he recibido en esta institución a cantidades de personas, contra la opinión de mi equipo, por que se decían toxicómanos y yo pensaba que esta afirmación les evitaba la angustia de disociación. Y fue solamente en el momento en el que la angustia de disociación se convirtió en algo muy fuerte que fueron derivados hacia estructuras psiquiátricas y dejaron naturalmente el tóxico para tomar neurolepticos.

Vertex: Ahí vemos bien la hipótesis de que la toxicomanía puede ser una prótesis imaginaria para ciertas personas.

Olievenstein: Para ciertas personas sí. Salvo que aún en el grupo de los psicóticos, estos, los que consumen adquieran una cierta especificidad.

Vertex: Usted insiste sobre la importancia del tiempo; ¿se trata de una referencia a Prigogine?

Olievenstein: Y también a autores mucho más antiguos, Eugène Minkowski y la fenomenología del tiempo vivido, por ejemplo.

Vertex: Esto nos lleva a preguntarle ¿Cómo es que se sale de la toxicomanía? Hay un informe de Robert Castel que acaba de aparecer...

Olievenstein: Sí, efectivamente, me ha vuelto loco de rabia leerlo!

Vertex: Sin embargo aún cuando los planteos de Castel sean discutibles él menciona un asunto interesante sobre el porvenir de los toxicómanos. ¿Cómo analiza Ud. esto con los años de experiencia que ya tiene en el tema?

Olievenstein: Lo que puedo decirle, y no es una provocación, es que yo jamás curé a un toxicómano en mi vida. Por el contrario, el trabajo a la vez institucional y personal que yo puedo hacer con las personas es de pro-

porcionarle una ortopedia o una prótesis, llámelo como Ud. quiera. Y aquí vamos a tocar una dimensión que para mí es esencial; que esta prótesis u ortopedia les enseñe, a través de lo que yo he llamado la democracia psíquica, la democracia en el sentido más simple de la palabra, es decir, hay elecciones que hacer, que se deben hacer, y todo el trabajo pedagógico, curativo que nosotros podemos hacer, todos los modelos identificatorios permiten establecerse a una gama de soportes y a la persona hacer una elección de renunciar a ser toxicómano, es por eso que yo prefiero el modelo francés al verticalista y rígido modelo americano. Pero la persona no va a renunciar al bien que le ha procurado la toxicomanía. La gran diferencia entre el alcohólico "arrepentido" y el toxicómano, si este último es sincero, porque algunos de ellos se ponen al servicio del discurso de Narcóticos Anónimos, es que el toxicómano tendrá siempre la nostalgia de una luna de miel perdida. Pero por razones de convivencia o de conciudadanía, de pareja, de miedo a la ley, puede abandonar el objeto droga. En mi criterio es lo que pasa, lo que ocurre en forma más frecuente. Nosotros ayudamos a las personas a atravesar momentos difíciles, los ayudamos a fortalecerse, pero no conozco un sólo toxicómano que vaya a decirle que la "merca" no es buena, salvo en las emisiones de televisión. Yo he tenido muchos encuentros con Narcóticos Anónimos y siempre hay un momento en el que confiesan tener nostalgia de la droga, todos llevamos dentro la nostalgia de alguna cosa. Entonces, uno los arma, uno les permite obtener una democracia psíquica, término que yo elegí voluntariamente en relación con lo político, porque esta democracia psíquica no tiene valor si ella no se inserta en la política y no solamente en el destino individual. Esto les permite hacer una elección: hay más ex-toxicómanos que toxicómanos. Frecuentemente se olvida decir esto.

Vertex: *¿Usted piensa que dejar de drogarse, con su ayuda o sin su ayuda es la misma cosa?*

Olievenstein: Si me atengo al final del proceso podría ser la misma cosa. Pero si observo el intervalo de vida que separa la luna de miel y el final, podría decir que nosotros ahorramos muchas vidas, las de los toxicómanos pero también las de su entorno; nosotros ahorramos mucha criminalidad; y sobre todo, algo que me parece fundamental: nosotros ahorramos muchos sufrimientos insoportables. Esto es poco calificable. Cuando se intenta evaluar nuestro trabajo, no se mide lo que ocurre en términos de afectividad entre nuestros pacientes y nosotros. Ese poder decir, poder ser débil, poder llorar, poder ser agresivo, etc... es una de mis razones de rebelión contra los epidemiólogos y los estadísticos. Es que la inmensa dimensión de nuestro trabajo, ese ajetreo día tras día con la angustia de los toxicómanos y sus familias, no es contabilizable.

Vertex: *En el fondo Ud. podría suscribir la idea de que si en la mayor parte de los casos uno logra recuperarse, la manera en la que se produce esa recuperación es extremadamente importante y que es a este nivel que los profesionales intervienen.*

Olievenstein: Exactamente. Uno puede perfectamente salir de la toxicomanía y ser alguien profundamente depresivo y caer luego en otra patología. Lo que nosotros esperamos es que las personas que tomamos a cargo

puedan salir siendo ciudadanos, palabra que yo utilizo intencionalmente, ciudadanos orgullosos de haber podido hacer ese tipo de elección que han hecho.

Vertex: *¿Puede haber una vía de salida de la toxicomanía por el alcoholismo? En una época fue casi una moda decir que sólo los ex-toxicómanos eran capaces de ayudar a aquellos que estaban atrapados por la droga. ¿La salida sería convertirse en terapeuta?*

Olievenstein: Respecto de la primera parte de la pregunta yo le contestaría que sí: el alcoholismo puede ser una vía de salida transicional del uso de drogas ilícitas. No sé si es mejor o peor, pero hay evidencias al respecto. Con respecto al segundo punto yo le diría como decía Aragón, que era un orfebre en la materia, que con jóvenes imbéciles es que uno hace viejos tontos. Ud. podrá encontrar toxicómanos que llegarían a ser auténticos terapeutas y también otros que serían nada más que fachistas trabajando para el Patriarca.

Vertex: *Pasemos a la política de la toxicomanía. ¿Cómo articula sus tomas de posición pública con la práctica clínica que lleva a cabo?*

Olievenstein: Yo no sé si las articulo. En principio me parece importante decir que yo nunca fijé las posiciones que tomaba, que yo siempre acepté renegar de ellas si era necesario. He reivindicado el derecho a la contradicción, a poder equivocarme. Simplemente le diré que en la medida en que he tomado públicamente la palabra he intentado sopesar los hechos y no tomar mis deseos por realidades, ni proponer cosas respecto de las cuales no hubiera reflexionado de manera suficientemente importante. A propósito del debate actual sobre la legislación concerniente a los productos utilizados por los toxicómanos estoy, contrariamente a las apariencias, infinitamente más torturado de lo que uno podría creer. Me dan vuelta en la cabeza los argumentos por, los argumentos contra, y me siento preocupado por lo que va a pasar en la sociedad. Ahora bien, cuando yo pienso en términos de salud pública, mi primera pregunta va en la siguiente dirección ¿Qué es lo mejor para mis pacientes y sus familias? Intento hacer de suerte que no sea mi deseo lo primero y eso no es forzosamente cierto en mi palabra terapéutica; yo intento ser lo más responsable posible. Respecto de ciertas tomas de posición algunos me toman como un peligroso pasatista, otros como un peligroso represor, a veces estoy escandalizado por lo que dicen de mí.

Vertex: *¿Es Ud. partidario o no del uso de productos de sustitución? Entendiendo por esto un uso controlado por profesionales*

Olievenstein: ¿Es de la Metadona que Ud. Habla?

Vertex: *Y del Temgesic*.*

Olievenstein: El Temgesic es una porquería temible de la cual nadie conoce al respecto, ni sus efectos clínicos ni las consecuencias que puedan acaecer luego de su suspensión. En lo que concierne a la Metadona, yo me opuse durante toda mi vida violentamente a su utilización y

* Clorhidrato de Buprenorfina

actualmente estoy a favor de ella por razones económicas y sociales ya que, aunque más no sea, me interesa la disminución del riesgo de SIDA que pueda aportar. Para prevenir ese riesgo es que yo me he unido a la posición que plantea la utilidad de la distribución de los productos de sustitución, pero no estoy para nada de acuerdo con que sea el cuerpo médico el que se encargue de la misma. La metadona es un tóxico que debería venderse en los quioscos sin control ni coartada médica. Lo que me eriza la piel en el tema de la Metadona es la organización de su distribución por parte del cuerpo médico ya que la única razón por la cual yo me uní a esa posición es la prevención del SIDA como dije antes, pero me opongo a que demos a la gente la idea de que se trata de una forma de tratamiento de la toxicomanía.

Vertex: Usted está a favor de su distribución, pero no a través de los médicos ¿Es esto lo que explica que Ud. no lo administre en su institución?

Olievenstein: Yo no la doy aquí por una razón muy banal: la gran mayoría del equipo está contra la distribución de la Metadona y a pesar de las apariencias yo soy un patrón, un jefe, relativamente demócrata y no deseo imponerla. Dicho esto pienso que es mejor darla médicamente, que no darla para nada.

Vertex: ¿No es que esto significa sacrificar la lucha contra la toxicomanía en provecho de la lucha contra el SIDA?

Olievenstein: No estoy persuadido de tal cosa. Si observamos los países que distribuyen Metadona como es el caso de Inglaterra, Suiza, Holanda, hay tan buenos y tan malos resultados como los que tenemos nosotros. Ya sea que se practique la prohibición o la liberalización hay igual cantidad de personas que llegan a los centros de tratamiento a pedir ser tratados como en nuestro país. La motivación y deseos de las personas se mantienen idénticas cualquiera sean las formas institucionales que se les propongan. Yo no creo que se sacrifique la lucha contra la toxicomanía en aras de la lucha contra el SIDA. Creo que va a coexistir de manera desgraciadamente obligada en los años próximos. En el diario "Le Monde" en los últimos tiempos ha aparecido un debate sobre la pérdida de especificidad del tratamiento de los toxicómanos y el lugar de los clínicos generales en ese dispositivo.

Vertex: ¿Cuál es su posición en relación al lugar de los clínicos generales en estas tareas?

Olievenstein: Antes de responderle quisiera que sepa que envié un texto a ese diario que no fue publicado y en el cual yo llamaba a un debate público. Atraveso un período de confusión. Las cosas no son simples ni claras. Creo que hay clínicos generales y clínicos generales. No hay carnet de saber y de inteligencia y creo que hay que tener un mínimo de vocación para ocuparse de los toxicómanos. Por lo tanto no tengo respuesta unívoca, pero me parece grave y peligroso alimentar la ilusión de los clínicos generales, de que simplemente administrando buenas drogas legales van a curar a los toxicómanos. Si su ambición se limita a aliviar el sufrimiento lo van a lograr, pero si tienen la ilusión megalomaniaca de poder curar al toxicómano entonces nos dirigiremos en dirección a serias dificultades.

Vertex: Usted dice que está en plena confusión y que es conveniente lanzar un debate público.

Olievenstein: Exactamente. El fenómeno Maastricht ha sido para mí un revelador. Sobre este asunto muy difícil de Europa se ha entablado un debate de muy alto nivel en el que por primera vez la política show no ha ganado ni ha ocupado el centro de la escena. El respeto de la democracia, que para mí es muy importante, implica que ese debate sea llevado a la plaza pública, que no sea solamente un asunto de especialistas.

Hay un cierto número de elementos que son del registro del especialista mientras que otros son del registro del ciudadano. Según como uno se sitúa como ciudadano, que uno crea en la libertad, en la democracia, en la conciencia humana, uno va a decidir una u otra política.

Vertex: Ahora bien, ¿Ud. desearía que las cosas sean debatidas con esclarecimiento de los especialistas en ciertos puntos?

Olievenstein: Absolutamente. Yo reclamo un debate republicano sobre las cuestiones importantes que afectan a la sociedad.

Vertex: A propósito de la despenalización, de posiciones como la de Caballero, ¿cómo se situaría Ud. hoy en día?

Olievenstein: Mi posición es estrictamente oportunista, creo que si propusiéramos la despenalización le daríamos automáticamente 10% más de votos a la extrema derecha francesa y no tengo ningún deseo de ello. ¿Por qué ocurriría esto? Porque hay una mayoría de familias que piensan que hay bandas cosmopolitas internacionales que desean pudrir a la juventud francesa y que quieren arrastrarla hacia mil turbulencias con tal de ganar dinero. Si miro lo que pasa en Europa y en el mundo con el incremento del nacionalismo chauvinista, la búsqueda de chivos emisarios, la posibilidad de la intolerancia, no me surgen ningunas ganas de hacerle tal regalo a la extrema derecha francesa.

Vertex: ¿Un discurso hiper-liberal genera un discurso hiper-represivo?

Olievenstein: E hiper-facho también. No tengo ningún deseo de jugar al aprendiz de brujo.

Vertex: Al escucharlo uno pensaría que Ud. tendría una posición más matizada si la posición política fuera diferente.

Olievenstein: Sin duda, no lo oculto. Estoy muy inquieto por la corrupción de las sociedades civiles generada por el dinero de la droga. Hay noticias alarmantes que provienen de diferentes países y del mismo sur de Francia, y en ese sentido me pregunto cuál es el peligro más importante. ¿La guerra de la droga que ha sido declarada por Bush o bien el hecho de tener una minoría de toxicómanos con el resto del cuerpo social protegido del gansterismo, de la corrupción y la mafia?

Vertex: Esto que Ud. dice ¿podría hacer pensar en la política suiza por ejemplo?

Olievenstein: No, la política suiza está todavía demasiado medicalizada.

Vertex: A su gusto, pero nosotros podríamos imaginar que los suizos son más maduros en su afán de proteger...

Olievenstein: Las cuentas en bancos, la seguridad...

Vertex: Y los ciudadanos del mal, de la delincuencia. Y en el fondo dar a algunos lo que desean con tal de evitar que contaminen al resto de la población, es esto lo que parece incluir la aproximación de la política suiza.

Olievenstein: Esto podría ser una cuestión pública si la situación política fuera diferente. Yo viajo mucho. Veo la progresión y la organización de las mafias, la extensión del control por el dinero de la droga y eso es escalofriante. Esto plantea problemas de la corrupción de la democracia mucha más importantes a mi criterio que los que plantean los toxicómanos.

Vertex: ¿Cuál es su opinión sobre las comunidades terapéuticas del tipo de las del Patriarca?

Olievenstein: Espere; hay que separar. Si se trata de Patriarca, yo soy violentamente hostil, esto es un secreto de polichinela. Está ligado a la persona de Engelmayer y a lo que él engendra -y yo peso mis palabras porque no pretendo caer en un proceso de difamación, ya tuve dos o tres-, y a ese lazo de dependencia en relación a un personaje característico que permite todas las explotaciones posibles. Si Ud. habla de comunidades terapéuticas, creo que no es posible meterlas a todas en la misma bolsa. En el sistema francés que aparece inmóvil y crispado en posiciones paseístas carecemos de comunidades terapéuticas y de terapias de grupo. Pienso que los nuevos toxicómanos, los que provienen de los alrededores de las grandes ciudades, de los suburbios, no están culturizados como lo estaban los antiguos toxicómanos, no verbalizan tan bien como ellos. Hay nuevas estrategias a poner en marcha como son los equipos de proximidad, las unidades terapéuticas, las terapias de grupo. Esto no quiere decir el fin del sistema francés actual, pero hay otras aproximaciones a crear inspirándose en lo que se hace en países extranjeros. Hay que ampliar la panoplia de recursos terapéuticos.

Vertex: ¿Usted considera al SIDA como un objetivo mayor en el trabajo que actualmente hace con los toxicómanos?

Olievenstein: Nosotros intentamos separar las dos cosas, pero aún en la práctica nosotros tenemos una separación simbólica, un espacio en el que se trata el SIDA y no se aborda la droga y otro en el que se realiza el trabajo clásico. Pero eso introduce cosas nuevas y no estamos más que en los comienzos. Por ejemplo la angustia de muerte del personal. Los fantasmas de angustia de muerte en las familias que acogen a los pacientes y en los centros de post cura. Esto pesa mucho sobre nuestras perspectivas. ¿Qué quiere decir salir de la droga para alguien del cual nosotros sabemos que la tasa de T4 es de 100 o 150 y que va a morir el año que viene? ¿Cómo proponerle entonces la salida de la toxicomanía? Son cuestiones pesadas y difíciles. En este aspecto también

me siento confundido. No tengo respuesta cierta e intento responder a medida que se presentan los acontecimientos. No oculto haber aconsejado a algunos sujetos continuar su intoxicación cuando esto frenaba su angustia de muerte y le permitía tener un último año de vida más o menos potable. No me envanezco de haberlo hecho, ni me siento orgulloso. Pero es como para el dolor. ¿Por qué habría de dejar a la gente en el sufrimiento? Para mí la bestia negra y la obsesión es el sufrimiento de la gente, es el sufrimiento de las personas.

Vertex: Usted tomó posición a favor de la venta libre de jeringas.

Olievenstein: Sí, después de haber sido uno de los autores de su prohibición.

Vertex: ¿Con esto ilustra su comentario precedente al cambio de posiciones? ¿Qué piensa de ese tema hoy en día?

Olievenstein: Creo que es el más grande éxito que podamos haber obtenido en la prevención y la lucha contra el SIDA. Es en todo caso un éxito para la clientela de las instituciones en la medida en que constituye la continuidad lógica de la pedagogía preventiva que nosotros hacemos desde hace muchos años. Podemos estimar que el 85% actualmente no se intercambia más sus jeringas. Pero Ud. sabe bien que a mí me obsesiona la aristocratización de las instituciones. Pienso que una enorme parte de la población toxicofílica no viene a las instituciones y se mantiene acantonada en los suburbios. Ahí, en esos lugares, yo no estoy absolutamente persuadido de que nuestra pedagogía haya funcionado.

Vertex: ¿Hay algún punto que desee agregar?

Olievenstein: Sí, no hemos hablado de una de las razones mayores de la lucha contra la droga. Y es la política, el derecho a vivir de una manera convivencial. Es el hecho de hacer que los excluidos no lo sean, y sí de hacer en suerte que también los marginales respeten la convivencia con los otros. Confieso que cuando un toxicómano le arranca la cartera a una viejita tengo ganas de que sea condenado. No porque sea toxicómano sino porque agrede a alguien que es más débil que él, creo que la toxicomanía nos conduce a una interrogación sobre el urbanismo, el racismo, sobre la poesía, la cultura. Cuando yo veo chiquilines de 17, 18 años, tener su música, sus vestimentas, sus signos de reanocimiento, encuentro esto más bien alegre y agradable.

Vertex: Por lo tanto ¿lo que lo hace luchar contra la droga es que eso le parece un factor de antagonismo social?

Olievenstein: Exactamente, la toxicomanía es una violencia de sí hacia sí mismo que corre el riesgo de agotarse y dar lugar a la aparición de los skinheads, de las juventudes nazis y otras formas de violencia dirigidas hacia el exterior de sí. Por ello es que hay que actuar contra la toxicomanía que constituye una señal de un profundo malestar en la sociedad ■

EL PAVOROSO ASPECTO DE LA LOCURA EN LA REPUBLICA ARGENTINA

por el Dr. Gonzalo Bosch*

Gonzalo Bosch (1885-1967) se presenta en el panorama de nuestra Psiquiatría con el aura mística del erudito, cultivado literato y filántropo luchador de la causa médica. Su afición por las letras se volcó al género teatral cuya primera incursión se encuentra en 1917 cuando la compañía de Pablo Podestá estrena su obra "La extraña"; luego produjo "La huelga", "Los venenos", "En la corriente", "Agua mansa". Una vez logrado su Doctorado en Medicina en 1913 con la tesis "Ensayo morfológico del alienado" se internó en la especialidad jalonando su ejercicio con numerosas publicaciones: "La locura humana", "Alucinaciones", "Hipnotismo y sugestión", "Métodos para el estudio de la Higiene Mental", "Anormalidades de la personalidad" y muchos otros opúsculos y artículos. En 1912 funda la Liga Argentina de Higiene Mental y poco después su Escuela de Visitadoras Sociales.

Desde 1943 hasta 1953 es Profesor de Universidad de Buenos Aires. Junto con de las enfermedades mentales y dejó personalidad hipofrénica-asténica. de interventor en el Hospicio de las Mercedes pág. 216 el artículo

la Cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Lanfranco Ciampi fue autor de una clasificación una descripción de lo que él llamaba En diciembre de 1930 había ocupado el cargo y en 1931 publicó en La Medicina Argentina, X, que transcribimos.

La República Argentina, que ha conquistado un puesto sobresaliente, en lo que se refiere a organización hospitalaria, digna de las naciones más cultas, se encuentra actualmente abocada a problemas de asistencia social de la más grande importancia.

En efecto, el paludismo que azota a varias provincias, la lepra, que va insidiosamente infiltrándose hasta en la Capital Federal y la tuberculosis, que hace verdaderos estragos en todo el país, especialmente en las ciudades más pobladas e industriales, ocupan y preocupan a los gobiernos bien intencionados y previsores.

Para quienes seguimos de cerca los problemas sanitarios y sociales, sabemos que a esta noble lucha contra de la tuberculosis, de la lepra y del paludismo debe agregarse la campaña en contra de la locura: otro flagelo, que va pavorosamente aumentando año



tras año, entre nosotros, como en todo país civilizado.

¿La locura aumenta, o aumenta, como otros quieren, la sensibilidad social a la misma?

El problema de interés analítico que importa esta premisa no altera el hecho indiscutible y demostrable del aumento en el número de alienados que necesitan ser internados en establecimientos especiales: capítulo este, digno de la consideración más atenta de nuestras autoridades.

En Inglaterra, por ejemplo, según una estadística de 1859, había 1,86 alienados por cada mil habitantes, mientras que otra del año 1906, arroja la cifra de 353 alienados por cada mil habitantes. También en las estadísticas del año 1927 y 1928, presentadas por el departamento de comercio de EE. UU. de Norte América, se verifica un aumento notable de las enfermedades mentales, asistidas en los hospitales psiquiátricos. -En ese

país, el número de enfermos internados, en 1928 representaban el 2,21 por cada mil habitantes de la población total. (221,4 por cien mil). En comparación con los enfermos hospitalizados en 1880, hay un aumento de un 300 por ciento de enfermos mentales, naturalmente, sin contar los psicópatas, que por cualquier razón no fueron internados en los hospitales estatales o en los federales, porque a estos se refiere únicamente la estadística.

De la misma manera en Italia, en 1874 se asistían en los diversos manicomios, 0,5 alienados por cada mil habitantes. Cuarenta años más tarde, en 1914, la relación se había elevado a 1,5 por mil y en un reciente trabajo estadístico del año 1930, hecho sobre el movimiento de alienados del mismo país, el Doctor Modena observó que cada año aumentan allí 2.000 enfermos en los hospitales psiquiátricos y precisamente, en 1926, eran internados 60.306 alienados, en 1927, 62.127; en 1928, 64.268; y en 1929, 66.292 alienados.

Siendo el aumento de enfermos mentales una comprobación corriente, en todas las naciones civilizadas, se ha calculado que si el aumento de la locura, en los principales países de alta civilización, tuviese que ascender en la misma proporción verificada en la segunda mitad del siglo XIX, en menos de tres siglos esos países estarían poblados por alienados. (Tamburini, Ferrari, Antonini).

Frente a estos hechos, se nos ocurre preguntar: ¿Qué hizo la República Argentina para detener el incremento de la locura?... Organizó un número suficiente de establecimientos, en donde todos los enfermos mentales del país puedan recibir el tratamiento adecuado?... ¿Las providencias para la asistencia de alienados, responden a los criterios científicos aconsejados por la psiquiatría?

Tenemos que responder categóricamente que no.

No obstante el hecho de que varios distinguidos colegas, (recuerdo aquí solamente a Borda, Ciampi, Ameghino, Esteves Balado, D'Oliveira Esteves, Belbey, Rojas, Merzbacher, Martínez) Obarrio, Gorriti, Mó, etc.) hayan levantado su voz de alarma y tratado diversas cuestiones relacionadas con la asistencia a los enfermos mentales, en la Argentina, estamos convencidos de que, relativamente, poco se ha hecho en este campo y mucho queda por hacer y sin demora.

Es por esto y porque sabemos que "el problema de más trascendental importancia que hoy debe solucionar toda nación civilizada es, según F. Farnell (1930) aquel del cuidado y de la asistencia a los alienados y a los delincuentes", que volvemos hoy a plantear los tópicos que están ligados al tratamiento y a la profilaxis de las enfermedades mentales en la República Argentina, no ya con la idea de marcar rumbos nuevos, sino con la intención de estimular con la prédica y con el recuerdo de cosa juzgada y conocida, la realización de todas aquellas medidas que contribuyan a resolver e implantar la asistencia de los alienados: *Gutta cavat lapidem*.

Para que no se nos tilde de exagerados, cuando hemos dicho que mucho hay que hacer, y sin demora, en nuestro país, en beneficio de los alienados, vamos a resumir lo que está realizado y lo que falta por realizar, hasta que podamos decir que la Argentina ha organizado la asistencia a los enfermos mentales en forma inteligente y acabada.

Ante todo, es menester precisar el número de enfermos mentales existentes en el país.

Según el censo de 1869, contábamos con 4.003 alienados y 4.223 idiotas, lo que de acuerdo a la estadística oficial, daba una cifra para los primeros de 2,3 por cada mil habitantes y, para los segundos 2,4 por mil. Se rectificaron esas relaciones oficiales y se encontró que había 4,30 por mil en aquel entonces, de los cuales 2,13 por mil dementes y 2,25 idiotas: los internados eran solamente el 0,02 por mil.

Desde entonces hasta la fecha, no tenemos informes que nos proporcionen datos fehacientes sobre el número

de enfermos mentales existentes en la República, pues el censo de 1895 que rebaja a la mitad el número de los censados en 1869, dice que no puede hacer comparaciones internacionales (con nuestras cifras) por que algunos países, entre los alienados, incluyen, a los idiotas, cretinos, etc.

Esta explicación inhibe de tomar en cuenta esas cifras pues indica que no se han considerado alienados todos aquellos que padecían trastornos mentales.

El censo de 1914 dice que dada la poca importancia que se le asignó a este capítulo en el censo anterior (1895) ha resuelto no tratarlo y en consecuencia nuestro tercer censo nacional no registró el número de alienados existentes en el país.

No despreciaremos, sin embargo, un dato importante que contiene en el comentario de las cifras que nos ocupan, el censo de 1895, cuando establece que de los alienados censados, los extranjeros figuran en una proporción equivalente al doble de los argentinos.

Tenemos sin embargo, estudios prolijos sobre el número de alienados que están internados, en asistencia, en los establecimientos manicomiales.

En la revista de la Liga Argentina de Higiene Mental, (N.º Iº, 1930), publicamos el dato: en los diversos establecimientos, psiquiátricos se asisten alrededor de 14.000 enfermos mentales, lo que significa que en ese año los alienados representaban aproximadamente el 1,26 por cada mil habitantes. Nos falta todavía por conocer el número de enfermos que no se asisten en los establecimientos de la especialidad y que creemos superior al primero.

Si no tomamos en consideración el fenómeno verificado en todos los países, en aquello que se refiere al incremento de la locura en los últimos cincuenta años y nos atenemos a la relación establecida en los datos del censo de 1869, más arriba referido, tendremos que, globalmente, entre alienados, (enfermos mentales propiamente dichos) e idiotas, asistidos y no asistidos, su número debe oscilar actualmente, en alrededor de 43.000, si calculamos nuestra población en diez millones de habitantes, y, llega a 51.600, si consideramos que aquella alcanza a los doce millones.

A esta cifra se aproximan, las calculadas hace ya algunos años, por los Dres. Meléndez y Coni. -Citados por Ingenieros en su libro "La locura en la Argentina"- quienes llegaban a establecer que existían 4,5 alienados por cada mil habitantes: relación que con la población actual, haría ascender a 54.000 el número de alienados.

Como se ve, la cantidad de alienados en nuestro país es respetable. Si se estima exagerado ese cálculo, que sin embargo se basa sobre un censo oficial del año 1869, y no se tiene en cuenta, como hemos dicho, el aumento de la locura, notado en todas las naciones en estos últimos tiempos, y se quiere reducirlo, tomando como comparación el de otros países, (Suiza tiene 3,94 alienados por cada mil habitantes, Dinamarca 2,30; y, EE. UU. de N. América 2 por mil (según referencias del Dr. Ameghino), podríamos computar, quedándonos seguramente muy lejos de la realidad, con 2 alienados por cada mil habitantes: un total de 24.000 alienados.

Ahora bien: para esa enorme población de insanos, contamos solamente con las siguientes instituciones manicomiales: Hospicio de las Mercedes, Hospital Nacional de Alienados, Hospital Melchor Romero, Colonia Nacional de Alienados "Dr. Domingo Cabred", Asilo Colonia de Oliva, Hospital de Alienados de Rosario, Asilo-Colonia para Retardados de Torres y una decena de sanatorios privados.

Hemos visto ya que en todos estos establecimientos se asisten alrededor de 14.000 enfermos mentales, ¿los otros alienados, más de diez mil, como minimum, en donde se asisten?

De lo dicho resulta claro que por lo menos, diez mil alienados no encuentran en el país asistencia psiquiátrica

de ninguna clase y si tenemos en cuenta que todos los establecimientos públicos tienen internados actualmente una cantidad de enfermos superior a la capacidad de cada uno, el problema de la asistencia a los enfermos mentales en el país, cobra caracteres trágicos, no de acuerdo, por cierto, con la cultura nacional.

Pero aquí no puede ni debe terminar nuestra preocupación; no solamente el país está obligado a proporcionar a cada enfermo mental que lo necesite, una cama en un establecimiento adecuado, sino también que entrado en éste, encuentre la asistencia hospitalaria, correspondiente a sus necesidades. En otros términos: deben existir instituciones suficientemente organizadas, de acuerdo a la técnica manicomial moderna, pues no pueden satisfacer los refugios, los depósitos, los asilos, los hospicios...; el país reclama y exige, hospitales psiquiátricos.

La Argentina, que, como hemos dejado señalado, no llega, por falta de establecimientos, a prestar asistencia psiquiátrica a todos los alienados, cuando la proporciona, ¿lo hace de acuerdo a los adelantos de la medicina? Si así fuera, tal vez este modesto trabajo no habría salido a buscar la opinión y la solidaridad públicas.

La casualidad nos ha puesto en condiciones de poder emitir un juicio fundado en la observación detenida de uno de los establecimientos más grandes en donde tiene su asiento la cátedra de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Buenos Aires; nos referimos al Hospicio de las Mercedes, a donde la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales me enviara, como Director Interventor, el 2 de Diciembre del año pasado.

Estamos convencidos que es obra patriótica levantar el nivel de la asistencia a los enfermos mentales, porque la experiencia nos enseña que los países más adelantados, son aquellos que más han gastado y gastan el dinero público para mejorar el tratamiento y las condiciones hospitalarias, de esa categoría de enfermos, a tal punto que, hubo un autor que sostuvo que la civilización de un pueblo se puede juzgar por el cuidado tenido para con sus enfermos mentales. Pero ¿cómo levantar ese nivel, si ignoramos hasta su posición?

Nos parece llegada la oportunidad de hablar claro y de descubrir un velo tupido que cubre insuficiencias y miserias, si que también una organización primitiva, en desacuerdo con la civilización de que hacemos gala, para satisfacción de una ridícula vanidad, y, lo haremos atentos al respeto que nos merecen las autoridades que nos han ofrecido su inteligente y eficaz ayuda en nuestros propósitos, mostrando las cosas como son en la realidad y para los fines humanitarios que perseguimos, y lo haremos —repetimos— después que hayamos puesto de relieve las vicisitudes de la evolución psiquiátrica en todos los países, inclusive en el nuestro.

No hay duda que la psiquiatría es, entre las ramas de la medicina la que hoy está menos adelantada. Extenso nos sería sentar discusión sobre la multiplicitud de las causas; nos basta recordar que la especialidad psiquiátrica, durante siglos, fue, diríamos, casi substraída a la medicina y que vivió después al margen de la misma.

El enfermo mental, decía un ilustre autor, desde hace poco tiempo, ha merecido el honor de ser considerado entre los enfermos. Damaye, en 1923, escribía, que entre todas las especialidades, la psiquiatría es la que el público y los médicos más desdeñan, desconocen e ignoran, y este desdén y esta incompreensión derivan del "manque d'orientation médicale de cette spécialité".

Efectivamente, si quisiéramos elaborar una reconstitución histórica de esa rama de la medicina, encontraríamos, por un lado, que durante varios siglos, el enfermo mental no fué considerado un enfermo, y por el otro, que cuando se encerró al alienado detrás de las pesadas puertas del ma-

nicomio, también la psiquiatría quedó apresada dentro de sus muros y no pudo adelantar sino cuando traspasando nuevamente el umbral, en forma tímida primero, y resueltamente después, se aproximó a la medicina general y empezó a seguirla en sus métodos, en sus conocimientos y adelantos. Por lo que se refiere a la técnica asistencial argumento que más nos preocupa en este trabajo, haremos una rápida reseña, limitándonos a recordar los pensamientos emitidos al respecto por los autores que se interesaron en estas cuestiones.

Dejando de un lado los recuerdos griegos y romanos, nos encontramos con Celso (Año 5) que se ocupó en su "de re medica" de la locura y sobre todo de su tratamiento: él creía que el enfermo mental debía ser tratado con severidad y dureza, tal como aconseja en su célebre receta, que comprendía sus criterios terapéuticos: *ubi perperam aliquid dixit aut fecit, fame, vinculis, plagis coercendus est.*

C. Aureliano (Año 230) que completa la obra de Areteo, diferencia la frenitis de la alienación, describe la manía y la melancolía, localizando aquella en una afección del cerebro y ésta en una del estómago (*in melancholicis stomachus, in furiosis vero caput afficitur*) tiene consejos, casi diríamos modernos, sobre el tratamiento. En efecto, aconseja para los enfermos agitados el aislamiento, la obscuridad, modera el uso del vino, encomienda la dieta y, en fin, se levanta en contra del abuso de los medios de contención y escribe esta frase, la cual, como dice Marcé, "semble contenir toute la doctrine du no-restraint": *facilius fit aegros ministrantium manibus quam inertibus vinculis retinere.*

Desde esa época hasta el renacimiento, en la literatura médica, no se habla de las enfermedades mentales, y desde el renacimiento hasta hace casi un siglo y medio, la sana tradición médica de Hipócrates, Areteo, C. Aureliano, Celso y Galeno, fué del todo desconocida, para dar lugar a las interpretaciones sobrenaturales e intervención de las ideas religiosas en los hechos puramente patológicos; las alucinaciones no fueron más un fenómeno morboso, ellas se explicaban universalmente por la existencia de seres sobrenaturales, de potencias activas e inteligentes, puestas entre Dios y el hombre, y allí, en donde el médico reconoce actualmente un fenómeno solamente subjetivo, no se veían sino los efectos perniciosos de una potencia infernal, hostil a la potencia divina y que debía ser combatida por los exorcismos, torturas y las llamas del fuego. Todo el mundo conoce cuáles fueron las consecuencias prácticas de esa teoría. (L. V. Marcé). No obstante fuere esa la opinión general, se encuentran en este extenso período de tiempo, autores que consideraron la locura como una enfermedad, entre los cuales es mi deber recordar: Sylvius, Zacchias, Sydenham, Willis, Vieussens, Boerhaave, Pomme, Morgagni, Cullen.

Willis (1622-1675), aconsejó diversas fórmulas medicamentosas, pero, no se abstuvo de prescribir procedimientos de rigor: *juriosi nonnunquam citius per supplicia et cruciatus, quam phannacia aut medicamentis curantur.*

Pomme fue el primero en aconsejar los baños prolongados a los alienados. A Morgagni (1682-1771) no escaparon las lesiones anatómo-patológicas del cerebro, en las enfermedades mentales, y la utilidad de las distracciones agradables y conversaciones alegres, y a Cullen los saludables efectos de la aplicación del enfermo al trabajo.

Entre los que merecen ser considerados como precursores de la técnica manicomial moderna, hay que destacar la figura de A. M. Valsalva, el ilustre discípulo de Malpighi, quien vió, poco después de 1700, como dice Bilancioni, la vasta complejidad del problema en sus elementos sociales y médicos.

Valsalva, médico en un establecimiento en Bolonia en donde se asilaban dementes, estudió clínicamente las diversas formas de frenitis, parafrenitis, delirio, manía, melancolía, etc., y siendo profesor de anatomía tuvo oportu-

nidad de practicar diversas autopsias de alienados, como lo recuerda su discípulo Morgagni. Valsalva fué tenaz opositor a lo doctrina y consejos de Celso, que en aquella época todavía imperaban y según los cuales, el enfermo mental (*tormentis quibusdam optime curatur*).

"No cadenas, no tormentos, no violencia, sino moderación, afabilidad, como la del padre que aconseja a sus hijos, y cuando la agitación violenta, hiciera necesario el medio de contención, no ya las cadenas pesadas y molestas, ni el cuero duro que lastima, pero sí el paño o tela de lino debe sujetar las manos de los enfermos". Al par que hermosos consejos, Valsalva suministraba remedios, tales como la sangría (en el pie, mano y frente), las decocciones o jarabe de papaver, los fomentos calientes, el eléboro o el antimonio, y parece también que utilizaba la transfusión sanguínea.

No obstante estas voces aisladas, que señalaban un nuevo rumbo a seguir, en la asistencia a los enfermos mentales, el prejuicio que se había generalizado, alrededor de la naturaleza de la locura, dominaba por completo la sociedad. De aquí el tratamiento despiadado y bárbaro: quien opinaba que debíanse condenar a muerte; quien prefería la cárcel; quien las cadenas; quien los tormentos (suplicia) o la intimidación y las amenazas. Era la receta de Aulo Cornelio Celso que imperaba: *Fame, vinculis, plagis, coercenâus*, receta que no se apartaba mucho de la que en tiempo pretérito, ordenaba la Lex praetoria romana secuestro en la cárcel para el enfermo mental.

Este concepto de la locura, desgraciadamente duró hasta las postrimerías del año 1700. En efecto, Heinroth, director de un manicomio y que vivió entre los años 1773-1843, sostenía aún que la locura era una enfermedad del alma, confundida con el pecado, siendo secundarias las desviaciones patológicas, en lo que se refiere a lesiones de los órganos.

Entretanto, durante los siglos a que aludimos, ya fuere por la influencia del cristianismo o, en parte, por el grado de civilización alcanzado, aunque la medicina no interviniera, empezaron a surgir, acá y allá, establecimientos, refugios, y otros asilos para los enfermos mentales. En algunos hospitales comunes se admitían enfermos tranquilos en sitios especiales, -en general, se elegían los sótanos-

Célebre fué el hospital de Granada, Hospital de San Juan de Dios que fué abierto merced a la propaganda del portugués Juan Ciudad (1435-1550) quien después de haber experimentado la pesadez de las cadenas y la atrocidad de las torturas, por haberse enfermado mentalmente, al salir curado de un establecimiento de alienados, fundó a tal efecto una orden religiosa y fue considerado como el patrono de los locos (Portigliotti).

Amaldí, en un reciente e importante trabajo sobre los institutos manicomiales, nos hace conocer un dato interesante, que nos indica la finalidad de estos establecimientos: en una medalla acuñada en 1561, en homenaje al Papa Pío IV, por haber fundado el hospital "para recibir a los dementes" de Roma, se leen las siguientes palabras: *Mendicis psychotrophio redactis*. Aunque el neologismo, *Psychotrophio*, dice Amaldí, sea impropio e incompleto, explica netamente la esencial función alimenticia, que tenían esas instituciones.

De lo dicho resulta que, no obstante haber surgido establecimientos para alienados, éstos tenían por finalidad aislarlos y se asemejaban, más que a hospitales, a cárceles, provistas de los instrumentos que se utilizaban habitualmente, como ser: esposas, cadenas, sillas de hierro, cepos, jaulas de madera, etc.

Así las cosas, en el año 1785, en una pequeña ciudad de Italia -Florenia- su Príncipe Leopoldo I^o, ordenó que se levantara un hospital destinado a los enfermos mentales, por inspiración de un médico, que merece ser recordado en forma especial: Vincenzo Chiarugi, quien indicó al príncipe la

forma en que debía llevarse a término la obra. En 1788, dicho hospital, al cual se le denominó Bonifacio, abrió sus puertas a 126 alienados florentinos. Constaba de 202 habitaciones, bien ventiladas y que disponían de todas las comodidades y útiles necesarios. "Estaba construido con elegancia y magnificencia verdaderamente de realeza. Había depósitos, baños, salas para divertirse, corredores, oratorio y senderos de hierba y árboles para paseos. Allí los alienados encontraban un Asilo, una custodia, asistencia y tratamiento".

Tal es la descripción que el mismo Chiarugi hace de su hospital, en el reglamento del mismo, que contiene, además, los nuevos principios que debían guiar la asistencia de los enfermos: principios nuevos -repetimos- nuevos en aquella época y que en la actualidad pueden aplicarse.

Según el pensamiento de Chiarugi, la dirección del hospital debía confiarse a "un enfermero médico" y a un "sub enfermero cirujano", los cuales debían vivir en el establecimiento, "para los casos de urgencia y para vigilar que los sirvientes desempeñaran cuidadosa y exactamente las incumbencias". El "enfermero médico" debía investigar las causas, los indicios y períodos de la enfermedad: los enfermos debían separarse, de acuerdo a la enfermedad que padecían; el médico de cabecera debía dejar un certificado de donde se desprendiera si la enfermedad era congénita o cuando se inició y en dónde se descubrieran todos los síntomas, las circunstancias que la acompañan y la evolución".

Es muy interesante conocer los deberes que atribuye Chiarugi al "enfermero médico": "vigilar que los alienados gocen de los senderos herbosos y que durante el paseo no vieran, ni fuesen vistos por personas no pertenecientes al hospital; vigilar con escrupulosidad que ningún ministro, profesor, asistente, sirviente o cualquier otra persona del hospital o extraña, ose jamás, en ninguna ocasión o bajo ningún pretexto, pegar a los dementes, dirigirle injurias, provocarlos, especialmente en sus períodos de mayor agitación, darles bromas, obligarlos a servir al hospital, sin el permiso expreso del enfermero médico, el cual podrá, a veces, hacerlo como prueba, pero sin dejarlos nunca a disposición y capricho de sus subalternos".

Debemos, escribía Chiarugi, evitar la fuerza permanente de los hombres para contener a los agitados... la presencia de los objetos de contención les irrita siempre más y aumenta su excitación, en manera especial la de las cadenas de hierro: solamente el ruido de aquellas despierta un horror indecible y provoca la cólera más intensa... Los alienados son hombres, tal vez más que cualesquier otros, dignos de consideración... Quien debe asistirles, debe tratarles *instar parrentis qui coercen liberos, non lictoris qui in damnatis desviat*.

La eficacia de ese tratamiento fué puesta de relieve por el mismo Chiarugi, según el cual salían curados del hospital, las tres quintas partes de los enfermos.

Nos hemos detenido a propósito en la descripción del hospital de Bonifacio, de Florenia, porque, como dice Amaldí, fué el primero en Italia y en el mundo que mereciera el nombre de hospital y porque su organizador Vincenzo Chiarugi, fue también el primero que en verdad libertó a los alienados de las torturas y cadenas; que inició el tratamiento verdaderamente médico a esa categoría de enfermos y que, en fin estableció por primera vez los criterios que deben servir de base para una asistencia netamente psiquiátrica proclamando que el médico y el enfermero deben asistir al alienado, como el padre asiste al hijo enfermo.

Fruto de su experiencia y dedicación constante, como director del hospital "Bonifacio", Chiarugi, unos años más tarde, 1793-94, publicó su "Tratado médico analítico de la locura", el primer tratado de psiquiatría, según nuestros propios conocimientos.

Tres años después que Chiarugi inaugurara el hospital Bonifacio, precisamente en 1791, la Academia de Ciencias

de París, propuso un premio, para quien alcanzara a solucionar la grave cuestión del tratamiento de los alienados.

Un médico de Bicêtre, Felipe Pinel, en 1792, atemorizado por la lamentable situación por que atravesaban los alienados y al mismo tiempo lleno de las ideas democráticas, triunfantes en su país en aquel entonces, al proponer reformas en los procedimientos de asistencia de los enfermos mentales y el derecho de éstos, a ser tratados como hombres enfermos, pidió que se abandonara el uso inhumano de las cadenas y malos tratos.

El grito libertador de Pinel fué escuchado, no solo en París, sino también en todo el mundo, por donde se propagó, aunque no con la rapidez que mereciera y, las cadenas dejaron de teñirse con la sangre de los alienados brutalmente contenidos y lesionados hasta entonces.

En homenaje a la verdad, debemos reconocer que dos años antes que Pinel en París, otro psiquiatra, José Daquín, había pedido la reforma del manicomio de Chambéry y la supresión de los malos tratos.

No sabemos si como efecto de este movimiento en favor de una asistencia humana y médica para los enfermos mentales, en 1793 entró en vigencia, en el manicomio de Charenton, confiado a la orden de San Juan de Dios—orden de que ya nos hemos ocupado en su fundación— y por la cual “los frailes debían lavar los pies a los enfermos alienados, lavarles las manos (después que aquellos hubieran comido) suministrarles el alimento, y tratarles con mucha dulzura”.

Contemporáneamente, una campaña parecida se realizaba en Inglaterra y Alemania, por obra de Tuke, Reil y Langermann, respectivamente. Así comenzó a formarse la conciencia social, que estimuló a los gobiernos a pensar seriamente en la cuestión asistencia de los alienados y legislación correspondiente, surgiendo luego en todos los países, en el siglo pasado, los establecimientos manicomiales por todos conocidos y las leyes que a ese respecto promulgaran las naciones de sólida cultura. Debemos hacer constar aquí—amantes siempre de la verdad— que es con dolor que confesamos nuestro pesimismo de la hora presente, en cuanto se refiere a la solidaridad humana humana, y esto lo decimos, aludiendo a algunos países, a donde la voz libertadora de Pinel aún no ha llegado. Leíamos, no hace mucho tiempo en “L’Higiene Mentale”, 1928, la descripción que Lincoln Mac Cartney hace de la asistencia psiquiátrica en China: “En los casos de agitación, se usan todavía las cadenas, puestas en el cuello, las manos y los pies, llegando a veces hasta quemarles los dedos pulgares a los enfermos”.



La República Argentina siguió, como era natural, las vicisitudes que experimentaron la mayoría de los países. No hemos de repetir aquí todo lo que han escrito otros autores al respecto, especialmente José Ingenieros, en su “Historia de la Locura en la República Argentina”. Este autor nos informa que en el “Hospital General de Hombres” y en el “Hospital General de Mujeres” de esta Capital existían el “Cuadro de dementes” en el primero y el “Patio de dementes” en el segundo de los citados hospitales. En ambos se usaba el “calabozo”, las “cadenas y el capataz con vara y azote”.

El primer manicomio de la República fue el Hospicio de las Mercedes, fundado por el Doctor Ventura Bosch e inaugurado en el año 1863, con el nombre de Hospicio San Buenaventura, nombre que mantuvo hasta 1873.

Desde esa época, hasta la fecha, se han multiplicado los establecimientos de esta índole, contándose en la actualidad con ocho dependencias nacionales, y se ha llegado a ello por obra de legisladores como el Doctor Eliseo Cantón,

quien presentó al parlamento, en 1897 el proyecto de creación de la actual Colonia de “Open-Door”, de médicos, como el Dr. Domingo Cabred y de instituciones de beneficencia.

Intentaremos, ahora, considerar el estado actual de la organización y asistencia psiquiátrica en que se encuentra nuestro país. No nos es posible hoy hacer la descripción de cada uno de los establecimientos manicomiales argentinos, tanto porque muchos de ellos escapan en la actualidad a nuestra experiencia personal, cuanto, porque hemos de ocuparnos de aquellos en donde actuamos y que son, precisamente, el más antiguo: el Hospicio de las Mercedes, y el más moderno: el Hospital de Alienados de Rosario.

El Hospicio de las Mercedes, tal cual es hoy, por el hacinamiento de enfermos, (hay próximamente 2.300, mientras tiene capacidad solamente para 1.000) por la insuficiente asistencia médica, (tiene solo ocho médicos internos) por el número limitado de enfermeros o ayudantes (la proporción entre éstos, en relación con los enfermos, por prestar servicios en tres turnos, es de 1: 33), por la falta de preparación de los mismos (en todo el Hospicio sólo 14 tienen diploma), por la carencia de higiene general, que ha permitido la difusión de enfermedades contagiosas y parasitarias, por la inadaptabilidad de los locales destinados a dormitorios, la falta de camas y colchones; de ropa interior y exterior, (muchos alienados dormían en el suelo o sobre los duros elásticos de hierro de las camas y catres), por la falta de buena alimentación, ninguna selección de enfermos, ni distribución de los mismos en diversos servicios, como no fuera la que se

hacia con los pensionistas o "considerados", por la carencia del diagnóstico necropsico (no se practicaban autopsias); por todos estos motivos, decíamos, el Hospicio de las Mercedes no es un establecimiento modelo, que merezca el nombre de hospital. *Conveniunt rebus nomina saepe suis*: es un hospicio, pero no es un hospital.

Si quisiéramos hacer un parangón con instituciones de otra época, tendríamos que leer las páginas palpitantes de humanidad que escribiera allá por el año 1818 el ilustre Esquirol, después de haber sido designado por las autoridades de su país, para informar sobre el estado de los manicomios de Francia, e inspeccionado veinte de estos.

En los 112 años transcurridos desde esa fecha, pocos adelantos ha experimentado nuestro Hospicio. Nos trasladaremos a las propias palabras de Esquirol:

"He aquí lo que he visto, en todas partes de Francia: desnudos los he visto, vestidos de andrajos, tendidos en el suelo, de cuya fría humedad les defendía pequeña cantidad de paja. Les he visto escasamente alimentados, privados de aire para respirar, de agua para refrescarse y de las cosas más necesarias para la vida. Les he visto confiados a las manos de verdaderos carceleros, abandonados a la brutal vigilancia de éstos. Los he visto en pequeñas habitaciones, sucias, infectadas, faltas de aire y de luz"...

Pero, en honor a la verdad, podemos asegurar que si el Hospicio de las Mercedes, no responde a los criterios que han formado la organización manicomial moderna, tenemos en cambio otros establecimientos, que pueden considerarse modelos en su género, unos por su edificación, otros por su organización, otros por ambas cosas; insistimos en que hemos de referirnos solamente a aquellos en los que actuamos, y hemos de referirnos, al más moderno—como ya lo dijimos— al Hospital de Alienados de Rosario, que es una dependencia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Litoral y, para satisfacción de nuestra cultura médica, comparable a los mejores de los países más adelantados.

Se trata de un establecimiento, que todavía no está terminado y consta actualmente de seis pabellones que funcionan y de uno que será habilitado muy en breve.

He aquí la descripción sumaria que su director, nuestro distinguido compañero en tareas docentes, el Profesor L. Ciampi, hiciera en su oportunidad:

"Cada pabellón, de los pisos, consta: de varias salas para dormitorios, la más grande de las cuales, tiene capacidad para ocho camas; de salas para comedores y para que se entretengan los enfermos en los días de lluvia; de cuartos de baños, en la proporción de una bañadera para cada 10 enfermos; de lavatorios (uno para cada dos enfermos); de calefacción central. La capacidad global de cada pabellón, es solamente para 40 enfermos.

Numerosos patios pequeños, facilitan la división entre los diversos tipos de enfermos, durante las horas del día.

Un pabellón está destinado a los laboratorios, con instalación completa para las investigaciones de Histopatología del sistema nervioso, de Bioquímica, de Psicología; y al Museo de Anatomía Patológica del cerebro. Funcionan allí también los consultorios externos y dispensarios para enfermos mentales, niños y adultos.

Otro pabellón, está destinado a la escuela para niños retardados, neuropáticos y psioopáticos; se corrigen en ésta los trastornos del lenguaje (ortofonía) y las desviaciones del carácter; se imparte la enseñanza elemental por procedimientos especiales y con personal especializado y, en fin, se trata de reeducar para su utilización social a esos niños aminorados en sus funciones intelectuales, mediante el trabajo manual edu-

cativo y profesional. A tal efecto, funcionan pequeños talleres de encuadernación, escobería, cepillería, alfombrería, mimbrería, costura, etc.; etc. Los otros pabellones están destinados a la asistencia clínica.

El personal médico se compone de un director y tres médicos auxiliares: los enfermos están en la proporción de cincuenta para cada médico".

Quien visita la institución rosarina, no obstante que la obra no está terminada, recibe la impresión de encontrarse en un verdadero hospital y al mismo tiempo se da cuenta de lo que debe ser un establecimiento moderno, para enfermedades mentales.

De lo que hemos dicho, se desprende evidentemente que nuestro país necesita de muchas instituciones destinadas al tratamiento de los enfermos mentales y al mismo tiempo requiere una organización y asistencia de los mismos, más en armonía con los criterios modernos, sustentados por la ciencia psiquiátrica, tal como lo hemos comprobado en algunos viajes de estudio, realizados en las naciones europeas y en los Estados Unidos de Norte América.

Estamos convencidos que la República Argentina, en lo que se refiere a la asistencia de los enfermos mentales, no tardará en ponerse a la altura en que se encuentran los países más adelantados. Es por esto y para evitar que se repitan errores en realizaciones de carácter hospitalario, que se nos ha de permitir algunos comentarios respecto a determinadas normas que han sido descuidadas entre nosotros.

Hasta hace poco tiempo, relativamente, el manicomio en los países cultos había alcanzado su finalidad, cuando proporcionaba un tratamiento adecuado a los internados y era un medio eficiente de seguridad social. Hoy, además de la función hospitalaria propiamente dicha, desempeña también la de proteger al enfermo que salió curado, y la otra todavía más importante, de impedir que los predispuestos caigan en la enfermedad. Ayer la función se cumplía dentro del hospital, hoy el campo de acción es más vasto: dentro y fuera del hospital.

Como se ve, con el progreso de la especialidad, evoluciona y se engrandece también la finalidad que persigue el Hospital Psiquiátrico. Para alcanzar y satisfacer esos ideales, ha tenido necesidad de recurrir a nuevos medios de asistencia y es así que han surgido los Consultorios, los Dispensarios, los Preventorios y los Patronatos Psiquiátricos.

No hace mucho el Dr. Ciarla, que nos diera oportunidad de leer interesantes trabajos sobre las relaciones entre enfermedades mentales e infecciones generales, especialmente la tuberculosis, propuso entre las medidas profilácticas de la locura, los "Preventorios neuro-protobacilares". Se trata de asistir en estos servicios a aquellos que una tuberculosis incipiente, provoca pequeños trastornos psíquicos: la curación precoz de aquella, condiciona para el Dr. Ciarla, la desaparición de los trastornos psíquicos por protobacilosis.

Desgraciadamente, estos modernos medios de asistencia escasean, si no faltan por completo entre nosotros y los hemos señalado en hora oportuna a propósito de nuevas orientaciones que hemos tenido oportunidad de subrayar con cruda verdad como lo exige el cumplimiento de una comisión de carácter técnico en el desempeño de una tarea con que nos honrara la "Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales".

Es verdad que el Hospital Nacional de Alienadas, tiene un consultorio externo de la especialidad y que en el Hospital de Alienados de Rosario, funciona desde el año 1922, uno para los enfermos mentales adultos y otro para los niños, además de un Dispensario, pero, es también verdad, que las necesidades de una ciudad de 2.000.000 de habitantes, no pueden ser llenadas por un solo Consultorio y que otros deben surgir, por lo menos, en cada capital de provincia.

Para coadyuvar e intensificar la acción de estas nuevas instituciones para-hospitalarias, nació no hace mucho la "Liga de Higiene Mental" que actualmente tiene ramificaciones en todos los países del mundo.

Si bien nuestro país ha tardado en dar vida a ese nuevo organismo, que tanto promete para contrarrestar el avance de la locura y disminuir sus perjuicios, sobre la sociedad y la raza humanas—pues la Liga Argentina de Higiene Mental, cuenta apenas con un año de existencia—tiene ya una floreciente filial en Rosario de Santa Fé, que contribuye eficazmente, bajo el impulso animador del Profesor Ciampi, —su organizador— a solucionar las diversas cuestiones de orden económico, con que tropieza la asistencia de los enfermos mentales de aquella ciudad. El Prof. S. Mazza, organizará en breve los comités regionales en Salta y Jujuy. Están ya en vísperas de iniciarse en la Capital Federal, las realizaciones de asistencia, que se han reconocido mundialmente más importantes para las finalidades que se persiguen. En efecto, dentro de poco tiempo, merced al apoyo y a la confianza que la "Liga Argentina de Higiene Mental" ha sabido encontrar en un espíritu, inteligente, entusiasta y realizador, cual es el del Dr. Roberto Acosta, Director General de la Asistencia Pública de Buenos Aires, tendrá consultorios externos, dispensarios y laboratorios anexos, para enfermos mentales, en los locales adecuados, además de un servicio destinado a los pequeños psicópatas.

Los servicios abiertos para los llamados pequeños psicópatas, que según cálculos recientes llegan a 1 1/2 por cada mil habitantes, están mereciendo una especial atención en aquellos países, en donde la Higiene Mental, más ha fructificado.

De aquí nuestra satisfacción y reconocimiento a quien con profunda comprensión de la importancia que merecen estos servicios, ha dispuesto que "La Liga Argentina de Higiene Mental", figure en el gran Instituto de Profilaxis de la Municipalidad de Buenos Aires, próximo a inaugurarse, con sus consultorios, dispensarios y servicios abiertos, para adultos y niños.

Bajo estos auspicios, hay que esperar una solución del problema psiquiátrico, en todas sus ramificaciones, harto descuidado entre nosotros.

Muchos opinan, que los neuropsicópatas, no llegados aún a la verdadera enfermedad mental, huyen de esos consultorios o dispensarios por temor de ser recluidos. Citaremos a ese respecto, el párrafo de un artículo debido a la pluma de nuestro compañero el Prof. Ciampi, contestando a ese prejuicio: "lo que se ve en los países donde se cultiva el consultorio, es todo lo contrario: los enfermos acuden a esos lugares porque saben que van a encontrar al Profesor universitario de Psiquiatría, al especializado, al hombre habituado a tratar esa clase de afecciones; acuden pues, empujados por la fe en quien va a atenderles". Y en todo caso, si la difusión de los consultorios alcanzara las debidas proporciones, la instalación se ejecutaría al propio tiempo que en las clínicas, fuera de ellas; con lo cual se alejaría en los enfermos la desconfianza de una posible internación.

Ahora se preguntará: ¿de que categoría de enfermos habría de ocuparse el consultorio?... "de los alienados inofensivos", contestó en Francia un miembro del consejo superior de la Asistencia Pública; "de los pequeños psicópatas", respondió H. Claude.

Sobre la utilidad de estas instituciones parece superfluo insistir, dado que todo el mundo psiquiátrico, hasta los apenas iniciados en psiquiatría, están hoy convencidos, de que este nuevo organismo está destinado a evitar o aminorar un sinnúmero de internaciones. No se olvide al respecto que Ballet sostenía que instituyendo el tratamiento precoz a los enfermos mentales, se podía llegar en la mayoría de los casos (80-90 %) a impedir la necesidad de la reclusión y que Tamburini, Antonini y Ferrari, en su importante

libro sobre "la asistencia de los alienados" observan que, cuando precozmente se inicia el tratamiento, la enfermedad mental requiere el aislamiento en un manicomio, sólo durante seis u ocho semanas en la mitad de los casos y, en muchos, también menos.

Pero no hay que pensar que organizando estos nuevos servicios, estos nuevos recursos de asistencia, hayamos resuelto todo el problema que plantea gravemente en nuestro país la alienación mental. Ante todo, es menester aumentar la capacidad hospitalaria hasta que se cubran las necesidades, no queriendo significar, con esto, que haya que aumentar la capacidad de cada hospital psiquiátrico, porque, como veremos, la corriente psiquiátrica actual, diferencia en los establecimientos respectivos, a los enfermos, de acuerdo a su curabilidad y adaptabilidad al trabajo, mientras que, en épocas anteriores la división era motivada más bien, por estados de agitación, tranquilidad, etc., etc.

Siguiendo esta directiva, fundamentada por el hecho que hemos puesto en evidencia más arriba, de la correlación entre tratamiento precoz y curabilidad, se propició la organización de dos tipos de establecimientos: uno, prevalentemente destinado a los enfermos afectados de psicosis agudas, llamado por algunos, Clínica Mental, en donde más del 50 % de los casos se curarían (Busquet) y otro, a los enfermos crónicos, y los de larga evolución o convalecencia. A esta distribución se atribuye hoy extraordinaria importancia, por estar relacionada a la cuestión terapéutica (laborterapia en los crónicos; clinoterapia en los agudos), no obstante, la distinción por múltiples razones, no puede mantenerse rígidamente en virtud de que, muchos enfermos aunque crónicos no pueden enviarse a las colonias y, otros, son inutilizables para el trabajo. Por esto, además de las colonias agrícolas situadas habitualmente lejos del Hospital, se organizan en este, oficinas y talleres para ergoterapia.

Por lo que se refiere al Hospicio de las Mercedes, tenemos ya instalada una colonia de tipo moderno, dependiente del Hospicio, donde pueden ser enviados los enfermos crónicos, que se encuentren en condiciones de aplicarse al trabajo y aquellos otros que convalecientes de una enfermedad mental, tengan necesidad de permanecer bajo vigilancia médica, antes de reintegrarse al seno de la sociedad.

Es posible orientar las disposiciones del Hospicio, en cuanto se refiere a su organización, en forma de que todos los enfermos agudos internados, estén en pabellones especiales para su tratamiento médico y que, más tarde, desaparecida la fase aguda, se envíen a sus domicilios —si resultasen curados— o a otro pabellón, si convalecientes; lo mismo que deben tener un lugar especial, aquellos en que ha sido manifiesta la imposibilidad de su sanación.

De modo que, y sucesivamente: los convalecientes, así como los incurables, según los casos, se enviarían a los talleres o a la Colonia, hasta la curación completa, de acuerdo a la determinación de los facultativos que les asisten.

Lo que quiere decir que, con una reorganización de los servicios, que responda a las orientaciones mencionadas, se puede rápida y científicamente, transformar al hospicio en un verdadero hospital psiquiátrico, en donde se trate a los enfermos agudos y a los crónicos, se les asista.

No es aconsejable —salvo necesidades perentorias exigidas por causa mayor— propiciar, recurriendo a las autoridades competentes, el aumento de capacidad de los hospitales existentes. No lo es hasta por una razón de economía. Parece, si estamos con las estadísticas confeccionadas al respecto, de que nos hablan Tamburini, Ferrari, Antonini y otros, que los manicomios demasiado grandes o demasiado pequeños, son los que más cuestan, mientras que los de mediana capacidad, gravitan menos onerosamente en los presupuestos.

Además, existen razones de naturaleza técnica, que se oponen a los frenocomios demasiado grandes; necesitan

éstos un número elevado de personal administrativo; la Dirección se ve generalmente absorbida, casi por completo, en la tarea fiscalizadora de aquel, descuidando así la función técnica, propiamente dicha, que es la más importante.

Todos los males que observamos en los manicomios, advierte Rebizzi, derivan de su excesiva grandeza: cada ciudad de cierta importancia, debe poseer su hospital autónomo para enfermos mentales, de 200 a 500 camas, como existen para enfermos comunes.

De la misma opinión son: Scholtz, que protestaba de la ampliación de los establecimientos existentes y aconsejaba la creación de nuevos con la capacidad reducida a unos 300 enfermos. Sommer, que también es autor de hospitales de 50 a 200 camas, quiere verlos surgir en cada ciudad de 80 a 100.000 habitantes (Asilos de Ciudad o Asilos Urbanos). Cazzamalli que no admite hospitales para alienados, con capacidad superior a 500 camas, etc., etc.

Este criterio ha dominado la organización psiquiátrica en Holanda, donde es convicción común que un establecimiento no puede funcionar regularmente, si recibe más de 500 alienados. De lo que se desprende que, para reparar la falta de capacidad para la normal asistencia, que hemos puesto de relieve, en nuestro país, hay que gestionar la edificación de nuevos hospitales y colonias, de dimensiones reducidas y estratégicamente distribuidos en el vasto territorio de la República.

Otra deficiencia de nuestros manicomios, reside pues, en la centralización de la asistencia psiquiátrica.

En efecto, si estudiamos la ubicación asignada a los pocos establecimientos que poseemos en el país, comprobamos de inmediato que de las 14 provincias y 10 territorios federales, solamente tres tienen el privilegio de poseer hospitales psiquiátricos: Buenos Aires, Córdoba y Santa Fé.

El de Santa Fé, ubicado en Rosario, del que ya nos hemos ocupado, es demasiado pequeño, en relación con el número de habitantes de la ciudad y está en vías de formación.

Evidentemente, a esos hospitales, deben volcarse los alienados de toda la República; lo que acarrea serios perjuicios materiales y morales. La distancia obliga en la mayoría de los casos, a que los enfermos sufran la primera evolución de su enfermedad, en el seno de sus familias, y están en general, mal observados y carentes del tratamiento correspondiente; ésto en el mejor de los casos, pues, acontece a menudo, que van a parar a la comisaría del pueblo, donde el sable reemplaza al bromuro, o a la alcaldía de la ciudad donde quedan encerrados en calabozos, a la espera de ser trasladados al hospital psiquiátrico, cuando el número suficiente de enfermos, facilite el envío. El perjuicio que ésta organización del servicio psiquiátrico determina, es evidente, por las razones más arriba expuestas y además, la separación obligada casi, entre los enfermos y sus familias. La vecindad de la familia no solamente es favorable para el enfermo, en muchos casos, sinó también para el médico, pues, solamente así, podrá llegar al conocimiento completo de los antecedentes personales y familiares.

La concentración de los enfermos mentales en nuestro país, deriva a nuestro juicio, del concepto equivocado que dirige la función social en la asistencia de los mismos. Tan es así, que todos los establecimientos psiquiátricos gravitan sobre el presupuesto nacional, excepción hecha del Hospital Mechor Romero, que sostiene el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, por lo que en nuestro país el Estado tiene la obligación de sufragar los gastos que requiere la asistencia psiquiátrica.

Estando dispuestas así las cosas, el Estado no alcanza con sus recursos a organizar todas las providencias que se necesitan para el normal funcionamiento de ese mecanismo, pero, esta obligación de parte del Estado la creemos excesiva.

En primer lugar, así como las provincias y las municipalidades, se ocupan en proporcionar a sus habitantes pobres, que tienen la desventura de enfermarse, una cama en un Hospital o un especialista en un consultorio externo, por las mismas razones tienen el deber de suministrar una cama y organizar consultorios externos, con especialistas apropiados, para los enfermos mentales.

No hay causa apreciable que motive la separación entre unos y otros enfermos: entre los que merecen los cuidados y atenciones de los poderes provinciales y municipales y los que han perdido el derecho a la asistencia, por haber caído en la locura, que como dijera muy bien Kraepelin, es el mayor exponente del dolor humano.

Lo que sucede, en las naciones más adelantadas del mundo, confirma lo ilógico de lo que ocurre en nuestro país.

Ya la ley francesa de 1830, legislando sobre los alienados, en su artículo 1º decía: "Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés".

Sobre unos 70 departamentos, existen en Francia alrededor de 60 Asilos departamentales.

En Alemania también, casi todos los establecimientos psiquiátricos, son provinciales y, precisamente, los gastos de edificación y ampliación de los manicomios, corren por cuenta de las provincias y los de mantención por cuenta de las localidades vecinas.

En Suiza, cada cantón tiene su frenocomio; lo mismo pasa en Norte América para cada estado y en Italia para cada provincia. —(Manicomios Provinciales)— o conjunto de provincias (Manicomios consorciales o interprovinciales). En Escocia existen siete Asilos reales, 16 distrituales, 3 parroquiales y 15 secciones de refugio, para una población que corresponde a la mitad de la nuestra.

En otro país más pequeño que la Argentina, Holanda, funcionan 51 instituciones para alienados, de las cuales solamente dos, son del Estado, una es provincial y las demás pertenecen a las municipalidades.

En fin, recordaremos la nueva ley sobre los manicomios y alienados de Italia, de hace dos años, en donde expresamente se dice, (como por otra parte lo establecía la ley de 1904) que la asistencia y tratamiento de los alienados pobres de cada provincia, debe efectuarse en un hospital psiquiátrico público, que tenga su ubicación en la provincia misma" (Art. 2).

En el Art. 10 se precisa aún más, sobre quienes deben recaer los gastos de mantención del enfermo en el hospital, a la provincia y los de transporte al hospital, a la municipalidad, en cuya jurisdicción el enfermo se encuentre. Los gastos que ocasionare la reintegración a la familia, del enfermo que se hubiere curado, están a cargo de la provincia, que tiene el deber de mantenerlo. Por último los gastos relativos a los alienados extranjeros y a los condenados están a cargo del estado.

Si se obligara, por consiguiente, como debería hacerse, a nuestras provincias y municipalidades más pobladas, a crear sus hospitales psiquiátricos o a contribuir por lo menos, a pagar los gastos que requiere la asistencia de los alienados, (como se practica para con todos los enfermos pobres) en muy poco tiempo desaparecerían todas o las principales deficiencias que hemos expuesto.

Es, por lo tanto, de imperiosa necesidad la promulgación de una ley, que contemple todas estas cuestiones, y que ya tienen todos los países progresistas de la tierra.

Una ley, sabiamente presentada, (existen ya proyectos, por ej.: el del Dr. Juan Obarrio, enviado al Congreso) ordenando las fuentes de recursos para la creación de establecimientos. Obligando a las Provincias al cuidado de sus alienados; estableciendo las normas directrices de su organización; creando una Comisión de vigilancia de parte del Es-

tado, sobre las instituciones nacionales, provinciales y privadas. Todo esto, nos pondría, finalmente, en condiciones de no desmerecer, frente a los adelantos de los países civilizados, en cuyo concierto merece figurar el nuestro.

Muchos son todavía los renglones que, íntimamente vinculados con los puntos que acabamos de tratar, nos quedarían por pasar en revista y estos son: la edificación manicomial, que ha creado nuevos tipos de hospitales; la asistencia familiar, (desconocida casi entre nosotros y muy desarrollada en otros países), la organización moderna de las colonias agrícola-industriales, en donde "el enfermo cuenta la salud y las administraciones la ganancia económica"; los servicios psiquiátricos en los grandes hospitales comunes, que muchos autores consideran aún ventajosos, y nosotros en tres ocasiones, (un congreso y dos conferencias psiquiátricas), formulamos un voto al respecto; las colonias especiales para alcohólicos, epilépticos, inmorales constitucionales, que existen en muchos países; la praxiterapia; los hospitales urbanos; el no restraint absoluto y relativo, etc., etc.... Pero, si entráramos en este campo y en sus consideraciones, nos iríamos demasiado lejos y no siendo ese nuestro propósito, prometemos tratar el tema en otra oportunidad, dándole la amplitud e importancia que merece, a objeto de contribuir en la medida y forma que nos sea posible, hasta que llegue para el país, el feliz día de ocuparse seriamente y prácticamente, del grave problema que significa la asistencia psiquiátrica en la República.

No obstante, no podemos, antes de terminar, pasar por alto, dos tópicos, que interesan especialmente para la buena organización de los servicios psiquiátricos: los médicos especializados y sus auxiliares, los enfermeros.

Griesinger, con la autoridad que todos le reconocemos, hace ya muchos años, había establecido que las malas disposiciones o las malas condiciones de un manicomio, deben preocupar mucho menos que un personal malo.

Respecto a los médicos especializados que trabajan en nuestros hospitales psiquiátricos, hay que reconocerles preparación, aptitudes y entusiasmo; lo que no quiere decir que su labor sea eficiente cuanto sería deseable. Pero de ello no podemos responsabilizar a los médicos sino a la falta de organización científica de los establecimientos. En efecto, en el Hospicio de las Mercedes, —nos referimos siempre a los establecimientos en donde actuamos—; un médico debe atender a un número de enfermos que oscila entre 250 a 350; aplíquese a esto que el movimiento mensual de internados nuevos, es de 80 a 100 enfermos y la convicción de que la asistencia es deficiente, surge por sí sola.

Ahora bien; si la tarea del médico en el hospital psiquiá-



trico es la bosquejada recientemente por el Dr. Ciarla "y precisamente: para llegar a verdaderos progresos en el diagnóstico y tratamiento, es menester estudiar a los enfermos en todos sus órganos, penetrar el mecanismo morboso mediante una exploración completa, que nos permita descubrir el órgano primitivamente afectado, cuya afección repercute en la psiquis, y es el origen de la psicosis y establecer al mismo tiempo el estado de los otros órganos que concurren a la defensa orgánica"... no hay buena voluntad de parte del médico, ni entusiasmo para la especialidad que pueda vencer la dificultad opuesta por el poco tiempo de que el médico dispone. No es posible que se pueda atender, como el arte de la medicina prescribe, un número tan elevado de enfermos, si se toma

en cuenta que el examen del enfermo mental, está lleno de dificultades; requiere tranquilidad, no puede realizarse con apuro, y, muy a menudo, por la sintomatología incierta y proteiforme, necesita varias sesiones para concluirlo y, debe agregarse, todavía, las pésimas condiciones de los locales, que obstaculizan la realización de un trabajo ordenado y cuidadoso. No creemos tampoco que el Hospicio de las Mercedes, represente la excepción, por cuanto una publicación del Dr. C. O. Ferrer, denuncia que en el Asilo Colonia Regional de Oliva, había en 1927, un médico para cada 580 enfermos.

En honor a la verdad, hay que reconocer que, el número exiguo de médicos, aunque no en la proporción anotada entre nosotros, es una deficiencia que se hace sentir en casi todos los países.

Sin embargo, recorriendo las descripciones hechas sobre los hospitales psiquiátricos, hemos comprobado que, por ejemplo, en el manicomio de Monbello (Milán) son 24 los médicos que atienden unos 3.000 enfermos y que, en la "Phypps Clinic" de Baltimore, existen servicios de 12 enfermos asistidos por un médico.

Es evidente que la tarea del médico varía según esté destinado a un servicio de agudos o de crónicos; a un servicio de admisión u observación o a uno para enfermos tranquilos, que hayan pasado la fase aguda de su psicopatía. En general, los autores que se han interesado en esta cuestión, opinan que para cada mil enfermos, se necesitan no menos de ocho médicos.

Otro aspecto digno de ser considerado, lo constituye a nuestro juicio, la selección de los médicos. Leíamos recientemente un artículo del Profesor V. Scarpini, en el que sostiene, que para llegar a ser jefe de un servicio psiquiátrico se requiere una práctica manicomial no menor de cuatro años. ¿Y cómo podríamos nosotros realizar esta selección, si no hemos creado la carrera de médicos manicomiales?

Es pues, contestando a esta pregunta y en el deseo de

ver el florecimiento en los hospitales psiquiátricos, de núcleos de jóvenes facultativos, con verdadera vocación para la especialidad, que proponemos crear entre nosotros una carrera para los médicos alienistas. Comenzarían por ser adscriptos o voluntarios agregados a los servicios psiquiátricos; continuarían más tarde, como médicos auxiliares, ganando el puesto por concurso y, en fin, terminarían por ser jefes de servicios.

Con estas medidas se estimularía a la especialización y llegarían a los más altos cargos sólo los facultativos mejor preparados.

Ya en el Hospicio de las Mercedes, debido a nuestras sugerencias, se han agregado como auxiliares un buen número de distinguidos jóvenes facultativos, quienes actuarán como especialistas de las diversas ramas que requiere la policlínica o se especializarán en psiquiatría, si su vocación por esa disciplina los conduce a la misma.

Por las especiales condiciones del enfermo mental, débese practicar también una selección muy prolija de los auxiliares de los médicos: los enfermeros.

Hay pocos enfermeros y mal preparados. En efecto, en nuestro país, en la actualidad, no existen, como sucede en casi todos los demás países y en todos los buenos hospitales psiquiátricos, escuelas en donde se prepare al personal que se destina al cuidado de los alienados, y, en lo que respecta al número de los enfermeros, estamos en condiciones de verdadera inferioridad, si hacemos un parangón con lo que ocurre en los hospitales extranjeros. La proporción entre enfermeros y enfermos, en las instituciones bien organizadas, no debe superar la de uno por ocho enfermos. En Estocolmo, por ejemplo, para cada 5,7 enfermos, hay un enfermero y en Monbello, para 3.000 enfermos, hay 555 enfermeros y 144 asistentes, es decir: uno por 4,3.

Esquirol ya advertía en su época que: "las administraciones que no concedían más que un sirviente para cada diez locos, no siendo un número suficiente y teniendo demasiadas cosas que hacer, no hacían nada".

Urge por lo tanto, que las autoridades que deben asignar los recursos para el sostenimiento de los institutos psiquiátricos, mediante economías mal entendidas, no obstaculicen el progreso de aquello que significa el adelanto de nuestro país y su cultura, ya que planteando y resolviendo tales problemas, se aboga por el porvenir de la raza, se selecciona la inmigración, se aminora el trágico aspecto de la delincuencia, culpabilidad y estados peligrosos, procurando así el engrandecimiento de una patria sana y vigorosa.

No escapará al criterio de nuestros lectores, aún al de aquellos menos prevenidos, que el pensamiento del autor de este trabajo, es tocar la campana de alarma, usando de la más dolorosa verdad, a objeto de despertar interés entre la generación activa de la época actual, para colaborar al modo y manera que cada cual considere eficaz y conveniente.

Los enfermos mentales, cuya precaria situación económica, los arroja al hospital común, no pueden, ni deben ser tratados como lo han sido hasta hoy, pues lo imponen elementales leyes humanas; la solidaridad social y las obligaciones contraídas por el hombre culto para con sus semejantes.

Los enfermos mentales, más indefensos que las mujeres y los niños, reclaman auxilio sólo exhibiéndose en medio de la desorientación que dá la niebla en la cual se debaten; no pueden, no deben ser abandonados, ciegos, en los caminos oscuros y peligrosos que recorren, a merced -digámoslo sin cobardía- de la negligencia, miseria y brutalidad ■

Buenos Aires, Abril 5 de 1931.

PAIDOS

Ricardo Rodulfo Paidós
ESTUDIOS CLINICOS

Amelia Musacchio de Zan y otros
DROGADICCION

Ana María Fernández (comp.)
LAS MUJERES EN
LA IMAGINACION COLECTIVA

Héctor Fernández Alvarez
FUNDAMENTOS DE UN MODELO
INTEGRATIVO EN PSICOTERAPIA

Joaquim Poch y otros
LA CONSULTA EN PSICOLOGIA CLINICA

Bradford Keeney
LA IMPROVISACION EN PSICOTERAPIA

Carl Whitaker
MEDITACIONES NOCTURNAS DE UN
TERAPEUTA DE FAMILIAS

Lluis Farré y o.
PSICOTERAPIA PSICOANALITICA
FOCAL Y BREVE

D. Middleton / D. Edwards
MEMORIA COMPARTIDA



**LIBRERIA
PAIDOS**

CENTRAL DEL LIBRO PSICOLOGICO

Nuevo Servicio:

PSICOLIBRO
club

Con una Suscripción Anual de
US\$ 20.- Ud. recibirá:

REVISTA:

En forma gratuita con toda la
información "PSI" para estar
actualizado de todas la novedades
bibliográficas y eventos.

PROMOCIONES Y OFERTAS:
Serán anunciadas en cada revista.

REGALOS:

De acuerdo a su compra anual
CUENTAS CORRIENTES
VENTA TELEFONICA CON TARJETA
COMPUTADORA AL SERVICIO DE
LA INFORMACION

Av. Las Heras 3741, Local 31
Capital - Tel: 801-2860

CONFRONTACIONES



Prácticas innovadoras en Salud Mental Una explicación pedagógica

Cecilia Ziperovich*

Contexto de las experiencias

Los Lineamientos Políticos trazados e implementados por la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud del Gobierno de Córdoba desde 1984 hasta 1991, orientaron sus esfuerzos a la producción de cambios en el ejercicio de las prácticas psiquiátricas. Se trataba de reorientar las acciones sanitarias, desplazando el eje de las prácticas profesionales, centradas en la enfermedad, hacia un modelo conceptual-operativo que pusiera énfasis en la Salud, redefiniera la relación individuo-comunidad, y reorientara las nuevas prácticas a partir de la Prevención, Asistencia, Rehabilitación y Reinserción social del paciente en Salud Mental.

* Licenciada y Profesora en Ciencias de la Educación (U.N.C.), Ex-Asesora Pedagógica y Coordinadora de Capacitación en Servicio de la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Pcia. de Córdoba, Titular de la Cátedra "Teorías del Aprendizaje y la Enseñanza", Escuela de Ciencias de la Educación, Fac. de Filosofía y Humanidades, U.N.C.
Hurtado de Mendoza 3130, B° Alto Verde.
(5000) Córdoba. Tel.: (051) 813588.



La Política de la Dirección General de Salud Mental priorizó tres ejes referenciales:

1. La Primarización de la Atención.
2. La Capacitación en Servicio.
3. La Investigación Permanente

Cambiar el modelo de intervención en Salud Mental, requirió la apoyatura de la Formación Permanente. En este sentido nuestro pensamiento y accionar pedagógico se orientó hacia la búsqueda de una coherencia significativa entre el Modelo Sanitario al que se aspiraba y el Modelo Educativo que sería el sostén dinámico del primero.

Este desafiante proceso nos planteó en primer lugar el siguiente interrogante: ¿Qué modelo teórico-pedagógico permitirá construir prácticas educativas innovadoras, nuevos procesos de enseñanza-aprendizaje, para producir una nueva forma de pensar, actuar, sentir e interactuar en Salud Mental?

Punto de partida: ¿Cómo entendíamos a la capacitación en Servicio?

Conceptualizamos a la Capacitación en Servicio como una modalidad de Educación Permanente, tendiente a formar al hombre integralmente, en un proceso continuo, lo que involucra:

1. Una formación científico-instrumental, que posibilite la interrelación dialéctica entre la teoría y la práctica.
2. El desarrollo de actitudes que permitan a los equipos de Salud Mental trabajar interdisciplinariamente, abordando de manera conjunta, los complejos problemas que la realidad sanitaria les plantea cotidianamente.

3. Una toma de conciencia del sentido social del trabajo, en el ámbito de la Salud Mental de la Población.

La capacitación en Servicio se constituiría en una de las estrategias destinadas a formar a los trabajadores de Salud Mental, en los conocimientos, instrumentos y compromisos sociales necesarios para lograr las transformaciones que permitan avanzar hacia la meta "Salud Para Todos en el Año 2000" (O.M.S.-O.P.S.).

Los destinatarios

Para realizar esta tarea se identificaron distintos protagonistas, proponiéndose, desde un marco teórico, formas organizacionales que

permitieran concretar los anunciados, de la siguiente forma:

Destinada al Recurso Humano de egreso reciente, la disciplina no sólo Médica, sino también Psicología, Trabajo Social, Enfermería, Comunicación Social, se crea la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental. Sistema de Formación de Post Grado, con una duración de 4 años. Realizando la formación en servicio, para 1er. Año, en el primer nivel de atención, integrándolos en los equipos de Acción Comunitaria. Para 2do. Año, en los distintos Servicios de los Hospitales Psiquiátricos: el "Emilio Vidal Aval", de la localidad de Oliva, el "Santa María", de la localidad de Santa María de Punilla, y el Neuropsiquiátrico de Córdoba Capital. Continuando el 3er. Año en las Unidades de Salud Mental de los Hospitales Generales de Capital e interior, y el 4to Año en Servicios de Salud Mental, con prioridad en el interior de Córdoba, a fin de refuncionalizar los existentes o crear nuevas unidades.

Para este programa destacamos la elaboración del Plan de Estudios de Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, el que se realizó con activa participación de los sectores involucrados, residentes, equipo docente: instructores y jefes, personal de planta permanente, Directores de Hospitales, Jefes de Servicios y el Equipo Pedagógico de la D.G.S.M.

Un análisis de los problemas más relevantes

En esta compleja y dinámica realidad educativa-sanitaria, identificamos y priorizamos los siguientes problemas:

- Una histórica disociación entre la teoría y la práctica, entre la disciplina y la interdisciplina, con hegemonía del saber médico;
- Una concepción de la formación como adquisición individual;
- La valorización del modelo profesional liberal, con alta especialización;
- Una tendencia al aislamiento de los profesionales, con relativa conciencia de la dimensión social del trabajo en Salud Mental;
- Un interés por la formación en el Sistema Público, como habilitación para la práctica privada;
- La vigencia en las Instituciones Sanitarias de una concepción del "saber como poder", para sectores diferenciados.

En el marco de este análisis, la instrumentación e implementación

de una nueva concepción de la Capacitación en Servicio, requería la desconstrucción progresiva de modelos pedagógicos, el reconocimiento de la articulación de éste a condiciones objetivas y su arraigo en tradiciones, costumbres y normas educativas. Todo a su vez inscripto en concepciones sociales respecto al saber, al conocimiento, al aprendizaje, a la enseñanza.

Por el grado de interiorización de los modelos referidos, la propuesta alternativa de ninguna manera podía consistir en la producción de espacios formativos en forma improvisada, sin la explicación de un marco pedagógico conceptual, desde donde se tomarán decisiones programáticas.

¿Cómo aprendería un profesional?

Se conceptualizó al sujeto del aprendizaje de la Capacitación en Servicio a partir de sus marcos referenciales, constituidos en su historia de formación profesional y laboral, en su mayor o menor trayectoria, desde sus estilos y concepciones personales de aprender. En suma, se valorizó el marco desde donde él organiza y significa sus experiencias y conocimientos.

Así es que el proceso de aprendizaje del adulto profesional, debería partir de sus saberes previos, los que se problematizarían, desestructurando los conocimientos y prácticas ya afianzados. Posteriormente se elaborarían, en base a los fundamentos científicos pertinentes, los nuevos conocimientos. Estos se convertirían en un nuevo aprendizaje en tanto serían legitimados y validados en la realidad de la práctica cotidiana en el campo de la Salud Mental.

Por otra parte considerábamos que este proceso de aprendizaje teórico requería la apropiación, por parte del sujeto que aprende, del instrumento: la metodología. Esto le permitiría recorrer el proceso de construcción del conocimiento teórico-práctico, a la vez que instrumentarse para ser activo productor de nuevos conocimientos, adecuados a la realidad concreta en que los utilizaría y aplicaría.

No dejamos además de considerar este proceso como no lineal ni acumulativo, que tendría avances y retrocesos, que se realizaría en una dinámica constante de aprender-desaprender, construir-desconstruir. Habrían de producirse conflictos,

choques entre lo nuevo y lo viejo, errores, resistencias epistémicas.

Concluyendo, en la Capacitación en Servicio que estábamos reconceptualizando, los sujetos del aprendizaje aportarían lo que saben sobre su trabajo, los conocimientos y las respuestas sanitarias dadas en las distintas situaciones de la realidad institucional. En esa cotidianeidad el sujeto ha ido construyendo su bagaje de conocimientos, de experiencias, de esquemas de pensamiento y actuación, un conjunto de actitudes, que constituyen verdaderos "saberes", apropiaciones individuales y grupales inscriptos en una cultura institucional, en un contexto histórico-social. En esta cultura es donde tienen vigencia prácticas instituidas por la tradición y la costumbre, pocas veces objeto de la reflexión crítica y la recuperación creativa. Es aquí donde visualizábamos que las resistencias al nuevo modelo de Salud Mental podrían operar como obstáculos superables a partir de una estrategia pedagógica coherente.

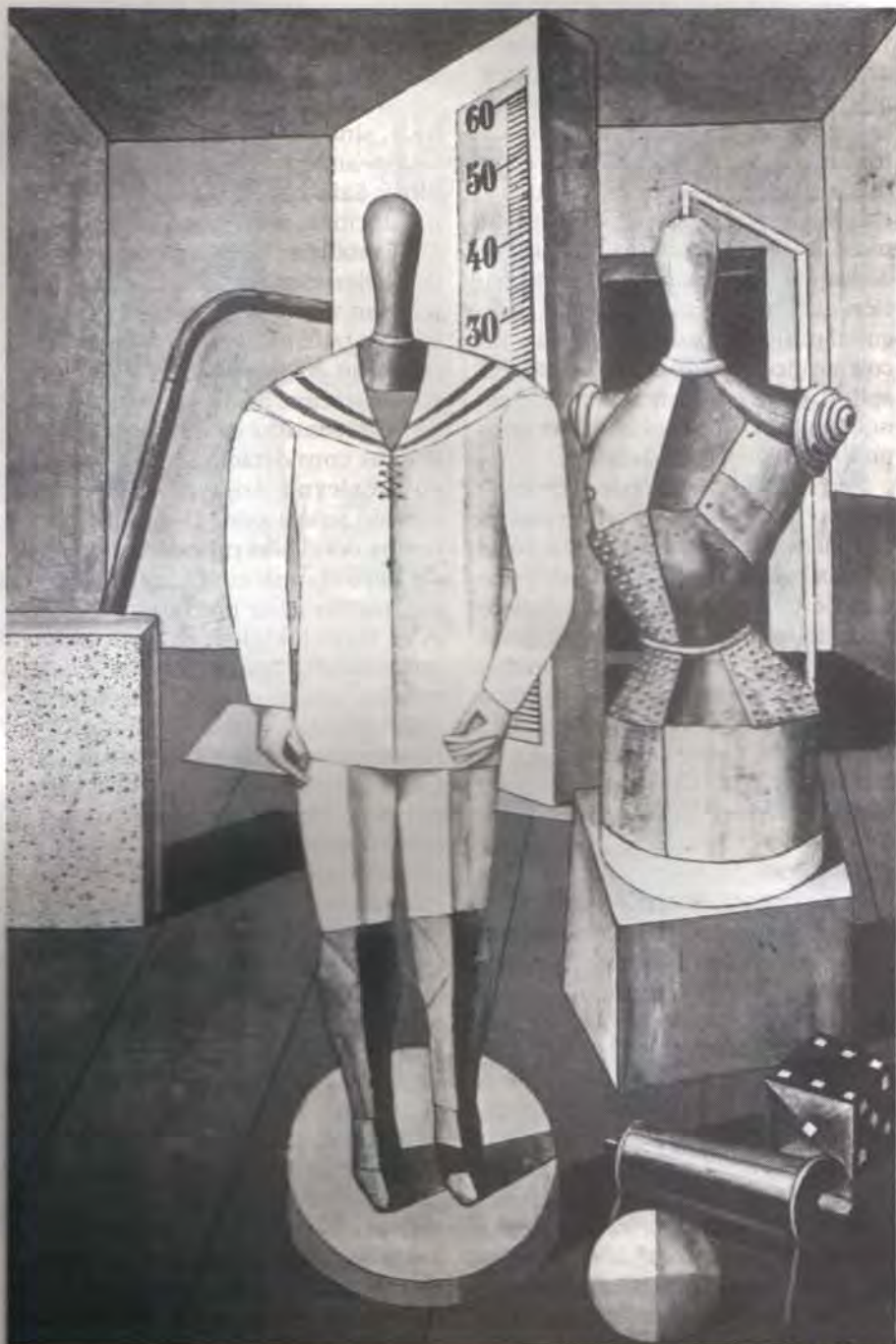
¿Qué aprendería? ¿Qué contenidos teórico-instrumentales le permitirían, al sujeto del aprendizaje analizar los problemas de su práctica sanitaria?

El eje del contenido de la Capacitación en Servicio es su Trabajo, la tarea que realiza cotidianamente. Lo que se necesita saber para mejorarlo.

Los conceptos teórico-instrumentales que permitan una comprensión integral de un problema de la realidad que se constituye en el contenido a abordar. Las explicaciones del mismo requerirían conceptualizaciones cada vez más amplias, una trama de variables entrecruzadas que articularían coherentemente conocimientos provenientes de las Ciencias Sociales (Antropología, Sociología, Psicología) y de las Ciencias Médicas.

Este criterio de selección y organización de los contenidos permitirá la construcción de la interdisciplinaria, con lo que ésta supone de puesta en común a partir de los problemas de la realidad, de teorías, metodologías, códigos lingüísticos, etc.

Propusimos y concretamos, en los programas de capacitación, la incorporación del análisis del error, de los fracasos cotidianos. Esta forma de concebir y abordar el conocimiento fue presentada como una alternativa innovadora ante la cultura existista, objeto de transmisión fuer-



termente arraigada en los esquemas de pensamiento, por la Escuela y la sociedad. Al decir de Gastón Bachelard... "En la educación, la noción de obstáculo pedagógico es igualmente desconocida. Frecuentemente me ha chocado el hecho de que los profesores de ciencias, aun más que los otros si cabe, no comprendían que no se comprende. Son poco numerosos los que han sondeado la psicología del error, de la ignorancia y la irreflexión..." De ahí que toda cultura científica deba comenzar, como lo explicaremos ampliamente, por una catarata intelectual y afectiva. Queda luego la tarea más difícil: poner la cultura científica en estado de movilización permanente, reemplazar el saber cerrado y estático por un conocimiento abierto y dinámi-

co, dialectizar todas las variables experimentales, dar finalmente a la razón motivos para evolucionar"... "De una manera más precisa: discernir los obstáculos epistemológicos es contribuir a fundar los rudimentos de un psicoanálisis de la razón."

Entendíamos que "en el todos los días" surgían problemas, conflictos, situaciones que producen prácticas inéditas, fracasos cotidianos, los que pocas veces son objeto de discusión y análisis en el equipo de trabajo, predominando una actitud de ocultamiento o descarte del error.

¿Cómo organizar los contenidos para la transmisión?

El punto de partida sería una si-

tuación problema. La comprensión y explicación del mismo requerirá un ordenamiento de los conocimientos, una estructuración que tenga en cuenta tanto su secuencia lógica, como la adecuación a los mecanismos de procesamiento y elaboración de los conceptos que movilizan los procesos cognitivos del sujeto que aprende. Esta adecuación es la que permite que éste otorgue significatividad psicológica a los contenidos, habilitándolo para la aplicación y transferencia de los conocimientos a la resolución de otros problemas de la realidad.

Se trató de seleccionar y ordenar los contenidos de modo que permitieran la reconstrucción lógica de la ciencia, el análisis de la multiplicidad de perspectivas, la interpretación de los fenómenos de la realidad social en forma integral, favoreciendo el descubrimiento de perspectivas lógicamente conflictivas. El análisis del contexto social en el que emergen esas perspectivas y las interrelaciones e implicancias de las dimensiones sociales, políticas y económicas.

Fundamenta esta posición frente al conocimiento, lo que continúa proponiendo Bachelard: "...La racionalidad de la Ciencia no se encuentra en la ordenación de la información en pulcras categorías de conocimiento, ni en la reconstrucción lógica de los procesos. La racionalidad de la investigación es comprendida mediante la clarificación de los procedimientos que establecen los investigadores para cambiar sus conceptos y técnicas"... "Comprender la investigación social como invención social puede facilitar modos de análisis social que ensanchen nuestras percepciones de la totalidad y muestren las relaciones con las estructuras sociales, desafiando de este modo los presupuestos y prescripciones por los que actuamos. La investigación reificada crea nuevas formas de mistificación que hacen que el mundo social parezca mecánico y predeterminado."

¿Cómo enseñar? ¿Qué metodología pedagógica propiciaría el proceso de aprendizaje?

Esta variable pedagógica es altamente sensible a los temas que hemos venido desarrollando en este trabajo. La programación pedagógica de la Capacitación en Servicio implica una toma de decisión y una

postura respecto a la enseñanza, al aprendizaje, a los contenidos a abordar. Traslucirá una coherencia, no sólo respecto a concepciones educativas, sino también su adecuación a los lineamientos de la Política de Salud y Salud Mental, y al proyecto institucional en el cual se inscribe.

El problema que se planteó acerca de cuáles estrategias didácticas permitirían una visión integral del proceso de trabajo en Salud Mental, evitando su fragmentación y descontextualización institucional y social. En este sentido es que acordamos con las consideraciones del Pedagogo mexicano Angel Díaz Barriga, cuando señala que "Uno de los aspectos donde las propuestas didácticas depositan su confianza en el mejoramiento de la práctica educativa, es el metodológico. La renovación metodológica aparece como la llave mágica que por sí sola mejora el aprendizaje. Esto ha generado la producción de gran cantidad de estudios sobre el problema del método, que constituyen únicamente aproximaciones, donde se refleja la excesiva confianza que se tiene en el método como "solución", pero que resultan conceptualmente objetables por el tratamiento reduccionista y mecanicista que hacen de la problemática. En realidad abordan el problema con un enfoque instrumentalista." Más adelante expresa: "El problema metodológico "es resuelto" en la versión tecnicista (y por tanto instrumentalista) de la tecnología educativa a través del modelo de instrucción que se concibe como: los pasos organizados sistemáticamente para lograr diseños de instrucción que obtengan resultados óptimos y válidos para una amplia gama de situaciones."

Para evitar un planteo reduccionista en la Capacitación en Servicio en Salud Mental, la propuesta metodológico-didáctica que diseñamos e instrumentamos buscó la articulación coherente entre la especificidad del contenido en el marco de las dimensiones históricas y antropológicas de las prácticas en Salud Mental, los procesos de construcción del conocimiento por parte del sujeto y la elaboración de modalidades superadoras de intervención en la realidad cotidiana. La metodología pedagógica que permitiría la articulación planteada es la que propicia la formación en la reflexión y el análisis de problemas de la realidad, a la luz de las teorías, el desarrollo de un pensamiento creativo, autónomo y

crítico, para la elaboración de nuevas prácticas. Estas serán validadas o no en dicha realidad, reciclando el proceso metodológico descripto.

Para lograr que la Capacitación en Servicio se constituya en una de las estrategias para la elevación de la calidad de la respuesta sanitaria, la metodología pedagógica que se diseñó para cada situación (institucional, política, para el equipo interdisciplinario o disciplinario, etc.) seguiría los siguientes pasos:

- El planteo inicial de problematizar la tarea cotidiana: ¿Qué se necesita saber (pensar, sentir y hacer) para resolver el problema?

- Recuperar críticamente las prácticas instituidas por la tradición, la costumbre, la rutina: ¿Qué conservar y qué cambiar de éstas para mejorar la asistencia a la población?

- Generar espacios de comunicación, intercambio y socialización de conocimientos y prácticas, disciplinarias o interdisciplinarias, para pensar sobre: ¿Qué se necesita saber sobre el trabajo del "otro" y de los "otros" (profesionales de otras disciplinas) para lograr la complementariedad y el trabajo en equipo?"

- Elaborar conjuntamente criterios de trabajo que permitan lograr formas organizacionales superadoras, sujetas a la provisionalidad del ajuste permanente a la cambiante realidad.

- Producir conocimientos que resulten verdaderas instancias de integración, vinculando la teoría a la práctica, lo disciplinario y lo interdisciplinario, la tarea individual y el trabajo en equipo, todo esto en el marco de un servicio, en su relación con los otros, en la institución.

Técnicas pedagógicas

En el marco del pensamiento pedagógico que venimos desarrollando, las técnicas que se seleccionaron fueron las siguientes:

1. *Técnicas de trabajo grupal*, las que favorecerían:

- La discusión e intercambio de experiencias centradas en el análisis del trabajo como objeto de conocimiento.

- El abordaje de los obstáculos en la tarea, co-pensando las situaciones problemáticas seleccionadas, elaborando alternativas superadoras, prácticas renovadas.

- La asunción de una voluntad colectiva de cambio, que permita un acompañamiento ante las resistencias personales y las dificultades que genera todo proceso de cambio.

- La organización del trabajo grupal, a partir de una consigna orientadora de la tarea.

- La confección de un registro que permitiera, por una parte conservar la "memoria grupal", su producción y por otra parte, la construcción de una sistematización que contenga la elaboración de todos los sub-grupos. Documentos integradores, estructurados en torno a ejes de análisis, que contendrían los acuerdos teóricos y estratégicos que se van logrando en el proceso de trabajo grupal.

Los grupos de aprendizaje se organizaron en sus distintas modalidades, taller, grupos de reflexión centrados en la tarea, grupos informales de discusión o Rol Playing. Según los objetivos del programa a desarrollar, se decidieron los criterios sobre la base de los cuales se conformaron los grupos: por disciplina, interdisciplinarios, espontáneos, etc.

Como instancia de socialización de las producciones de los subgrupos, se previeron siempre instancias de Plenario, que operaron como momento de cierre e integración de las temáticas que se iban desarrollando.

2. Técnicas expositivas

Se trató de re-significar esta modalidad, recuperando desde la enseñanza la instancia de la transmisión de conocimientos por parte de quienes poseen mayor experiencia o profundización teórico-práctica. En este sentido las exposiciones se realizaron ya sea como apertura temática o como cierre integrador de los contenidos o ejes temáticos que se abordaron.

3. Técnicas que instrumentan la Pedagogía de la pregunta, a partir de un material bibliográfico, un caso clínico o una situación problemática de la práctica cotidiana.

4. Técnicas de reportes utilizados en los trabajos grupales, cuya significación radicó en la posibilidad de sistematizar la producción de conocimientos en la que se centró la metodología pedagógica propuesta para la Capacitación en Servicio en Salud Mental.

La utilización de diferentes recursos didácticos como: diapositivas, videos, películas, retroproyector, etc., constituyó un valioso instrumento para incentivar, propiciar discusiones, ejemplificar situaciones.

¿Cómo saber si se producen aprendizajes?

Este interrogante hace referencia



explícita a la evaluación, problemática pedagógica que ha sido objeto de cuestionamientos y disensos, sobre la que se han construido diferentes propuestas e implementado distintos instrumentos evaluativos.

Los ejes de la discusión sobre la evaluación han girado en torno al logro de la objetividad, el equilibrio entre la calidad y la cantidad de los conocimientos teórico-instrumentales obtenidos por parte del sujeto que aprende. Como así también acerca de cómo evaluar el logro de actitudes.

¿Cómo podemos saber que la capacitación en servicios produce cambios, individuales y grupales, que impactan en la tarea sanitaria cotidiana?

Pedagógicamente, para que la evaluación cumpla el objetivo de ser permanente, tendrá que ser planteada teniendo en cuenta dimensiones de proceso y de produc-

to, cualitativas y cuantitativas, individuales y de equipo, la autoevaluación y la heteroevaluación.

Una forma de operativizar esta variedad de dimensiones, será seleccionando criterios de evaluación. Para facilitar ésta se tendrán en cuenta los siguientes aspectos de la programación pedagógica de la Capacitación en Servicio:

1. Respecto a los contenidos teórico-instrumentales:

- * Su pertinencia y adecuación a las necesidades del trabajo cotidiano del servicio;

- * La capacidad explicativa de los conceptos teóricos abordados, para la formulación de prácticas alternativas superadoras;

2. Respecto a la metodología didáctica implementada, se podrán considerar criterios de evaluación que den cuenta de:

- * los aprendizajes individuales y grupales;

* el equilibrio entre momentos de análisis y de síntesis;

* la relación teoría y práctica;

* la profesional y la interdisciplina.

3. Respecto a la *dinámica grupal*, se tendrán en cuenta criterios como:

* interacción;

* cooperación;

* capacidad de producción, de crítica y de reflexión.

Para dar un cierre provisorio a la problemática de la evaluación, plantearemos un último interrogante, el que podría constituirse en el futuro eje de análisis: el Problema, objeto de análisis en la Capacitación en Servicio, ¿se transformó en respuestas sanitarias innovadoras, cualitativa y cuantitativamente superadoras?, ¿estas respuestas resultaron cada vez más adecuadas a las necesidades y demandas de la población?

Punto de llegada o punto de partida. ¿Para qué una conceptualización pedagógica de la Capacitación en Servicio en Salud Mental?

Este trabajo aporta algunas reflexiones pedagógicas surgidas de prácticas educativas realizadas en la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

Nos parece importante mencionar algunas de las múltiples actividades realizadas, a fin de que se puedan visualizar algunos niveles de concreción de las explicitaciones conceptuales antes analizadas. Entre ellas:

El Seminario-Taller sobre "El rol del pabellón en la Institución", en el Hospital "Emilio Vidal Aval" de Oliva. Participaron Personal Administrativo, de Apoyo y Profesionales. Los contenidos abordados fueron: "El Ambiente", "Un día del paciente", "El personal". Se constituyeron grupos interdisciplinariamente e interservicios, con un Coordinador y un Registrador-Observador. Se produjo una reflexión conjunta sobre la realidad institucional, un enriquecimiento y profundización temática, a partir de la lectura de material bibliográfico, una elaboración de propuestas fundamentadas y viables de cambio de la realidad analizada. Con los registros producidos en cada grupo y en las instancias de Plenario, se elaboró un Documento integrador. Participaron 400 personas - Duración: 20 hs

El *Taller* sobre "El rol de la Unidad de Salud Mental en el Hospital General", realizado en el Hospital

"San Roque", con la participación de los Equipos de los Servicios de Salud Mental de 9 Hospitales de Córdoba Capital, Residentes y Concurrentes. Los contenidos abordados fueron: "El rol de la Unidad de Salud Mental en el Hospital General"; "Perfil de los Profesionales"; "La comunicación intra y extrahospitalaria"; "Articulación de acciones en la Red Asistencial de Salud Mental". Se conformaron Grupos de Discusión con un Registrador y un Coordinador. Con los registros de los grupos se elaboró un Documento Integrador. Participaron 150 personas.

El ciclo de *Experiencias Fracasadas*, organizado por el Comité de Capacitación y Docencia del Área de Atención Comunitaria, en la que participaron los Equipos de Atención Comunitaria de Capital e Interior. Uno de los ciclos se centró en "Experiencia realizada con Jóvenes". Su duración fue de 5 Jornadas (una cada 15 días). La Metodología Didáctica planteada consistió en:

1. Presentación de la experiencia realizada. Análisis explicativo del Proceso, considerando el marco teórico y político que fundamentaba las acciones realizadas. A cargo del Equipo actuante.

2. Trabajo Grupal: discusión sobre la experiencia. Elaboración de estrategias superadoras. Explicitación del marco teórico-referencial.

3. Plenario de intercambio y discusión entre todos los participantes.

4. Elaboración de un Documento integrando las propuestas elaboradas y las fundamentaciones teórico-metodológicas y políticas.

- El taller sobre "La construcción de un lenguaje común entre Legos y Profanos" organizado por el Comité de Capacitación y Docencia del Taller Protegido Terapéutico. Dirigido a los Profesionales y Monitores de las actividades que se realizan para la rehabilitación de Pacientes Psiquiátricos. Participaron Profesionales explicando los distintos síntomas que pueden presentarse en los pacientes. Se elaboró un "Diccionario", conteniendo las definiciones dadas desde el sentido común y desde los técnicos. Participaron todos los miembros del Equipo. Duración: 20hs.

Seminario-Taller sobre "Programación y Gestión en Salud Mental" Hacia la construcción de la Red Provincial de Salud Mental. Organizado conjuntamente con Docentes invitados de la O.P.S. (O.M.S.). Dirigido a Personal Profesional y Administrativo a nivel de Conducción, Direc-

tores de Hospitales, Jefes de Servicio de Hospitales Generales, Coordinadores de Equipos de Atención Comunitaria y de Programas Especiales. Participaron representantes del Sector Salud de la Provincia y de algunas Municipalidades de Córdoba. Áreas Temáticas abordadas: Enfoque Normativo y Enfoque Estratégico de la Programación. La lógica de la Programación. Administración Estratégica. La Evaluación estratégica. Metodológicamente se elaboraron propuestas de enseñanza que favorecieran al aprendizaje individual y grupal, en el equipo interdisciplinario. Cada participante elaboró un Programa para ser ejecutado en su Institución, Servicio o Programa. Se previeron instancias de seguimiento y evaluación en la implementación del mismo. Participaron 150 personas. Duración: 9 meses, 200 hs.

Estas acciones descritas fueron diseñadas y programadas en cada caso con miembros de los Comités de Capacitación o de Comisiones especiales y el Equipo de Pedagogos. En algunos casos la implementación se realizó conjuntamente o estuvo a cargo del Comité, realizándose el seguimiento permanente acompañado del asesoramiento pedagógico.

Entendemos que los Lineamientos Políticos trazados permitieron la elaboración del Proyecto Pedagógico Sanitario que se implementó. La caracterización de los componentes pedagógicos intervinientes fundamentaron las prácticas educativas desarrolladas en el marco de la Educación Permanente de Adultos con alto nivel de formación y con una historia laboral valiosa.

La realización de este Proyecto Pedagógico, constituyó una aproximación significativa a los lineamientos. Queda aún un largo camino por recorrer ■

Bibliografía

Bachelard, G., "La formación del espíritu científico". México, Siglo XXI, 1985.
Díaz Barriga, A., "Didáctica y Curriculum". México, Ediciones Nueva, 1985.

Documentos

Estrategia para el Cambio. 1984-1987. Secretaría Ministerio de Salud, Gobierno de Córdoba. (ver Vertex N° 3, Dic. 1991-Enero-Febrero 1992)
Cabeza de Oviedo M., "Modelo Autoritario, Modelo Participativo".

LECTURAS & SEÑALES

LECTURAS

Pablo Zöpke, **Mujeres**, Ediciones Homo Sapiens, Rosario, 1992, 151 págs.

Cada uno de los escenarios muestra su personaje desde todos los ángulos. Por obra del lenguaje, cada gesto: una sonrisa, la mano que descansa leve sobre el cobertor, labios hastiados y yertos, se iluminan y despliegan ante una extraña escucha-mirada, que surge en un fabuloso desfile de carrozas. Y cada una lleva montada su escenario; y cada escenario, su personaje; y cada personaje: un comportamiento que sobreviene en la particular atmósfera de lo psicopatológico. En esa larga calle de lo extraño pero tan próximo (-¿o tan prójimo?), avanza el cortejo (¿sintomático?) de las figuras del dolor y el amor. El contorno del padre se asoma a los labios de la histórica; el martirio casi devotamente transgresor de la anorexia; el dominio céntrico y autoritario de la melancolía. Todas esas figuras y muchas más, humanizándose en una descripción que no olvida el hálito transferencial del escritor. Escritor que participa de las ceremonias y pone en escena este libro que se construye a medida que es leído. Y atrapa con la seducción literaria que dispara en todas las páginas con el cuidado de la sorpresa y el suspenso. Claro, un escritor -que contrariamente a lo afirmado por Henry James- se encuentra muy presente, instando a la complicidad de acompañarlo en su atril de director y por lo tanto asistir a su manera de mostrar -enseñar- las peripecias de lo creado-registrado en cada vínculo imposible.

Demás está decir que estamos en presencia de un enseñante que posee la magia de construir un libro de psicopatología que se trasciende en la creatividad cómplice de la aproximación psicoanalítica. Se podrían

decir muchas cosas y deslizar palabras e insinuaciones, pero nos queda el deseo de invitar a compartir este texto y disfrutar el decir de alguien que se constituye en operador de un espectáculo claro y novedoso.

R. D. S.

Dres. Jorge Fernández Landoni, Jorge Parral, Jorge Blidner, Hugo Massci y Lic. Ombretta Velati. Recopiladores. **Clínica en Psiquiatría Infantil** (Aportes realizados por el Dr. Alfredo García). Ediciones Héctor Macchi, Buenos Aires, 1991.

El Dr. Alfredo García fue miembro del Hospital General de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" desde sus comienzos. Fue residente de Clínica Pediátrica ('64-'67) y Jefe de Residentes, pasando en 1971 a ser el primer Instructor de Residentes del recién creado Servicio de Psicopatología y Salud Mental. La dictadura militar encontró en él uno de sus primeros blancos, obligándolo a renunciar a su tarea. Retornó de este doloroso exilio en 1989 con su viejo cargo a cuestas, falleciendo en 1990 a los 55 años.

Una personalidad más que vigo-

rosa, no compatible con la sumisión o la mediocridad, más una (como él denominaba) "tozudez Gallega" llevaban a la imposibilidad absoluta de pasar por alto sus opiniones. A estas características se asociaban una sensibilidad exquisita al dolor ajeno y un odio profundo a las trabas habituales de la práctica institucional, con una entrega poco común a su trabajo.

Fueron suyos el primer trabajo en el país sobre el niño ante la muerte (recopilado) y la primera experiencia grupal de niños con intento de suicidio (lamentablemente nunca escrito).

Sus compañeros (colegas, amigos, discípulos) decidieron impulsar la recopilación de todas sus palabras, dispersas previamente, como homenaje y cumplimiento de la voluntad colectiva de combatir el olvido.

Entre otros temas figuran: "El niño muriente", "Tentativas de suicidio en la adolescencia", "Autismo Infantil", "Folie a deux".

Está disponible en Ediciones Macchi (Córdoba 2084) o en la Unidad de Psicopatología del Hospital General de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez".

FUNDACION DE DOCENCIA E INVESTIGACION PSICOFARMACOLOGICA (FUNDOPSI)

ESCUELA de POSTGRADO en PSICOFARMACOLOGIA

Director: Prof. Dr. Julio Moizeszowicz

PRIMER CUATRIMESTRE: Marzo / Junio 1993

SEMINARIOS: 11 a 12.30 hs.

PARA MEDICOS
Psicofarmacología
General

PARA PSICOLOGOS
Principios de la
Indicación
Psicofarmacoterapéutica

PARA MEDICOS Y
PSICOLOGOS:
Indicaciones del
Abordaje Múltiple

SEGUNDO CUATRIMESTRE: Agosto / Noviembre 1993

Informes e Inscripción: Centro Diurno "El Aleph"

Gurruchaga 2144 • 1425 Capital

Tel: 71-4076 • (Martes y Jueves 12 a 17 hs.)

Héctor Fernández Álvarez, **Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia**, Paidós, Buenos Aires, 1992, 340 págs.

En 1989 y luego de varios años de intentos, Beitman, Golfried y Norcross (Am. J. Psychiat., 1989, 146:138) publican un interesante trabajo sobre el número creciente de escuelas de psicoterapia y proponen un camino integrativo separando, por un lado aquellos elementos de la técnica que la mayoría de los terapeutas utilizan; y, por el otro, proponen colocar entre paréntesis las diferencias para estudiarlas una vez establecidas las pautas comunes de la práctica. Es un camino. A partir de trabajos similares en EE. UU., Canadá y países escandinavos, existe una llamada psicoterapia integrativa. No olvidemos que los avances en el sentido de la integración son relativamente antiguos: destacamos entre otros el Tratado de Roland Dalbiez, introducido en nuestro país a fines de los '40 por E. Pichón Rivière, que buscaba compatibilizar la psicoterapia freudiana con enfoques pavlovianos. Pero podemos afirmar que diferentes aproximaciones se integran cotidianamente en la tarea hospitalaria en las denominadas psicoterapias breves.

Fernández Álvarez, con acierto, realiza un desarrollo interesante. Es conciente de los riesgos y amplitud de la empresa, por lo que aporta una reseña histórica que ubica el tema y a diferencia del grupo de Goldfried, no acota su trabajo a los temas de la técnica, sino que adhiere a la teoría o paradigma cognitivista para guiarse en los laberintos de las diferentes escuelas. Además de ser muy didáctica su exposición de los principios del Cognitivism, se desliza hacia el proceso psicogenético de la captación de los significados sociales e individuales y la impronta cuasi creencial que estos procesos perceptivos adquieren en el aparato simbólico. A partir de las estructuras guías del pensar, a la manera de los comportamentalistas audaces (Bandura, Guidano, etc.), plantea que pueden edificarse tanto las maneras adecuadas del vínculo sujeto-entorno, como sus formas patológicas. Como es habitual puede criticarse el escaso espacio dado a la afectividad en la relación cognición-sistema de valores de la realidad. En su tercera parte, presenta un buen cuadro de las disfunciones más frecuentes y las técnicas propicias para su solución. Es un libro útil y esclarecedor. Vale la pena leerlo, ya sea para utilizar nuevos o modernizados ele-

mentos terapéuticos, ya sea para que polemizando surja aquello que todas las teorías basadas en la observación tienen de valioso, o, por último, utilizarlo como una nueva aproximación a la construcción de una teoría de la técnica.

C. C.

Ana María Fernández (compiladora) **Varios autores. Las mujeres en la Imaginación colectiva**, Paidós, Buenos Aires, 1992, 363 págs.

Preguntas: ¿Qué sucede que habiendo tantas mujeres en las empresas, casi no hay directoras? La consecuencia psicológica de la diferencia de los sexos coloca a la mujer en el lugar de lo misterioso? ¿La mujer circula como una mercancía?

Respuestas: la mujer es reparatoria, la mujer no es agresiva, la mujer es vueltera, es inasible... Pero ¿quién habla aquí? No habla ni el hombre, ni la mujer. Tampoco es un efecto inconciente, ni un problema solamente histórico-social. Los chinos deseaban a la mujer dos mil años de felicidad, porque consideraban que un cambio en la cabeza de los seres humanos tardaba mil años: para un tema tan complejo, mejor desear por lo menos el doble de alegría. Con las autoras podemos decir que la mujer es instituyente: se produce en el territorio del imaginario social una poderosa batalla de significaciones contradictorias, que se alimenta permanentemente con los fenómenos sociales que le dieron, en parte, origen. El libro busca la pertinencia de validar un nuevo campo de conocimientos. Y coincidimos -desde la Beauvoir y Friedman- que es real, que es importante lograr la profundización y la explicitación de este conflicto. El texto va diafragmando aspectos del tema, enfocando con precisión los problemas de género, de rol, la victimización en el medio conyugal, las diferencias en el psicoanálisis y la psicología en general, y desde esos niveles se interna en los procesos que teniendo como base la subjetividad alcanza a los dispositivos del discurso y del Poder. Estos últimos dispositivos donde coexisten mitos, creencias, mecanismos jurídicos, se reproducen de maneras particulares para alcanzar en lo imaginario un lugar para la mujer de la que poéticamente -aunque equivocado- dijo Oscar Masotta: "la mujer es tan inasible como el espacio que en el agua deja el pez".

Leer este libro, preguntarse y hasta polemizar internamente con él, deja la certeza de constituir un jalón en la lucha por un advenir más hu-

mano, libre del lastre mortal de los narcisismos y los mercantilismos de turno.

Vertex

A. Musacchio de Zan y A. Ortiz Fragola, **Coordinadores (varios autores), Drogadicción**, Paidós, Buenos Aires, 1992, 323 págs.

Hacia tiempo que se esperaba la aparición en nuestro medio, de un libro como este. Es una obra colectiva, donde desde la experiencia de muchos años de trabajo de cada expositor, se puede apreciar los diferentes enfoques etiopatológicos del problema de la drogadicción, como los aspectos legales y sociales del mismo, hasta asomarse a temas tan importantes como lo son las relaciones dramáticas entre droga y SIDA o droga y adolescencia. Es un texto heteróclito: diferentes formas de observar, van rodeando y esclareciendo el objeto de estudio para así, aportar soluciones. Desde la ubicación socio-histórica, la descripción fenoménica, las observaciones más destacadas de la semiología, las diferentes posturas teóricas, van desfilando en una sucesión ordenada y didáctica. No se descuidan los conocimientos biológicos y con notable acierto se puntualizan las diferentes actitudes de los médicos generales respecto de la administración de sustancias (no sólo psicofármacos) de gran potencial adictivo.

Como es norma en nuestros días se presenta al drogadependiente con sus vivencias intrasubjetivas e intersubjetivas, tanto en la relación con diversos grupos de pertenencia, en especial la familia, como con el personal sanitario. Y por supuesto, se encuentra presente lo que se ha dado en llamar las evidencias de la transubjetividad: mitos, matrices institucionales, drogadicción y sistema jurídico. Cada capítulo es abarcativo sin que por esto adquiera la pesadez de un tratado, sino que tiene la potencialidad de ser usado como un Manual que no desprecia la profundidad y la posibilidad de realizar la hermeneusis de los temas.

El libro termina con dos capítulos referidos especialmente al papel de los agentes de salud frente al problema. En este sentido se podría deslizar una suave crítica: esto es, la profundización del tema en cuanto a lo que sucede en nuestro país y las tremendas dificultades que a nivel social se pesquisan cotidianamente en nuestro medio. Como conclusión: una obra esperada y absolutamente necesaria.

Vertex

SEÑALES

60° aniversario del Instituto "Gregorio Bermann"

Del 24 al 27 de setiembre se reunieron en la ciudad de Córdoba una nutrida cantidad de profesionales de la Salud Mental para conmemorar el aniversario del Instituto "Gregorio Bermann" y recordar la prolífica y multifacética obra de su fundador fallecido hace ya 20 años.

El severo ámbito del Aula Magna de la Facultad de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales de la U.N.C. sirvió de marco a la serie de Paneles que recorrieron sucesivamente los temas: "Violencia y Salud Mental", "Instituciones y Salud Mental", "Modelo de Investigación en Salud Mental", "Corrientes Psicoanalíticas actuales" y "Formación de recursos humanos en Salud Mental" que contaron con la participación

de colegas de Córdoba, Buenos Aires, La Plata y Rosario. Los debates que generaron los mismos fueron alternados con conferencias especiales dictadas por Mario Campuzano (México): "La intervención institucional desde el punto de vista del cliente"; Georges Lanteri-Laura (Francia): "El rol de las teorías en la práctica psiquiátrica" y Claudio Bermann: "Algunas relaciones entre la Psiquiatría y el Psicoanálisis". El todo presentado, coordinado y animado en forma dinámica y precisa por Sylvia Bermann.

La presencia de Horacio Etche-goyen y Elpidio Olivera, nos hizo recordar las Primeras Jornadas de Psicoterapia convocadas por Bermann hace 30 años. Esas jornadas que el maestro cordobés concebía así... "es la primera vez que nos reunimos psicoterapeutas de todas las escuelas y tendencias para intercambiar experiencias e ideas sobre aspectos esenciales de nuestro que-hacer; de sus fundamentos, de su ubicación en el extenso cuerpo de la medicina, de sus conexiones con disciplinas afines, de sus diferentes métodos, de lo que se ha hecho en el país y de sus perspectivas. Entramos hoy al diálogo abierto y leal,

desnudándonos de prejuicios, ante-ojeras y sectarismos, trayendo cada uno sus experiencias, contradicciones y dudas, y también sus pasiones, ardidas al fuego de vidas consagradas". ("Las Psicoterapias y el Psicoterapeuta", Paidós, Bs. As., 1964).

En esa como en tantas otras ("Nuestra Psiquiatría"; "La Salud Mental y la Asistencia Psiquiátrica en la Argentina"; "La Psiquiatría en China"; "Clínica de la Encefalitis epidémica", etc.) obras y artículos que publicara en revistas que dirigió y/o participó, así como desde la docencia universitaria y clínica en nuestro país y en el exterior, Bermann no cesó en una actividad apasionada y militante, en su doble condición de ciudadano y médico psiquiatra, infatigable en la lucha por la Salud Pública y la democracia.

Una más exhaustiva reseña de la polifacética vida y obra de Gregorio Bermann aguarda para ser publicada en las páginas de nuestra revista. Mientras tanto vaya esta crónica a guisa de homenaje para ese maestro de psiquiatras e ilustre hombre de nuestra cultura.

J. C. S.

CEGLUTION 300

CARBONATO DE LITIO 300 mg

ESPECIFICO PARA EL TRATAMIENTO Y PROFILAXIS DEL TRASTORNO BIPOLAR



QUIMICA ARISTON S.A.

POSOLOGIA:

DOSIS DE ATAQUE: 2 tabletas
3 veces al día.

MANTENIMIENTO: 1 tableta
3 veces al día

PRESENTACION:

ENVASES CON 50
TABLETAS

Se empiezan a organizar los investigadores en psicoterapia (y actividades conexas) en el Cono Sur

Desde el jueves 24 al sábado 26 de setiembre se reunió en Chacras de Coria, tranquila localidad a 12 km de la ciudad de Mendoza, un dedicado grupo de unas 50 a 60 personas, convocadas para asistir al 1er Encuentro Latinoamericano de la Society for Psychotherapy Research (SPR).

El comité convocante y organizador estuvo constituido por los Dres. Juan Pablo Jiménez (Asociación Psicoanalítica Chilena), Guillermo Lancelle (ApdeBA) y Eduardo Isaharoff (APA), de Bs. Aires, el Lic. Jorge Olagaray (Sociedad Psicoanalítica de Mendoza), coordinador de la sede del Encuentro, y, ex-oficio, el Dr. Horst Kächele (Instituto Psicoanalítico de Ulm, Alemania).

Entre los participantes hubo psicoterapeutas y psicoanalistas de Argentina, Chile, Uruguay y Brasil, además del Dr. Kächele y el Dr. Ken Howard, de EE. UU., miembro fundador de la SPR. Al final del Encuentro se nombró al Dr. J. P. Jiménez candidato a la vicepresidencia regional, quedando el grupo organizador encargado de mediatizar las afiliaciones a la SPR, para consituir a la brevedad el capítulo del cono sur latinoamericano(1).

La SPR reúne a quienes están interesados en el desarrollo de la investigación científica en el área de la psicoterapia. Nació hace unos 25 años en Chicago (EE.UU.), con un grupo de 40 profesionales, que reconocía que Eysenck tenía razón en la crítica a la psicoterapia y el psicoanálisis, en cuanto a lo unilateral de la formalización metodológica del campo, pero consideraba que esto era nada más que un problema a ser resuelto, y no la demostración de una falacia, como lo planteaba aquel autor(2).

Con el tiempo la SPR ha ido creciendo: en 1987 se forma el primer capítulo no perteneciente al mundo angloparlante, y hoy por hoy cuenta con unos 1100 miembros distribuidos en 29 países.

¿Y qué pasó en Chacras de Coria desde el punto de vista científico?

El 1er Encuentro Latinoamericano se desarrolló con un modelo muy activo de participación. Se sesionó los tres días en forma intensiva, con todos los participantes alrededor de una sola mesa, leyéndose y discutiéndose 27 trabajos. Es decir que prácticamente no hubo espectadores.

Entre los presentes predominaron los miembros de sociedades psicoanalíticas. Pero además de los trabajos y proyectos de investigación de colegas de otras orientaciones psicoterapéuticas, el énfasis del enfoque global de la reunión fue sostener como centro una intención de operatividad, tanto en cuanto al contenido de la mayoría de los trabajos, referidos a la actividad terapéutica, sus instrumentos y sus resultados, como desde el punto de vista de los problemas metodológicos y técnicos de la investigación científica, y en lugar de cierta búsqueda de consenso a nivel de la abstracción teórica y hermenéutica, basada fundamentalmente en el posicionamiento clínico.

Esto pudo lograrse gracias a los esfuerzos del grupo "piloto" constituido por los organizadores y el Dr. Ken Howard, pero también por el acuerdo, producto del interés común de los presentes por la investigación científica, evitándose así totalmente la defensa de esquemas referenciales e hipótesis teóricas puras.

A mi juicio puede considerarse en este sentido como un muy buen emergente de esta orientación, la presentación de importantes trabajos dirigidos a la investigación y organización sanitaria y asistencial en temas de salud mental, que presentaron tanto investigadores chilenos (Jiménez, Florenzano, De la Parra, Isla, etc.) como uruguayos (Bernardi, Ginés). Ambos grupos están constituidos en parte importante por miembros muy activos de las respectivas sociedades psicoanalíticas, que simultáneamente están desarrollando tareas significativas a nivel de la salud pública.

También fueron sumamente indicativos de dicho posicionamiento los trabajos que presentó el Dr. Ken Howard, miembro fundador de la SPR, que refirió muchos datos, propios y de la literatura, de investigaciones para estudiar. Por ejemplo, indicadores de pronóstico y de grado de evolución de la psicoterapia y una modelización genérica de la psicoterapia con su correspondiente estudio empírico, muy necesarios en un medio como el estadounidense, donde los tratamientos, (en general, de reducido número de sesiones), son pagados por las empresas o compañías de seguros.

Fue también Howard quien subrayó la importancia de las investigaciones, en cuanto a su contribución para que el público general reubique el lugar de la psicoterapia, sus hipótesis, sus resultados, sus métodos, etc., ante la imagen poco fa-

vorable que transmite habitualmente en su país la televisión y el cine, generando importantes distorsiones en los conceptos culturales(3). Otro de los temas en que insistió, de la mano de datos producto de la investigación, fue la importancia de valorar el factor multiplicador de las mejoras producidas a nivel individual, por ejemplo, a través de la influencia que ello tiene sobre el grupo que circunda al paciente.

Se presentaron, para ser confrontados, trabajos y proyectos de investigación: sobre problemas psicósomáticos de niños y sobre conceptos teóricos esenciales sobre el funcionamiento mental, para su uso como hipótesis de trabajo; estudios cuantitativos sobre pensamiento psicótico a partir de categorías de la psicología cognitiva, estadísticas de encuestas sobre expectativas frente a la psicoterapia, una investigación cualicuantitativa con técnicas de agrupamiento sobre la evolución de las fantasías desiderativas a lo largo de una psicoterapia prolongada, análisis sintagmáticos y paradigmáticos de "sueño despierto", además de un conceptualizado programa de investigación sobre fronterizos, que incluye la búsqueda de variables que trascienden distintos esquemas referenciales, investigaciones sobre conjuntos de variables del test de Rorschach para el diagnóstico diferencial de cuadros psicóticos a partir de la estadística taxonómica, etc.

Como se puede ver, la variedad de los temas fue muy grande, pero la coincidencia en los objetivos científicos hizo el intercambio muy enriquecedor.

La presentación de proyectos de investigación, tuvo el gran valor ilustrativo de reflejar toda la gama de problemas que suscita las fases iniciales del desarrollo de dicha actividad. Por un lado, los debidos a lo novedoso de la misma, lo que implica la gran dificultad de lograr un posicionamiento distinto al del clínico o al de los investigadores de laboratorio; por el otro, los que se generan en condiciones de falta de institucionalización de la misma. Esto vuelve más importante al espacio de la SPR.

René Epstein.

1. Los interesados en información al respecto pueden dirigirse a ellos.

2. C. L. Mc Nelly y K. Howard (1991) en su trabajo "The Effects of Psychotherapy: A Reevaluation Based on Dosage", publicado en *Psychotherapy Research*, 1(1):74-78 reestudian los datos empíricos de Eysenck (1952) y muestran que los mismos en realidad implican que el nivel de mejoría por remisión espontánea que él contraponía a las mejoras por psicoterapia se producen

en 2 años de evolución espontánea versus 15 sesiones de psicoterapia.

3. Es interesante la consideración global que debe darse, para su valoración adecuada, a la actividad de investigación científica en el campo de la psicoterapia y el psicoanálisis como ya planteaba en mi nota "Algunas consideraciones sobre el lugar actual del trabajo e investigación en psicoanálisis" (Vertex, 1991, 2(5): 243-244).

Fundación de Docencia e Investigación Psicofarmacológica (FundoPsi)

En la Escuela de Postgrado en Psicofarmacología que dirige el Prof. Dr. Julio Moizeszowicz se dictarán en el primer cuatrimestre (Marzo/Junio) de 1993, en el horario de 11 a 12.30 hs., Seminarios para médicos y psicólogos sobre Psicofarmacología General, Principios de la Indicación Psicofarmacoterapéutica e Indicaciones del Abordaje Múltiple.

Son docentes de dichos cursos:

Dr. R. Bronstein, Lic. D. Colodner, Dr. G. Dorado, Dra. L. Fernández, Lic. S. Fernández, y R. Franco, Dra. P. Frieder, Dr. M. Marmer, Lic. G. Mielnik, Dra. M. Monczor, Lic. N. Pinkus, Dras. E. Suárez, y A. Yan-

kelevich, Dr. R. Zaratiegui y su Coordinador el Dr. S. Guala.

Informes e Inscripción en el Centro Diurno "El Aleph", Gurruchaga 2144, 1425 Capital, Tel.: 71-4076, martes y jueves de 12 a 17 hs.

La Fundación otorga becas a médicos residentes y en formación.

Georges Lanteri-Laura en Argentina

Invitado para el aniversario de la Clínica "Gregorio Bermann" llegó a nuestro país George Lanteri-Laura, permaneciendo entre nosotros durante quince días en los que fue solicitado permanentemente por un auditorio ávido por escucharlo y discutir sus tesis. De Córdoba partió a Salta y luego a Rosario para culminar en Buenos Aires, con una conferencia en el Hospital "J. T. Borda" organizada por Vertex, de cuyo Comité Científico forma parte.

Durante todas sus intervenciones el tema giró alrededor de la epistemología psiquiátrica. El análisis detallado de las teorías contemporáneas que se disputan la primacía en nuestra especialidad fue el eje organiza-

dor de sus conferencias. La que dictó en Buenos Aires será transcrita en el próximo número de Vertex. Desde su inicial "Psiquiatría Fenomenológica" hasta sus recientes "Les hallucinations" y "Psychiatrie Connaissance" el Prof. Lanteri-Laura ha desgranado un inmenso trabajo de análisis histórico sobre la génesis de los conceptos que se ligan con la epistemología de la clínica, la historia de la psiquiatría, la patología del lenguaje, la apropiación médica de las perversiones, la invención de la corteza cerebral, etc. Actualmente Jefe de Servicio en el Hospital Esquirol y animador central de la Section Psychiatrie de l'Encyclopedie Médico-Chirurgicale, desde su doble formación de filósofo y psiquiatra, Lanteri-Laura nos conecta con un saber clínico pensado en la fragua de la que participaron figuras como Lacan, Ey, Daumezon, Hecquen y tantos otros. Pronto veremos si los esfuerzos que se están haciendo para acercarnos su obra en traducción castellana logran éxito y podemos acceder a un diálogo más próximo con ese maestro lleno de calidez humana, tolerancia y prosa chispeante siempre enriquecida con fino sentido del humor.

Crisamen

Centro Regional de Información de Salud Mental

Pone a disposición de profesionales, docentes e investigadores

Consultas bibliográficas en hemeroteca

Más de 100 revistas de la especialidad que llegan regularmente de todo el mundo desde hace 30 años, siendo de destacar su nutrida colección latinoamericana

Biblioteca, que incorpora un promedio de 200 títulos por año

Búsquedas bibliográficas

Acceso a la red UUC, BITNEY y otras

Menú periódico de índices y revistas

Boletín bibliográfico trimestral con novedades ingresadas

Traducciones y fotocopias

Este Centro constituye un instrumento indispensable para la actualización de la información en Salud Mental

Dirección Dr. Alejandro Lagomarsino

Informes e inscripción en la nómina de socios

Serrano 665, Cap. Federal. Tel.: 854-5602, 9 a 17 hs.

Jornadas Nacionales y Latinoamericanas de Psicoanálisis

Los días 30 y 31 de octubre se realizaron en la ciudad de Córdoba las "Jornadas Nacionales y Latinoamericanas de Psicoanálisis", sobre el tema: "La Psicología y la Clínica Hoy".

Fueron organizadas por la Asociación Psicoanalítica de Córdoba y los claustros de Candidatos de las asociaciones psicoanalíticas argentinas (A.P.A., APdeBA, A.P.Córdoba y Sociedad Psicoanalítica de Mendoza).

Estas jornadas constituyeron (desde la perspectiva de sus organizadores), la primera oportunidad de creación de un espacio de encuentro en el que confluyeron además de las asociaciones psicoanalíticas afiliadas a la I.P.A., colegas de distintas y prestigiosas instituciones de Córdoba, San Luis, Buenos Aires, Mendoza, La Rioja y Santa Fe. También respondieron a esta propuesta profesionales independientes, con aportes de teorías y enfoques diferentes, convocados a partir de un referente común: la práctica clínica.

Durante dos días, 300 profesionales "psi" debatieron en torno a los 50 trabajos científicos presentados. Los temas más convocantes fueron:

- Psicosis - Pacientes severamente perturbados. Patologías graves.
- Psicoanálisis de pareja y familia.
- Niños y Adolescentes
- SIDA - prevenciones - adicciones.

Un número menor de trabajos, estuvo referido a los siguientes temas: "Clínica, aspectos teóricos y epistemológicos", "Trastornos narcisistas", "Alternativas institucionales", "Contexto social", "Psicosomáticas", "Psicoanálisis y docencia".

Haber elegido una ciudad del interior para un evento de esta naturaleza, constituyó una ruptura a un orden tradicionalmente establecido; significó resignar pérdidas ante la posibilidad de abrir nuevos caminos. Un punto de viraje, un movimiento de apertura.

Así, privilegiando la riqueza de las diferencias regionales, culturales, institucionales y personales, se posibilitó un funcionamiento genuinamente pluralista, que contribuyó a insertar un momento del presente, en una perspectiva futura de confluencia a pesar de los contrastes.

Carlos F. Curtó

Librería Salerno

Hay lugares, rincones y personajes que habitan el Hospital "J. T.



En la foto: De izquierda a derecha: Dres. Fabregues, Melgar, Portnoy, Sisto con José Salerno y el Dr. Betta en el aula de la cátedra.

Borda" dándole características inefables y marcando su historia con perfil propio. Para quienes caminan sus pasillos, trajinan sus quehaceres y continúan cultivando el hábito de la lectura, uno de esos lugares, de visita obligada, se encuentra en el pasillo frente a la Cátedra. Un pequeño local, con estanterías tan atestadas de libros que da la sensación de que uno entra en ellos. Los hay actuales, últimas novedades; pero también antiguos; en los anaqueles del fondo se pueden encontrar textos italianos de Criminología, las lecciones Clínicas de Charcot, un Voisin de 1867, algún Krafft-Ebbing sobre el que nos precipitamos y así por todos los rincones Jaspers, Blondel, Kretschmer en sus ediciones originales y títulos agotados de ediciones nacionales.

José Salerno (1917-1988) había empezado con su pequeña valija en al Hospital Durán hacia 1956. Cuando conquistó un armario del pasillo de la Cátedra, se quedó y desde hace 14 años su librería, hoy atendida (diríamos mejor animada) por su hija Graciela, a quién se suma en el último tiempo su hermana Cristina, ocupa el emplazamiento actual. Salerno, amigo y asesor bibliográfico de sucesivas generaciones de psiquiatras del hospital, incursionó en la edición produciendo entre otras la reimpresión de obras del gran maestro Pereyra inicialmente presentada en "El Ateísmo". Simpático, jovial, plético de buen humor ocupa un lugar en la nómina de esos personajes que fueron una institución dentro de la institución ■

L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE

Revue mensuelle des psychiatres des hôpitaux

L'INFO
PSY

10 Números por año

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