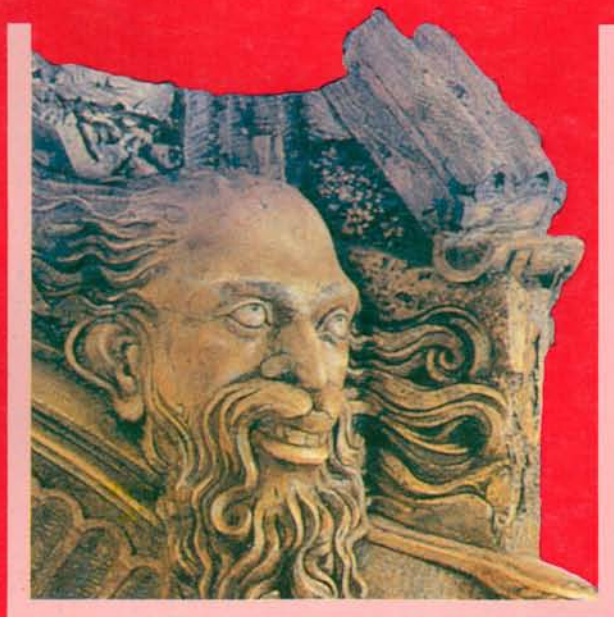


VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

6



DELITOS PELIGROSIDAD ALIENACION

*Maskin / Castex / Bringas Nuñez
Risso / Rego / Oviedo
Bordenave*

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

Volumen II - Nº 6 Diciembre 1991 - Enero - Febrero 1992

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. Lõo (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 (Hosp. Italiano y AP de BA); S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); P. Gabay (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); A. I. López Acosta (RISAM); L. Milano (Hosp. J. Fernández); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); 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 Ríos: J. H. Garcilaso. **Jujuy:** C. Rey Campero.
La Pampa: C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera.
RIO NEGRO: J. Pelegrini. **ROSARIO:** 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.

Informes y correspondencia:

VERTEX, Charcas 3939 P. B. "B", (1425), Capital Federal, Argentina,
Tel. 72-8262 - 953-2353/6553.

Gerencia y Administración:
Carlos De Lorenzo

Diseño:
Alfredo Saavedra

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

Impreso en:
La Técnica Impresora S.A.C.I.
General Cesar Díaz 4728
Tel. 568-0958 - Buenos Aires

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nº 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX VOL. II Nº 6, DICIEMBRE 1991 - ENERO - FEBRERO 1992.

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.

Esta Revista se encuentra catalogada en la Red Nacional de Información en Ciencias de la Salud (RENICS), y en el Sistema Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS), de la Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (OMS).

Inquietudes de la belleza: el escultor Norberto Gómez nos ofrece sus personajes atemporales en cubierta y Dossier. Lo acompañan en retrospectiva figuras negras de Goya que conservan en imagen lo indecible desde la época en que lo siniestro de nosotros desapareció del discurso.

NACE UN NUEVO CONCEPTO

NIMOTOP[®]

CALCIOANTAGONISMO
CEREBROACTIVO

Nimodipina (Bay e.9736) Investigación original Bayer

Aprobado
por
F.D.A.

INCLUIDO EN
VADEMECUM PAMI

Calcioantagonista
cerebroactivo
específicamente
creado para el
tratamiento de los
síndromes orgánicos
cerebrales en
pacientes ancianos.

Ejerce su acción
a nivel vascular
y neuronal

NUEVA
PRESENTACION
x 60
COMPRIMIDOS

Composición: NIMOTOP[®] comprimidos recubiertos. Cada comprimido recubierto contiene 30 mg de nimodipina.

Indicaciones: Tratamiento de los síndromes orgánicos cerebrales en pacientes ancianos caracterizados por: pérdida de memoria, disminución de la iniciativa y de la concentración, inestabilidad emocional, deterioro de la capacidad mental.

Posología y Modo de Empleo: Salvo otra indicación médica, se recomienda para las alteraciones del rendimiento cerebral 1 comprimido de 30 mg tres veces por día. Los comprimidos deben ingerirse sin masticar, con un poco de líquido independientemente de las comidas. El intervalo entre las tomas no deberá ser inferior a 4 horas.

Contraindicaciones: NIMOTOP[®] no presenta contraindicaciones absolutas. NIMOTOP[®] deberá emplearse con precaución cuando se compruebe edema cerebral generalizado o hipertensión endocraneana. Aunque en la experimentación animal no se demostraron efectos teratogénicos, la indicación de NIMOTOP[®] durante el embarazo deberá considerarse bajo criterios muy estrictos.

Interacciones: La administración simultánea de NIMOTOP[®] en pacientes hipertensos tratados con medicación hipotensora, pue-

de reforzar los efectos de la misma. NIMOTOP[®] no debe aplicarse con betabloqueantes por vía intravenosa, ya que puede producirse hipotensión severa. La administración concomitante con cimetidina puede aumentar el nivel sérico de Nimodipina.

Precauciones: Los efectos colaterales, especialmente la hipotensión, pueden acentuarse en pacientes con disfunción hepática o renal grave, especialmente en la cirrosis hepática. En estos casos se recomienda disminuir la dosis en función de los valores tensionales y del ECG.

Efectos secundarios: A las dosis recomendadas NIMOTOP[®] es en general bien tolerado, pueden presentarse los siguientes efectos colaterales: náuseas, liberación facial, molestias gastrointestinales, rubor facial, mareos, somnolencia, sensación de calor, hipotensión marcada (puede tratarse con valores iniciales elevados), taquicardia y dolor precordial.

Presentación: Envase con 30 y 60 comprimidos recubiertos, de 30 mg.

Para mayor información dirigirse a BAYER ARGENTINA S.A. - División Farm. Gen. Rivas 2488 - 1417 Buenos Aires. Teléfonos: 521-0271 / 77.



Bayer AG Leverkusen ha investigado y desarrollado este medicamento original.

Bayer

EDITORIAL

Toda concepción del delito está socialmente definida. Toda concepción de la locura también. Desde su inicio la Psiquiatría fue solicitada por la ley para determinar la responsabilidad de los actos humanos. En parte nació para ello. La vinculación proteiforme de ambas disciplinas hace viscosa la escena a describir. La posibilidad de justificación de ciertas conductas, o su condena, se cuele, sorpresivamente, por los intersticios de las teorías y en las palabras que hilvanan los peritos, en un va y viene desde los textos de la ley al discurso de la ciencia.

Y como si estas dificultades de la Psiquiatría interpelada por la Justicia no fueran suficientes, vino el psicoanálisis, como señala Lacan, ... "por medio de las instancias que distingue en su concepción del individuo moderno a intentar aclarar las vacilaciones de la noción de responsabilidad para nuestro tiempo..." logrando, ... "resolver el dilema de la teoría criminológica: irrealizar el crimen sin deshumanizar al criminal". Nada hay quizás tan privativamente humano como un juicio de valor. Se lucha para que un diagnóstico y/o una sentencia judicial no lo sean, pero como esto resulta a veces imposible y siempre difícil, la dimensión ética se posa siempre con su demolidora levedad sobre la mano del que redacta el informe y sobre los labios del que pronuncia el veredicto.

En el Dossier de este número hemos pretendido llamar la atención sobre este aspecto de nuestra especialidad. Decimos pretendido porque su vastedad sólo nos permitió abarcar algunos temas cuyo tratamiento solicitamos a reconocidos especialistas como los Dres. Bringas Nuñez, Castex, Riso, Maskin y demás autores del mismo.

En El Rescate y la Memoria el discurso de R. Bosch al inaugurar su cátedra de Medicina Legal va precedido por un apasionante trabajo de A. Gentile sobre el nacimiento de la Psiquiatría en Rosario.

El Prof. Lôo (miembro de nuestro Comité Científico) y colaboradores nos envían una actualización sobre los trastornos por ansiedad la que junto a una documentada información sobre glándula pineal y Psiquiatría que nos llega de Mendoza y una encuesta entre educadores, realizada en Buenos Aires, completan la primera sección ■

R. D. Spiguel J. C. Stagnaro D. Wintrebert



REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: VERTEX. Charcas 3939, P.B. "B" (1425) 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 CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- "La glándula pineal en Psiquiatría", Dra. M. Quiroga, Mendoza. pág. 255.
- "Aproximación actual a los trastornos por ansiedad", Dres. H. Lôo, C. Spadone, A. Baladi, París, pág. 264.
- "Escuchar a los educadores" Lics. A. Trumpe, D. Braceras, C. Szewach, Buenos Aires, pág. 268.

2

DOSSIER

- DELITO, PELIGROSIDAD, ALIENACION. Artículos originales de H. Maskin, pág. 271; M. Castex, pág. 277; E. Bringas Núñez, pág. 283; C. C., pág. 286; M. Cabezas Oviedo y H. Bordenave, pág. 288; R. Risso y A. Rego, pág. 291 y Textos de la legislación vigente, pág. 279.

3

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- "La psiquiatría en la ciudad de Rosario, Pcia. de Sta. Fe (1920-1930)", por A. S. Gentile, pág. 296.
- "Conferencia inaugural de la Cátedra de Medicina Legal" por el Prof. Dr. Raimundo Bosch, pág. 304.

4

CONFRONTACIONES

- Actualidad. Trastornos de las conductas alimentarias, por D. Wintrebert, pág. 307.
- Entrevista al Prof. Philippe Jeammet, pág. 311.

5

LECTURAS Y SEÑALES

- "Lecturas" pág. 314, "Señales" pág. 316.

CONFORMAL 400 AP

Carbamazepina 400 mg AP con liberación en partículas Unicell

Unica carbamazepina en comprimidos UNICELL
de liberación prolongada



La carbamazepina
necesaria y
suficiente para la
liberación de su
paciente epiléptico

CONFORMAL 200 mg

Carbamazepina

Unica carbamazepina en comprimidos incluida
en la canasta de
medicamentos



REVISTA

DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

LA GLANDULA PINEAL EN PSIQUIATRIA

María de los Angeles Quiroga*

Resumen

Se describen los roles de la glándula pineal y su principal hormona; la melatonina, en relación con la conducta y algunos trastornos psiquiátricos y neurológicos. Si bien se ha avanzado mucho en el conocimiento de los mecanismos de acción de la melatonina y es indudable que esta hormona es importante, falta todavía recorrer un largo camino para demostrar su rol etiopatogénico.

Palabras clave: Pineal-Melatonina-Psiquiatría-Psiconeuroendocrinología.

"THE PINEAL GLAND IN PSYCHIATRY"

Abstract

In this paper the roles of the pineal gland and its main hormone; melatonin are described in connection to some psychiatric and neurological disease.

Though considerable advance in the knowledge of mechanism of action of melatonin has been achieved and this hormone undoubtedly is important to psychiatry and neurology, it still is a long way to demonstrate its etiological and etiopathogenic role.

Key words: Pineal Gland - Melatonin - Psychiatry - Psychoneuroendocrinology.

"GLANDE PINEAL ET PSYCHIATRIE"

Résumé:

Cet article décrit la relation entre, d'un côté, la glande pineale et son hormone, la melatonine, et le comportement ainsi que quelques troubles psychiatriques et neurologiques de l'autre.

Si bien on connaît mieux le mécanisme d'action de la melatonine il reste encore un long chemin à parcourir afin d'éclaircir son rôle étiopathogénique.

Mot-clés: Glande pineale - Melatonine - Psycho-neuro-endocrinologie.

Tal vez no existe otro órgano en el cuerpo, cuya fisiología permanezca tan confusa como la glándula pineal.

Fue descubierta por Herófilo en el año 300 A.C., quien la definió como una válvula reguladora del flujo del pensamiento dentro del sistema ventricular cerebral. En aquella época se creía que la conciencia se encontraba en el vacío aéreo de los ventrículos cerebrales. Era la teoría neumática de la conciencia.

La pineal continuó ocupando un lugar prominente en el desarrollo de las ideas en Psiquiatría. Descartes identificó en ella el asiento del pensamiento racional y la unión del cuerpo con el alma. En los siglos XVIII y XIX se propusieron teorías que trataban de ensamblar los hallazgos necrópsicos de pineales calcificadas con la existencia de alteraciones mentales.

En 1850 Brown Sequard y Claude Bernard inician la era de la endocrinología y con ella el interés fue transferido a la hipótesis, lo que representó el ocaso de la pineal.

En 1921 Becker administró extractos de pineal a psicóticos, posteriormente esta experiencia se repitió en 17 oportunidades "con resultados favorables".(24)

Las opiniones respecto a la función de esta glándula han sido y son contradictorias. Por largo tiempo los endocrinólogos y los neurólogos pensaron que no era funcionante y servía solamente como punto calcificado para referencia de tumores endocraneanos. Recién en 1958 Lerner y col., aislaron y caracterizaron un principio activo de la glándula pineal bovina, causante del blanqueamiento de la piel del renacuajo y se inicia una nueva era en investi-

gación pineal. Este compuesto identificado por Lerner como S-Metoxi-N-AcetilTryptamina (Melatonina), la primera sustancia caracterizada en la pineal, reprodujo muchos de los efectos endócrinos de los extractos de pineal y revirtió las secuelas endocrinológicas de la pinealectomía.

Fisiología de la pineal

Los pinealocitos derivan de los mismos elementos neurosensoriales que dan origen a los fotorreceptores retinianos. En peces, anfibios y reptiles lacértidos la pineal contiene células fotorreceptoras semejantes a las retinianas. El sistema más elaborado lo posee un lagarto, el Tuatara, en el que la pineal es un verdadero ojo parietal con un cristalino, una retina con células fotorreceptoras y células pigmentarias.

En las aves, la pineal es una estructura intermedia; y en los mamíferos se pierde la estructura de los fotorreceptores y éstos se transforman en células endocrinas.

La información fotosensorial llega a la pineal por un complejo circuito polineuronal que comienza en el ojo, establece sinapsis en sistema nervioso central (S.N.C.) y lo abandona con las fibras simpáticas preganglionares del ganglio cervical superior (G.C.S.)

Los fotorreceptores retinianos convierten la luz en señal nerviosa, la que llega al G. C. S.; vía tracto retinohipotalámico, el que se proyecta bilateralmente, aunque con predominio contralateral, al Núcleo Supraquiasmático.(44)

Si se lesiona el Núcleo Supraquiasmático, desaparecen ciertos ritmos endócrinos como el ciclo es-

*Médica Psiquiatra. Jefe de Médicos Residentes Hospital "El Sauce", Mendoza. Alfonso X s/n, El Sauce. Mendoza - Tel. (061)261955

trual y se alteran los cambios circadianos de ACTH, corticosterona y locomotores en la rata. Se puede decir que este núcleo actúa como integrador de acoplamiento que coordina como reloj maestro la mayoría de las oscilaciones circadianas y en ausencia de él ningún área es capaz de adaptar sus funciones al ciclo luz-oscuridad.(44)

La melatonina es una hormona indólica, cuya síntesis tiene un ritmo circadiano típico, aparentemente dirigido por el núcleo supraquiasmático y caracterizado por una elevación nocturna de sus niveles. La luz percibida por el ojo trae aparejada una inhibición en la producción de la melatonina.

Actualmente(25) se sabe que la melatonina es también producida en la retina y afecta algunos aspectos de la fisiología retinal en mamíferos. La glándula pineal y la retina son los sitios primarios de síntesis de melatonina.

La retina(25) posee un reloj circadiano local, similar al que existe en el ojo de la rana y en el fotorreceptor del ave; porque la luz ambiental, inhibe la síntesis de melatonina por acción directa en la retina y acción indirecta en los pinealocitos via Núcleo Supraquiasmático.

La síntesis de melatonina (Fig. 1) es iniciada por la captación del triptofano, por parte de los pinealocitos. El triptofano es convertido a S-OH-Triptotano por acción de la enzima triptofano-Hidroxilasa y ésta por acción de la enzima L-aminoácido-decarboxilasa, pasa a serotonina quien

por acción de la enzima Serotonina-N-Acetil-Transferasa (SNAT), pasa a N-Acetil-Serotonina, la que a su vez por acción de la enzima Hidroxi-Indol-O-Metiltransferasa (HIOMT); se convierte en Melatonina.

Al atardecer los niveles de serotonina caen drásticamente y la actividad de Serotonina-N-Acetil-Transferasa (SNAT) e Hidroxi-Indol-O-Metiltransferasa (HIOMT) se incrementan(10). Todo este proceso se regula normalmente por un complejo interjuego de receptores de membranas, segundos mensajeros y otros eventos intracelulares, los cuales concluyen en la inducción y mantenimiento de la actividad de SNAT; que es una enzima limitante de la síntesis de melatonina(25).

Se ha demostrado(44) que la actividad de la enzima SNAT, se halla ligada a la noradrenalina, presente en las terminales simpáticas del G.C.S y esto unido al ciclo luz-oscuridad, de modo tal que la luz induce una disminución en la liberación de noradrenalina y una caída de la actividad de la enzima SNAT; lo cual permite una depleción de serotonina y una disminución de la melatonina.

Durante la oscuridad, la noradrenalina(10), interactúa con receptores beta del parénquima pineal y activa a la enzima adenil-ciclase; lo que incrementa el AMP cíclico y lleva a la síntesis de RNA con la consiguiente síntesis de las enzimas SNAT e HIOMT, que se traduce finalmente en la producción y secreción de melatonina.

Wetterberg y Col.(48), sugieren

que la melatonina urinaria en los humanos, sería un posible marcador de la regulación genética de enzimas pineales. Estos investigadores señalan que niveles bajos de melatonina se correlacionan con un incremento familiar de depresión. Por esto puntualizan que la baja excreción de melatonina sería o podría ser un marcador de desórdenes afectivos.

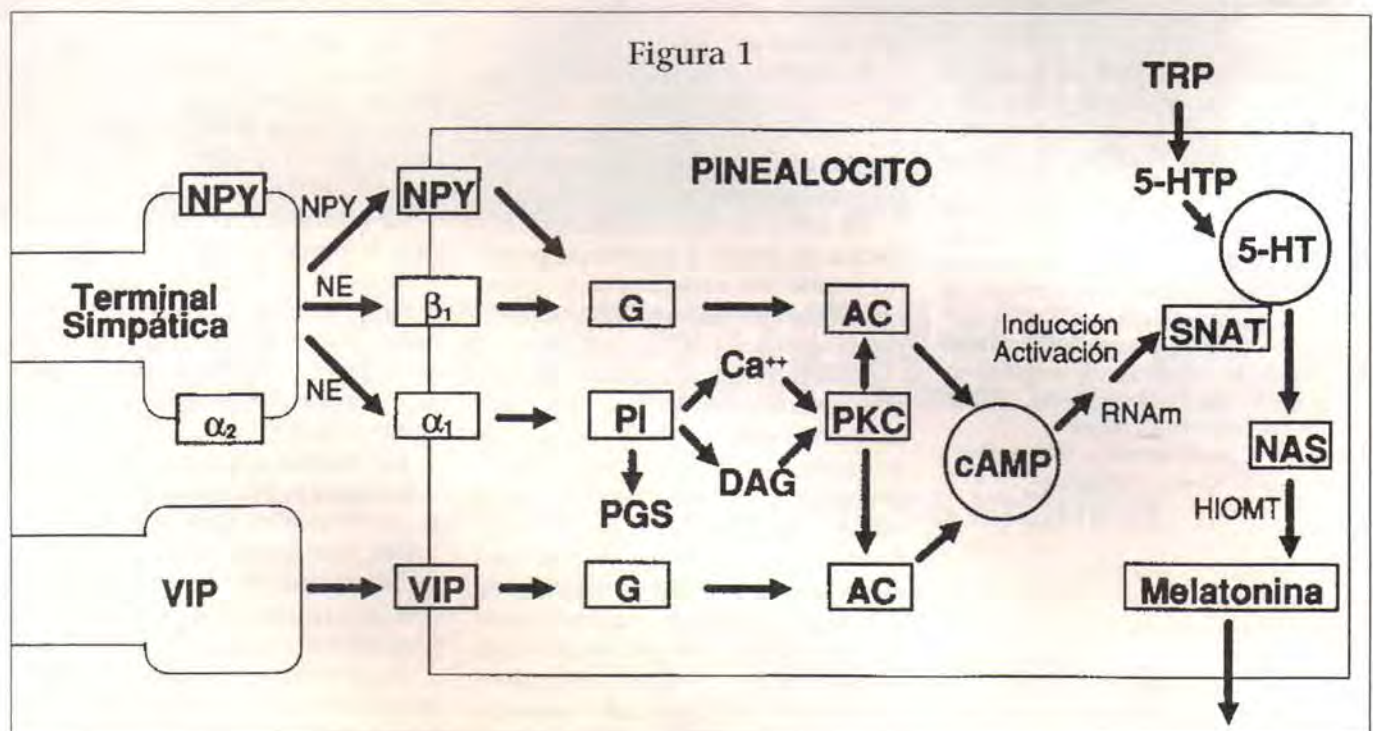
La noradrenalina simultáneamente estimula al receptor alfa adrenérgico del pinealocito, lo que incrementa los niveles de prostaglandinas (Pg) y éstas estimulan la síntesis de AMP cíclico(25).

Las fibras simpáticas que inervan a la pineal contienen el neuropéptido NPY; junto a la noradrenalina. Este péptido aparece en relación a la producción de melatonina(25).

Aparentemente la pineal recibiría inervación directa de neuronas centrales pero su función no está aún establecida.

Mediante inmunohistoquímica se han evidenciado fibras VIP que llegan a la pineal provenientes del ganglio pterigopalatino. El pinealocito contiene receptores VIP, que son similares a los receptores beta, los cuales estimulan la actividad de SNAT y son potenciados por los receptores alfa adrenérgicos(25).

Estudios de la síntesis de melatonina, in vitro e in vivo, sugieren que el GABA, las benzodiazepinas (BZD), la dopamina (DA) y el glutamato son inhibidores de la producción de melatonina. Mientras que los opioides y el péptido "Delta-Inducción-Sueño", estimularían el proceso(25).



Se sabe que la melatonina de los receptores retinianos del conejo, inhiben presinápticamente la liberación de DA. La 2-Iodomelatonina es 8 (ocho) veces más potente inhibidor de la liberación de DA que la melatonina(25).

Los receptores presinápticos de melatonina, muestran especificidad regional para la liberación de DA. En sitios como cuerpo estriado y tubérculo olfatorio no responden a la melatonina, a diferencia de lo que ocurre en hipotálamo y en otras regiones del cerebro de la rata.(25).

En la pars-tuberalis de la oveja y el hámster y en la hipófisis anterior de la rata neonatal la melatonina inhibe la producción de nucleótidos(25).

Retornando a las Pg se les atribuye un rol en el metabolismo debido a que: a) La noradrenalina libera Pg en la glándula pineal en forma dosis dependientes. b) El bloqueo de la síntesis de Pg in vivo, empeora el incremento de SNAT e HIOMT y el contenido de melatonina. c) En vitro la Pg E2, adicionada al medio de cultivo, aumenta el AMP cíclico y el binding de Proteín-Kinasa y la actividad de SNAT. Todo esto sería mediado por el receptor alfa que está ligado al ácido araquidónico(10).

La concentración de melatonina en la glándula pineal humana varía entre 0,005 y 0,4 pico de tejido y en el plasma oscila entre 10 y 300 pico/ml. Por orina se excreta entre el 60 y 70% del total diario entre las 23 y las 7 horas del día siguiente. El hígado es el principal sitio de inactivación de melatonina a 6-Hidroximelatonina, que se excreta con la orina y las heces como glucuronato o sulfato(43).

La reserpina que depleciona la norepinefrina de las terminales simpáticas, el propanolol (bloqueante beta) y la cicloheximida (inhibidor de la síntesis proteica) producen la abolición del incremento nocturno de la actividad de SNAT. El incremento o decrecimiento diario en la actividad de SNAT sería regulado por dos tipos de cambios: uno rápido mediado por el receptor beta adrenérgico y uno lento mediado por el turnover de las enzimas proteicas.

También han sido hallados en la glándula pineal (10), receptores para estrógenos, andrógenos y progesterona y varias hormonas que causan cambios en la actividad simpática de la glándula pineal. Es evidente(11) que la glándula actúa en los cambios estacionales de la actividad endócrina en especial en la repro-

ducción de modo tal que la síntesis de melatonina decrece en el período pre-ovulatorio y luego de la inyección de estrógenos, testosterona, progesterona, FSH, LH y PRL. El estradiol adicionado al medio de cultivo en cantidades fisiológicas, induce la síntesis de melatonina. Los efectos son bloqueados por el acetato de clomifeno. La liberación de noradrenalina en la pineal induce la síntesis de receptores proteicos para estrógenos y andrógenos.

La noradrenalina actúa sobre el receptor alfa, se libera entonces Pg E2 y ésta estimula la liberación de LHRH. La melatonina a su vez, inhibe la liberación de Pg E2 y por ello disminuiría el LHRH(9).

En el hámster privado de la luz por ceguera o por exposición a fotoperíodos cortos no estimulatorios, los órganos reproductores regresionan en 8 a 10 semanas(10). La pinealectomía(43) altera también la época en que el animal se aparea, en la mayoría de las especies estudiadas en la vida silvestre. En general no afecta la secuencia o duración de cada uno de los ciclos sexuales, sino la forma en que éstos se dan en relación al ambiente natural luminoso. En la especie humana se observó que la noche invernal prolongada en las regiones árticas, induce en la mujer esquimal amenorrea y el índice de natalidad de las mujeres ciegas es menor. Por otra parte, un estudio realizado en Finlandia entre 1961-1964, mostró que la frecuencia de la concepción era mayor durante el verano(43).

Con respecto a la glándula tiroidea, la pinealectomía ocasiona hipertrofia tiroidea y puede o no causar aumento de la captación de I 131. La melatonina ejerce acción inhibidora sobre el eje Hipotálamo-Hipófiso-Tiroideo pero también a veces lo puede estimular. Jackson y col.(22) realizaron un estudio sobre las influencias de la estación y la iluminación en el contenido de TRH en la pineal y el hipotálamo de una especie de rana. Los resultados mostraron que el TRH pineal sufre un incremento en otoño y cuando el animal es mantenido en oscuridad a diferencia del TRH hipotalámico que no sufre grandes variaciones(23).

Melatonina y ACTH

La pinealectomía aumenta el tamaño de las glándulas suprarrenales y la secreción de corticosterona, pe-

ro sólo en las primeras semanas posteriores.

En Estocolmo, Brisnar y Col.(7), estudiaron la secreción de melatonina, ACTH y cortisol, con el test de Metyrapona y encontraron que los niveles de melatonina descendidos se asociaban a un aumento de ACTH y cortisol en circulación.

A su vez Bolme y col.(5), han investigado la secreción de melatonina y cortisol en niños con el Síndrome de Prader-Willi en relación a niños con obesidad simple. Este síndrome se caracteriza por obesidad, hipogonadismo, corta estatura y disturbios a nivel del SNC. Los resultados arrojaron como única diferencia que el nivel de cortisol a las 8 am. era menor en los niños con el síndrome de Prader-Willi que en aquellos con obesidad simple. No hubo ninguna alteración respecto de la secreción de melatonina, en comparación con los controles sanos y una diferencia mínima con los niños con obesidad simple.

Melatonina y GH

Si a las ratas recién nacidas las mantenemos en oscuridad, la GH no se libera y en consecuencia disminuye el crecimiento. La pinealectomía revierte esta situación.

Melatonina y prolactina (PRL)

La melatonina aumenta los niveles de PRL en plasma, los cuales son más elevados durante la noche. Existen interrogantes sobre el papel fisiológico de la melatonina en el control neural de la ritmicidad circadiana de PRL. La pineal podría servir de regulador de la actividad nictemeral, gonadal, en el SNC de los mamíferos y favorecería estados hiperprolactinémicos en el hombre. Cada vez parece más claro que el aumento de PRL a lo largo del ciclo de 24 hs es mediado por mecanismos específicos de especie unidos al ciclo luz-oscuridad y al tono serotoninérgico cerebral.

Recordemos que la liberación tónica de PRL se halla controlada por mecanismos dopaminérgicos inhibitorios.

En resumen podemos decir que la glándula pineal produce dos series de compuestos: unos de naturaleza indólica como Melatonina, el 5-Metoxi-Triptofol y otros de naturaleza peptídica como la arginina

vasotocina que actúa sobre las funciones gonadales, adrenal y tiroidea y también en el sueño y en los ritmos biológicos.

Melatonina y trastornos psiquiátricos

De lo expuesto hasta ahora, se puede deducir que la melatonina puede ser utilizada como marcador de los ritmos biológicos en el estudio de la función de receptores aminérgicos de SNC y probablemente como recurso terapéutico de diferentes desórdenes psiquiátricos.

La transición luz oscuridad, la duración del día, los cambios de temperatura ambiental y social son ejemplos de recurrencia de signos ambientales o "zeitgebers"(31).

Las afecciones maniaco-depresivas exhiben cambios en los ritmos endógenos. Kraine y Rosenthal(31), describen pacientes maniaco-depresivos, quienes sufrieron una recurrencia anual de depresiones. En el caso de Kraine, los pacientes presentaron depresión durante el verano; la que luego de años rotó al invierno. En el caso de Rosenthal los pacientes presentaron los cuadros depresivos durante el invierno por algunos años y luego rotaron.

Estos casos sugieren que el ritmo anual del ánimo es endógeno y se halla relacionado con factores ambientales (estacionales).

La tendencia de los pacientes depresivos a despertar temprano en la noche y el empeoramiento del ánimo en la mañana, sugieren la interacción entre disturbios del ánimo y procesos circadianos. La observación que la ocurrencia de suicidio(31), se presenta mucho más en la primavera indica que los ritmos estacionales influyen en el curso de los desórdenes afectivos.

El sistema circadiano humano(31) consiste en dos completas oscilaciones biológicas, una oscilación fuerte que controla la temperatura corporal, la secreción de cortisol y el REM y una débil que controla el despertar y el dormir. Existen hipótesis que explican el ciclo maniaco-depresivo en términos de disturbios del sistema circadiano normal.

Wehr y Goodwin(31), revisaron las publicaciones previas sobre ritmos circadianos con vistas a evidenciar con anticipación la fase depresiva de los pacientes.

Ellos fundamentan que los pacientes depresivos, muestran antici-

pos en plasma y orina de metabolitos y hormonas, temperatura corporal y actividad locomotora e inclusive del ritmo cardíaco, con respecto a controles sanos. A su vez muestran disturbios del Eje-Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal evidenciados por el aumento de secreción de cortisol y falta de respuesta en el test de la dexametasona.

El ritmo circadiano del cortisol se caracteriza por un pico de secreción matutina, otro entre el despertar y el nadir y otro breve en la noche luego del primer sueño(31). Estudios de la fase del ritmo del cortisol, luego de viajes transmeridianos y de sujetos en aislamiento, sugieren que el cortisol nadir es el mejor marcador de la fase circadiana. Se ha demostrado un anticipo del cortisol nadir en las depresiones endógenas(31).

La temperatura corporal exhibe también un ritmo circadiano con un pico en la tarde y desciende entre las 3 y las 6 am. Pflug(31) fundamenta que la temperatura corporal se incrementa en los pacientes con desórdenes afectivos y se halla muy elevada en el curso de la fase maniaco-depresiva en relación a los estados eutímicos.

Kripke y Wehr(31) fundamentan que el pico de la temperatura se anticipa durante la manía y es un punto tempranísimo de referencia antes del cambio a la depresión.

Un gran número de autores ha investigado el ritmo de melatonina en la depresión. Sabiendo que esta hormona cumple un rol importante en la regulación de los ritmos estacionales y circadianos en animales y en las fases depresivas. Se la relaciona con alteraciones del sistema noradrenérgico, debido a que el nivel nocturno de la hormona es mediado por el receptor beta adrenérgico.

Lewy ha comprobado bajos niveles de melatonina en pacientes depresivos y durante los episodios suicidas(31).

En una investigación efectuada en el Instituto Mexicano de Psiquiatría en 10 pacientes con episodios de depresión mayor según el RDC y 12 voluntarios sanos, durante 3 noches consecutivas y con registro polisomnográfico y muestras sanguíneas, se demostró que la curva de melatonina de los depresivos es de menor amplitud que en los controles sanos, a diferencia del cortisol que en los depresivos es de mayor amplitud(36).

En Estocolmo Beck-Friis y

otros(3) estudiaron la relación existente entre melatonina, cortisol y ACTH en pacientes con episodios de depresión mayor, según el RDC. También efectuaron el Test de Dexametasona y encontraron un pico de secreción nocturna de melatonina bajo en los pacientes que tuvieron el Test de Dexametasona (DST) positivo, es decir no supresores e hipersecreción de cortisol.

L. Wetterberg y col.(48) sugieren que la melatonina urinaria sería un posible marcador de la regulación genética de las enzimas pineales. Bajos niveles de melatonina se correlacionarían con un incremento familiar de depresión. También Wetterberg y col.(49) encontraron niveles bajos de melatonina durante la fase depresiva y valores nocturnos descendidos durante los episodios suicidas, por ello es de valor diagnóstico y pronóstico la determinación del cociente Melatonina/Cortisol. En pacientes con depresión grave desciende la melatonina y asciende el cortisol. Estas observaciones sugieren una disfunción en el eje Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal y un compromiso de la glándula pineal en la depresión.

Maurizzi(30) analizó la terapéutica con triptofano y melatonina, sus posibles roles en la depresión y otras afecciones psiquiátricas. Este autor sugiere que el stress y/o una dieta deficiente en triptofano pueden producir deficiencias en SE y melatonina y que las alteraciones del ritmo y nivel de melatonina pueden ser causa de desórdenes afectivos y otras patologías.

Un estudio efectuado en Londres(47) muestra la secreción de melatonina antes y después del tratamiento con desipramina en tres pacientes, que según el RDC presentaban episodio de depresión mayor. Se administró desipramina durante tres semanas y luego obtuvieron muestras sanguíneas a las 11 pm y a las 10 am. La secreción de melatonina se incrementó entre la primera y la tercera semana del tratamiento. Ello sugiere un incremento neto de la neurotransmisión noradrenérgica en la pineal.

Melatonina y desórdenes afectivos estacionales (SAD)

La observación de enfermedades afectivas sensibles a las influencias estacionales y ambientales, ha sido estudiada desde la antigüedad. Des-

de Hipócrates pasando por Pinel, Esquirol, Kraepelin y muchos otros llegamos al año 1982 en que Lewy y col.(26), describen un individuo con depresión invernal recurrente. En 1984 Rosenthal y col.(42) realizaron una investigación sistemática en una serie de pacientes que presentaban depresión invernal y delinearon los hechos clínicos del Síndrome. Wehr y col.(50) realizaron también una investigación sistemática de pacientes con depresión en verano y agregan junto a Boyle y Parker(6), síntomas que parecen opuestos a los de depresión invernal.

Algunos estudios estacionales en Psiquiatría(31) han sido realizados teniendo en cuenta los patrones de admisión en hospitales, las incidencias de desórdenes afectivos y las tasas de suicidio. Durkheim(31) observó un patrón estacional de suicidio, con un pico de ocurrencia en primavera. Estos datos corresponden al hemisferio Norte; pero Kraff estudió las tasas de suicidio en la ciudad de Buenos Aires y relata que aumentan en noviembre que es la parte tardía de la primavera. Los factores biológicos serían más importantes que los culturales en la estacionalidad del suicidio(31).

Rosenthal ha revisado la literatura de las incidencias estacionales de los desórdenes afectivos. Numerosos estudios muestran picos de hospitalizaciones por depresión en primavera y otoño; las hospitalizaciones por manía son más frecuentes en verano. Se han señalado también diferencias diagnósticas que acontecen con un patrón bimodal en la ocurrencia estacional de la depresión. Estudios de pacientes bipolares muestran una distribución bimodal y estudios de pacientes unipolares muestran un patrón unimodal con picos en la primavera.

Wehr y col.(50), describen pacientes con dos patrones estaciona-

les y dos depresiones por año, una en invierno y otra en verano.

Sobre la base de los estudios mencionados, Rosenthal y col.(31) describieron las características clínicas y demográficas de los pacientes con Desorden Afectivo Estacional (SAD)

| Síntomas | Porcentaje en pacientes | |
|--------------------------------------|---------------------------------|-----|
| 1. Afectos | Tristeza | 100 |
| | Ansiedad | 72 |
| | Irritabilidad | 90 |
| 2. Actividad física disminuida | 100 | |
| 3. Apetito | Disminuido | 28 |
| | Aumentado | 66 |
| | Sin cambios | 3 |
| | Mixto | 3 |
| 4. Alteraciones de los carbohidratos | 79 | |
| 5. Peso | Aumento | 76 |
| | Disminución | 28 |
| | Sin cambios | 3 |
| 6. Sueño | Temprano dormir | 79 |
| | Despertar tardío | 76 |
| | Hipersomnia | 97 |
| | Cambios en la calidad del sueño | 90 |
| 7. Disminución de la libido | 69 | |
| 8. Dificultades menstruales | 71 | |
| 9. Dificultades en el trabajo | 97 | |
| 10. Dificultades interpersonales | 100 | |

Las mujeres exceden a los hombres en relación de 4 a 1, en la presentación de este síndrome.

Con respecto a desórdenes en los carbohidratos, se ha encontrado que los pacientes con SAD, refieren que la dieta con carbohidratos les suministra energía y les es de ayuda para superar los síntomas depresivos que acontecen en el invierno; en los controles este tipo de dieta disminuye la ansiedad(41).

Wurtman y Wurtman han propuesto un mecanismo por el cual la dieta carbohidratada podría afectar la síntesis y transmisión de serotonina. Esta dieta causa liberación de

insulina por el páncreas lo que a su vez incrementa la proporción de triptofano en plasma. Estos investigadores postularon que una deficiencia de serotonina cerebral podría ser la responsable de los síntomas invernales del SAD(41).

En resumen, los pacientes con SAD(31 y 50), reportan actividad física disminuida, letargia, disminución de la libido y disturbios del sueño durante los meses de invierno, con un predominio atípico del vegetativo e hipersomnia y mejora del ánimo con el avance de la tarde. También presentan un Test de Dexametasona normal y respuesta al TRH normal. Se asemejarían más a los pacientes con depresiones atípicas que a los pacientes con depresión endógena.

En un estudio reciente(35) se ha comprobado la eficacia de la d-fenfluramina en el tratamiento del SAD. Aparentemente la consumición de una dieta rica en carbohidratos y proteínas, puede aumentar la síntesis serotoninérgica, vía de la insulina y cambiar en el plasma el patrón de aminoácidos. Estos cambios facilitan el incremento del sustrato y la producción y liberación de serotonina. Consecuentemente la administración de d-Fenfluramina o de otras drogas selectivas como fluoxetina, pueden disminuir el consumo de carbohidratos, pero no de proteínas.

En resumen, los resultados obtenidos son consistentes en adjudicar un rol a las neuronas serotoninérgicas en el control del apetito y del ánimo y en la etiología del SAD.

Rol de la melatonina en el SAD

En virtud del rol crítico de la melatonina en el ritmo estacional de los mamíferos hace pensar que esta hormona sea en parte responsable de la depresión invernal (SAD) y su sintomatología característica; (Lewy y col.)(27)

Se realizó un estudio en Illinois(12), donde se muestra que el SAD, aparece como un disturbio del ritmo circadiano, causado por la desincronización entre el reloj solar y el reloj biológico, durante las estaciones de fotoperíodos cortos. El suplemento de luz como fototerapia, resincroniza los disturbios pero aún no hay una teoría que explique formalmente los mecanismos por los cuales actúa la melatonina, ni la fototerapia.

Según Wehr(50), existen las siguientes diferencias

DEPRESION INVERNAL

Meses Noviembre-Marzo
Síntomas Hipersomnia
Despertar tardío
Desorden de Carbohidratos
Aumento de peso y apetito
¿causa? Sería por los fotoperíodos cortos. Responden a fototerapia.
Latitud: Peor en altas latitudes

DEPRESION EN VERANO

Mayo-Setiembre
Patrón más cercano a lo endógeno
Insomnio
Disminución de peso y apetito
No se ha establecido pero se cree que el calor sería el gatillo.
Peor en bajas latitudes

Lewy y col.(28), observaron que el ojo humano expuesto al brillo de la luz durante la noche, suprime el nivel circulante de melatonina y que este tratamiento sería de utilidad en los pacientes maniaco-depresivos y en aquellos con depresión invernal. Rosenthal y col.(40), a su vez sostienen que el brillo de la luz es un rápido y efectivo tratamiento en la depresión invernal. Mc Intyre y col.(32), han observado un significativo descenso de melatonina con exposición a la luz entre la 1 am y las 5-6 am y ausencia de variaciones cuando la exposición se realiza entre las 9 y 10 pm. Otro estudio efectuado por Isaacs y col.(21) en relación a fototerapia y los mecanismos de producción del SAD, recordando que los pacientes con este síndrome, tienen un nivel de melatonina elevado y que la fototerapia inhibe la secreción de melatonina, trataron a los pacientes de tres maneras distintas. Un primer grupo fue tratado con luz de intensidad elevada (2500 lux), por dos horas antes del amanecer y dos horas luego de oscurecer. Un segundo grupo fue tratado con luz de baja intensidad (300 lux), por dos horas antes del amanecer y dos horas luego de oscurecer. Un tercer grupo fue tratado con luz de intensidad mediana (2500 lux) por cuatro horas entre las 10 am y las 2 pm. Los mejores resultados fueron obtenidos con la luz de elevada intensidad (primer grupo): Lewy(31 y 42), propone que la fototerapia matutina sería más efectiva en el tratamiento del SAD, porque se adelantaría al ciclo circadiano.

La melatonina también sería efectiva en el tratamiento de los síntomas provocados por el desajuste horario, tras un largo vuelo aéreo. Se observó disminución de la fatiga y una rápida normalización del sueño al ser administrada a una dosis de 5 mg durante tres días previos, mantenida durante el vuelo y los tres días posteriores.(37)

De todas formas y a pesar de las múltiples investigaciones realizadas aún no es posible definir con exactitud el rol de la melatonina en los desórdenes afectivos.

Melatonina y esquizofrenia

Una de las hipótesis sobre la etiología de esta enfermedad se basa en la deficiencia de la glándula pineal, con un defecto en la síntesis de melatonina que podría llevar a la formación de alucinógenos.

Nicolson y col.(34), estudiaron un patrón característico de depósito de melanina en la piel de pacientes esquizofrénicos, el cual pudiera deberse a un déficit de melatonina. Greiner(17 y 18) ha descrito la aparición frecuente en el curso de la esquizofrenia, de una pigmentación cutánea difusa especialmente extendida en las zonas expuestas a la luz, asociadas a veces con opacidades visibles e intensas del cristalino y la córnea, las cuales serían producidas por melanina. Robins(39) sostiene que en pacientes esquizofrénicos la melanina estaría normal o inclusive se hallaría reducida. Estas alteraciones han sido relacionadas con la administración de clorpromazina y con el depósito de sus metabolitos en la dermis. No obstante hay que tener presente que ya se habían observado antes de la era de los psicofármacos(39). Según Greiner(17), las alteraciones oculares se deben al tratamiento farmacológico pero las cutáneas son farmacodependientes solo en parte. El autor sugiere que el síndrome puede derivar de una disminución de la secreción de melatonina por la pineal.

Según Smith y col.(45), los niveles circadianos séricos y el LCF de melatonina en pacientes esquizofrénicos no tratados son normales y aumentan claramente bajo el tratamiento con clorpromazina. Esta acción de clorpromazina en la secreción de melatonina ha sido estudiada por otro grupo de investigadores en EE.UU.(51), los que sostienen que la clorpromazina incrementa la melatonina tritiada en el cerebro, ovario y corazón, a diferencia de la reserpina que causa una caída de melatonina en cerebro y corazón.

Beckman y col.(4), midieron la melatonina en el LCF de 16 controles sanos en relación a 15 pacientes esquizofrénicos crónicos tratados con neurolépticos y 13 pacientes esquizofrénicos sin tratamiento. No hallaron diferencias significativas entre los tres grupos, tampoco diferencias entre otras sustancias como noradrenalina, AMP cíclico, PRL y Cortisol; pero no lograron demostrar que la melatonina no estuviera involucrada en la etiología de esta enfermedad.

Hansen y Wetterberg(19) estudiaron los niveles séricos de melatonina en pacientes esquizofrénicos, como probable marcador de la función noradrenérgica, más específicamente de los receptores heta y su respuesta a los antagonistas. Encontraron que el propanolol disminuye

claramente el nivel de melatonina circulante. Reportaron también una reducción de la amplitud del ritmo circadiano de melatonina.

Farget y col.(13) señalan que los estudios de melatonina en pacientes esquizofrénicos son raros. Ellos tomaron muestras sanguíneas de 23 pacientes esquizofrénicos y 26 controles, durante una misma estación (aunque no señalan a cuál de ellas se refieren). El nivel de melatonina en 24 horas fue significativamente inferior en los pacientes esquizofrénicos comparados con los controles.

En el Hospital Borda de Bs. As.(16) se observó en dos pacientes esquizofrénicos residuales de curso crónico, una marcada tolerancia a la luz al mirar el sol en forma directa. Esta conducta fotofílica (con falta de encandilamiento y de dolor al mirar el sol), recuerda a su opuesta la conducta fotofóbica descrita en la depresión(15). Este importante estudio sugiere investigaciones sistemáticas que descarten la presencia de fenómenos de carácter fotofílico o fotofóbico en la población psiquiátrica para el estudio de procesos neuroendócrinos fotosensibles, teniendo en cuenta, como señala Lewy(29), que la luz suprime la secreción de melatonina en el ser humano y que la retina es un sitio de producción de melatonina(25).

Otra hipótesis sobre la etiología de la esquizofrenia se refiere a la producción de metabolitos transmetilados derivadas de los indoles y emparentados con la melatonina. Estos podrían dar lugar a la formación de alcaloides psicomiméticos endógenos como la dimetiltriptamina y la bufotenina(33). Otra teoría(33) relaciona la causa de la esquizofrenia a otro grupo químico, específicamente el de las Tetra-Hidro-Beta-Carbolinas (THBC) que son compuestos tricíclicos relacionados estructuralmente con serotonina, melatonina, triptamina y 5-Metoxi-Triptamina, todos ellos presentes en la glándula pineal y en ciertos vegetales de Sud América con propiedades alucinatorias(8).

Ha sido comprobado que las THBC son IMAO tipo A y modulan el metabolismo serotoninérgico y también el de dopamina, norepinefrina, colina y GABA. Estas THBC producen exacerbación de los síntomas esquizofrénicos(34).

Muchas drogas alucinógenas guardan semejanza con algunos neurotransmisores naturales, por ej. Mescalina y dopamina; y Dietil-

Amida del ácido lisérgico(LSD) y serotonina(39).

Airaksinen y col.(1) estudiaron los efectos endocrinológicos del 6-Metoxi-Tetra-HidroBeta-Carbolina; en ratas. Este compuesto se halla en alta concentración en la glándula pineal y eleva la secreción de PRL, ACTH, aldosterona, renina y Beta-Endorfinas. Estos efectos serían mediados por serotonina.

En relación a esto, otra etiología probable de la esquizofrenia es la producción de opiáceos, específicamente endorfinas(14 y 38). Se ha descrito un incremento de endorfinas de origen cerebral en LCF de esquizofrénicos que retornaron a su concentración habitual luego del tratamiento con neurolépticos(24).

Siguiendo con la hipótesis de exceso de actividad endorfinica, se comprobó que la inyección de Beta-Endorfina, en los ventrículos cerebrales de la rata produce catatonía y ésta puede ser bloqueada por naloxona(14).

En resumen, se ha asociado con la etiología de la esquizofrenia hiperactividad dopaminérgica, producción anormal de opiáceos, influencias virales, fallas en el metabolismo del Zinc(38), alteraciones genéticas, factores de toxicidad dietaria (33 y 38), factores familiares y sociales, hipoactividad pineal, déficit de Prostaglandinas El secundaria a la disminución de la producción de melatonina(24, 38 y 20). Faltan conocer las interacciones entre los múltiples factores que parecen participar en la etiología y la etiopatogenia de esta enfermedad.

Acción de la melatonina en epilepsia, parkinson y demencia

Anton Tay y col.(2) mostraron que la administración de melatonina induce sueño y cambios EEG. Potencia también la inducción al sueño por hexobarbital. La administración IP de melatonina, incrementa el GABA cerebral y la concentración de serotonina. Se ha sugerido que ambos, los efectos bioquímicos y neurofisiológicos, de la administración de melatonina, son mediados por un incremento del piridoxal fosfato(2). Estos investigadores han observado además que la melatonina afecta la actividad cerebral y produce cambios electroencefalográficos en sujetos sanos y resulta una terapéutica beneficiosa en pacientes epilépticos y parkinsonianos.

En sujetos sanos la administración de 1,25 mg/Kg de peso, induce sueño en 15 a 20 minutos con abundantes episodios de ensoñaciones, aumento de la actividad alfa del EEG y sensación de bienestar al despertar.

Los mismos efectos fueron observados en pacientes epilépticos, donde se obtuvo un progresivo decrecimiento en la amplitud de la actividad eléctrica del lóbulo temporal, con una tendencia general a la sincronización de la actividad de la amígdala. Respecto a pacientes que padecen enfermedad de Parkinson, se analizó el efecto del tratamiento con melatonina en dosis de 1,25 mg/kg, durante cuatro semanas y control estricto neurológico, clínico y de laboratorio. A la tercera semana del tratamiento la sintomatología se atenúa notablemente con respecto al tratamiento placebo.

En un estudio reciente se estudió la respuesta anormal de melatonina al 5-Metoxypsoraleno en la demencia(46). Las muestras de sangre previas y posteriores a la ingesta oral del 5-Metoxypsoraleno mostraron una respuesta pineal reducida en los pacientes dementes, comparados con los sujetos sanos, depresivos y esquizofrénicos. Los investigadores señalan un funcionamiento desparejo de la glándula pineal en la demencia, pero no así en la depresión.

No olvidemos que Maurizzi(30), en su trabajo sobre la potencialidad terapéutica del triptofano y la melatonina, señala que un desorden del ritmo y nivel de melatonina puede ser causa de desórdenes afectivos, sueño anormal, desorden tipo Alzheimer y otros.

Se ha pensado que la glándula pineal puede ser un transductor neuro-conductual traduciendo cambios ambientales rítmicos en ritmos conductuales tales como la actividad locomotora, la ingesta, etc.(33). El tratamiento con melatonina, afecta las pruebas de aprendizaje en los animales, tales como la evitación activa y pasiva y aumenta la actividad exploratoria. Estos datos sugieren que la melatonina disminuye la reactividad emocional ante estímulos nuevos, lo que puede estar mediado, en parte por el sistema serotoninérgico cerebral. (33, 37 y 46).

Conclusión

Por lo expuesto la intervención de la glándula pineal en la sincroni-

zación de la actividad del medio interno y el fotoperíodo resulta inducible, lo mismo puede decirse sobre su importancia en Psiquiatría.

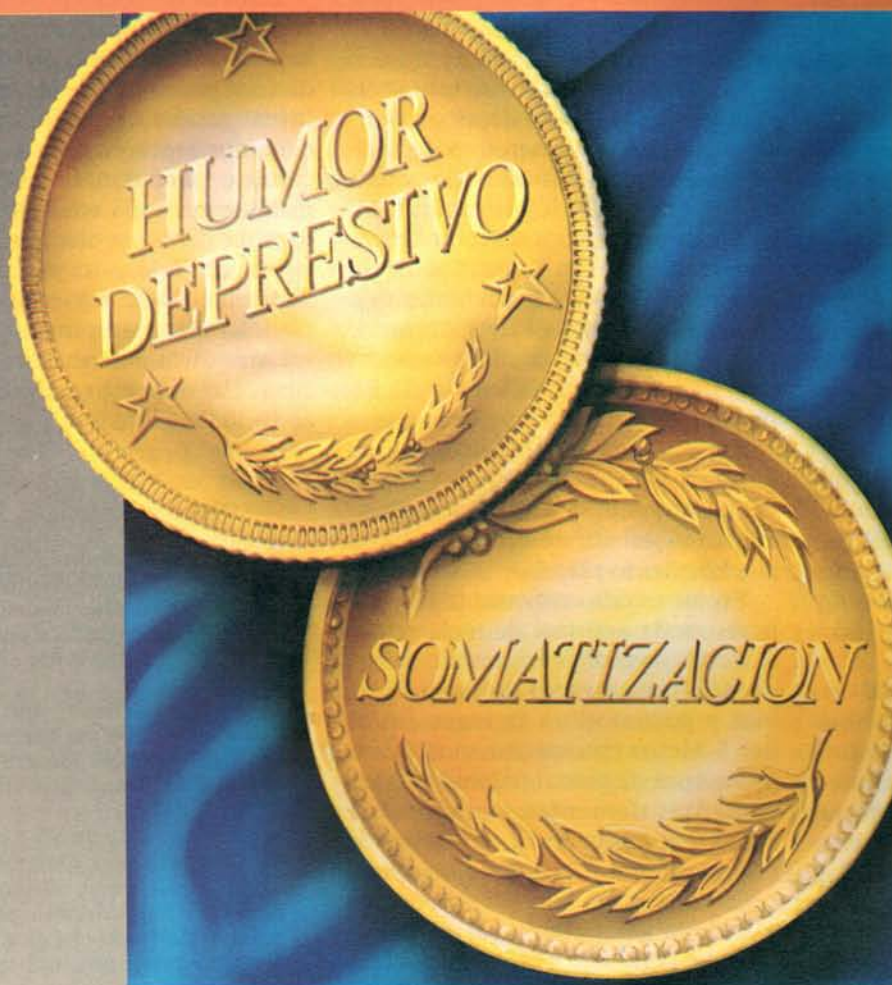
Los efectos más comprobados de la melatonina son los cambios del ánimo, la inducción al sueño y sedación, pero aunque los avances en investigación han sido sustanciales debemos recorrer todavía un largo camino para conocer el rol de la melatonina en la etiología y etiopatogenia de la esquizofrenia, la epilepsia, el Parkinson y otras entidades neuroglógicas y endocrinológicas. "La glándula pineal... una odisea científica aún sin concluir", tal como lo expresara Cardinalli(9) continúa vigente ■

Bibliografía

1. Airaksinen M., Sainio E., Leppaluoto J. and Kari I., Depts. of Pharmacology, Toxicology and Pharmaceutical Chemistry, University of Kuopio and Dept. of Physiology, University of Oulu, Finland.
2. Anton Tay F., Díaz I., and Fernandez Guardiola A., "On the Effects of Melatonin upon Human Brain. Its Possible Therapeutic Implications". *Life Sci.* 1971. 10.841-43.
3. BeckK-Friis J., Kjellman B., Ljunggren G., Thoren M. and Wetterberg L., "Melatonin-acth-cortisol, relationship in depression". Karolinska Institute, Stockholm. (Adr. Dept. of Psychiatry. St. Goran's Hospital. Box 125 00,S 112 81 Stockholm, Sweden.
4. Beckmann H., Wetterberg L. and Gattaz W., "Melatonin in cerebrospinal fluid of schizophrenic patients and healthy controls". Institute of Mental Health, Mannheim, FRG and Karolinska Institute, Stockholm, Sweden.
5. Bolme P., Hall K., Ritzen M. and Wetterberg L., "Melatonin and Cortisol Secretion in Children with Prader-Willi Syndrome and With Simple Obesity" Dept. of Pediatrics, Huddinge Hospital and Karolinska Hospital, Dept. of Endocrinology, Karolinska Hospital and Dept. of Psychiatry, S.T. Goran's Hospital, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden.
6. Boyle P., Parker G., "Seasonal Affective Disorders in the Southern Hemisphere" *A.M. J. Psychiatry.* 1988. 145.96-99
7. Brismar K., Werner S., Thoren M. and Wetterberg L., "Metyrapone-A Stimulatory Test Agent For Melatonin As Well As ACTH and Cortisol Secretion". Dept. of Endocrinology- Karolinska Hospital and Dept. of Psychiatry, S: t Goran's Hospital. Stockholm, Sweden.
8. Buckholtz N., "Neurobiology of Tetrahydro Beta Carholines". *Life Sci.* 1980.27: 893-903.
9. Cardinalli D., Primer curso Argentino de Psicoendocrinología. Bs. As. Junio 1982.
10. Cardinalli D., "Melatonin. A Pineal Modulatory Signal affecting Pituitary Func-

TRANQUINAL 0,5/1 mg

Alprazolam Bagó



Ansiolítico con acción antidepresiva

▲ *Tranquinal, mejora el humor del paciente ansioso*

■ *Tranquinal, revierte las manifestaciones somáticas de la ansiedad*

Elimina la depresión y la somatización ansiosas



SNC
▲ **Bagó**

Presentación:
Envases conteniendo 50 comprimidos.

- tion". *Physiopatología of Endocrine Diseases and Mechanisms of Hormone Action*. 1981. 179-198.
11. Cardinali D., "Models in Neuroendocrinology". *Trends in NeuroSciences*. October, 1979: 250-253.
 12. Chung Y., Daghestani A., "Seasonal Affective Disorders Shedding Light on a Dark Subject". *Postgrad. Med.* 1989. Oc. 86 (5): 309-314.
 13. Farget F., Claustad B., Dalery J., Brun J., Terra J., Maricardine M. and Guyotat J., "Melatonin and Schizophrenia" *Encephale*, 1989, Nov-Dec. 15 (6): 505-510.
 14. Gargiulo P., Landa de Gargiulo A. and Gargiulo A., "Péptidos Opioides Endógenos y Esquizofrenia". *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC*. 1987. Vol. X (3) 25-47.
 15. Gerbaldo H., "Depression and Photophobic Behavior". *A.M.J. Psychiatry*, in press. Sites in *Acta Psiqu. Amer. Lat.* 1988.34:321-323.
 16. Gerbaldo H., Muller T., Osuna A., Visciano O., Beneti E. y Orlando J., "Conducta Fotomaniaca y Esquizofrenia". *Acta Psiqu. Amer. Lat.* 1988. 34: 321-323.
 17. Greiner A., *Can. Psychiatry. Assoc. J.* 1970. 15: 433-447.
 18. Greiner A., *Dis. Nerv. syst.* 1968. 1: 14-15
 19. Hansen T. and Wetterberg L., "Serum Levels of Melatonin in Schizophrenic Patients, a Possible Indicator of Beta-Adrenergic Function and of Responsiveness to Beta-Adrenergic Blocking Drugs (Propranolol)". *Karolinska Institute, Dept. of Psychiatry, St. Goran's Hospital, Stockholm, Sweden*.
 20. Horrobin D., "Schizophrenia: Reconciliation of the Dopamine, Prostaglandin and Opioid Concepts and the Role of Pineal". *Lancet*. 1979. 1: 529-531.
 21. Isaacs G., Satnis D. et al., "Phototherapy and Its Mechanisms of Action in Seasonal Affective Disorders". *K. Affective Disorders*. 1988. 14:13-19.
 22. Jackson I., Saperstein R. and Seymour R., "Thyrotropin Releasing Hormone (TRH) in Pineal and Hypothalamus of the Frog: Effects of Season and Illumination". *Endocrinology*. 1977. 100 (1): 97-101.
 23. Kitay J. and Altschuler M., "The Pineal Gland." Cambridge MA. Harvard Univ. Press. 1954.
 24. Kline K, Li Ch., Lehman H. Latjtha A. Laski E. and Cooper T., "BetaEndorphin-Induced Changes in Schizophrenic and Depressed Patients" *Arch. Gen. Psychiatry*. 1977.34: 1111-1113.
 25. Krause D. and Dubocovich M., "Regulatory Sites in the Melatonin System of Mammals". *Trends in NeuroScience*. 1990. 13(11):464-469.
 26. Lewy A., Rerm H., Rosenthal N. et al., "Bright Artificial Light Treatment of a Manic-Depressive Patient With a seasonal Mood Cycle". *AM. J. Psychiatry* 1982. 139: 1496-1498.
 27. Lewy A. and Sack R., "The Light Melatonin Onset as a Marker for Circadian Phase Position". *Cronoh. Int.* 1989.6 (1): 93-102.
 28. Lewy A., Brainard G., Menaker M., Miller L. et al., "Fluence Response Relationship Between Light Irradiance, Suppression of Melatonin Production and Treatment of "Winter Depression". *Dept of Psychiatry Pharmacology and Ophthalmology, Oregon Health Sciences University, Portland, Or and Institute of Neuroscience, Univ. of Oregon*.
 29. Lewy A., Wehr T., Goodwin F. et al., "Light Suppresses Melatonin Secretion in Human". *Science*. 1980. 210:1267-1269.
 30. Maurizzi C., "The Therapeutic Potential for Tryptophan and Melatonin Possible Roles in Depression, Sleep, Alzheimer's Diseases and Abnormal Aggression". *Hypothesis*. 1990. 31 (3): 233-242.
 31. Meltzer H., "Psychopharmacology: The Third Generation of Progress". New York. Edited by Herbert Y. Meltzer. 1987.
 32. McIntyre I., Norman T., Armstrong S., "Human Melatonin Response to Light at Different Times of the Night". *Psychoneuroendocrinology*. 1989. 14 (3): 187-193.
 33. Morguestern E., "Aspectos Neuroendocrinos y Psicofarmacológicos de la Función Pineal, Melatonina y Desórdenes Psiquiátricos". *Acta Psiqu. Amer. Lat.* 1989. 35 (1): 71 -79.
 34. Nicolson G., Greiner A., MacFarlane W. et al., "Skin Pigmentation and Chorpromazine". *The Lancet*. 1966: 344-347.
 35. O'Rourke y otros., "Treatment of Seasonal Depression With d-Fenfluramine" *K. Clin Psych.* 1989.50:9.
 36. Pascual R. y otros., "Diferencias entre Niveles Nocturnos de Melatonina y Cortisol en Pacientes Depresivos y Sujetos Sanos". *Salud Mental*. 1988. 11(2): 30-33.
 37. Petrie K., Canaglen J., Thompson L. and Chamberlein K. "Effect of Melatonin on Jet Lag After Long Haul Flights". *B. Med. J.* 1989. 298: 705-707.
 38. Piezzi R., "Aspectos Biológicos de la Enfermedad Esquizofrénica". *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC* 1981. Vol. IV (2): 35-42.
 39. Robins, A.H., *A. J. Psychiatry* 1974. Res. Vol. X: 239-246.
 40. Rosenthal N., Sack R. et al., "Phototherapy for seasonal Affective Disorders". *K. Biol. Rhythms*. 1988.3:101-120.
 41. Rosenthal N. y otros., "Psychobiological Effects of Carbohydrate and Protein-Rich Meals in Patients With SAD" and *Norman Controls. Biol. Psych.* 1989.25:1029-1040.
 42. Rosenthal N., Sacks D., Gielin J. et al., "Seasonal Affective Disorders a Description of Syndrome and Preliminary Findings With Light Therapy". *Arch. Gen Psychiatry*. 1984.41 :72-80.
 43. Salvaneschi J. *Endocrinología Clínica. Bs. As. Argentina. Editado por El Ateneo*. Editorial 1984.
 44. Schiaffini O. *Neuroendocrinología. Aspectos básicos y clínicos. Barcelona España. Editado por Salvat. Editor S.A.* 1985.
 45. Smith J.A., Mee, T.J. Barnes J., *NeuroSci Let (Suppl.)* 1978. 1.213.
 46. Souetre E., Salvati E., Krebs B., Belugou J. and Darcourt G., "Abnormal Melatonin Response to S-Methoxyproporalen in Dementia". *AM. J. Psychiatry* 1989. 146 (8): 1047-1040.
 47. Thompson C., Franey C.M. Arendt J. and Checkley S., "Melatonin Secretion Before and After Desipramine Treatment in Depression" *Institute of Psychiatry, The Maudsley Hospital, London u.k. and Dept. of Biochemistry of Surrey Guildford*.
 48. Wetterberg L., Iselius L. and Lindstein J., "Melatonin in urine in the Human A. Possible Marker for the Genetic Regulation of Pineal Enzymes". *Dept. of Psychiatry and Clinical Genetics, Karolinska, Stockholm, Sweden*.
 49. Wetterberg L., Back -Friis J. and Aperia B., "Melatonin Cortisol Ratio in Depression". *The Lancet*. 1979. II: 1361.
 50. Wher T., Gensen H. And Schulze P., "Summer Depression Description of the Syndrome and comparison on With Winter Depression in SAD and Phototherapy" Edited by Rosenthal N.N. York, Guilford Press 1989.
 51. Wurtman R., Axelrod J., "Effect of Chorpromazine and the Other Drugs on the Disposition on of Circulation Melatonin". *Nature*. 1966.212 (5059):

Aproximación actual a los trastornos por ansiedad

Resumen:

Este trabajo presenta una visión de conjunto de nuevos conceptos concernientes a los trastornos por ansiedad. Modificaciones nosográficas recientes del DSM III R y de la I.C.D.10 (versión preliminar) ponen el acento sobre la situación central de los trastornos por angustia (panic disorders) formulando hipótesis en términos etiológicos y patogénéticos que van desde los ataques de pánico hasta la agorafobia y otras fobias. Se comentan también indicaciones terapéuticas. En lo que respecta a las psicoterapias se afirma que el estrés es tributario de las psicoterapias breves y de las técnicas cognitivo-conductistas. La farmacoterapia está basada en la utilización de diversos tranquilizantes y antidepresivos.

Palabras clave: Trastornos por ansiedad - Ansiedad - Trastornos por angustia - Ataques de pánico - Agorafobia - Nosografía de la ansiedad.

"THE ANXIETY DISORDERS TODAY"

Abstract:

An overview of the new concepts concerning anxiety disorders is presented in this paper. The recent nosographic modifications of the D.S.M. III R and I.C.D. 10 (preliminary version) put an accent on the central position of the panic disorders, hypothesized in terms of the etiologic and pathogenetic mechanisms that leads from the panic attack to agoraphobia and other phobias.

The therapeutic modalities are presented. With respect to psychotherapy, the stress is put on the brief psychotherapies and the cognitive-behavioral approach; pharmacotherapy is based on the utilization of the various tranquilizers and antidepressants.

Key Words: Anxiety disorders; Anxiety; Panic disorder; Panic attacks; Agoraphobia; Nosography of anxiety

"APPROCHE ACTUEL AUX TROUBLES ANXIEUX"

Résumé:

Cet article présente une vue d'ensemble des nouveaux concepts concernant les troubles anxieux. Les modifications récentes du DSM

III R et de la I.C.D. 10 (version préliminaire) mettent l'accent sur la position centrale qu'occupent les troubles paniques tout en formulant des hypothèses étiologiques et pathogénétiques allant depuis les attaques de panique jusqu'à l'agoraphobie et d'autres phobies. Des indications thérapeutiques sont aussi rapportées. En ce qui concerne les psychothérapies, on conclut que le stress est tributaire des psychothérapies brèves et des techniques cognitivo-comportementales tandis que dans le domaine de la chimiothérapie les tranquillisants et les antidépresseurs sont les médicaments de choix.

Mots-clés: Troubles anxieux - Anxiété - Troubles paniques - Attaques de panique - Agoraphobie - Nosographie de l'anxiété

Luego de atravesar tres cuartos de siglo, sin sufrir grandes modificaciones, las concepciones clásicas de los trastornos ansiosos, heredadas de Freud, han sido profundamente revisadas.

Este cambio se produjo, esencialmente, por impulso de la psiquiatría norteamericana(5) y trajo aparejado, como era de esperar, una modificación concomitante del tratamiento de esos trastornos.

La ansiedad, reacción normal ante una situación difícil, constituye una experiencia humana universal que cumple funciones de adaptación, estimulación o huida. Serán su intensidad o las circunstancias de su aparición las que determinen su carácter patológico.

En 1869 Beard describe la neurastenia como un complejo sintomático en el que se asocian: entecimiento, rumiación de ideas y tensión interna, adjudicando a ese cuadro un origen simultáneamente biológico, psicodinámico y ambiental. Apoyándose en esos trabajos Freud publica en 1895 su artículo "Sobre la justificación de separar de la neurastenia cierto complejo de síntomas a título de 'neurosis de angustia'".

H.Lôo *

C. Spadone **

A. Baladi **

La angustia libre, flotante, primaria, se encuentra situada centralmente en esa descripción haciendo de la neurosis de angustia la neurosis actual por excelencia.

Aspectos nosológicos

Toda la nosografía europea clásica de los trastornos ansiosos se funda en la concepción freudiana que distingue la ansiedad neurótica de la ansiedad síntoma.

En la neurosis de angustia la ansiedad se manifiesta en tres niveles de intensidad creciente: el terreno ansioso, el estado permanente de ansiedad y las crisis agudas de angustia. La angustia neurótica puede también tomar formas específicas en las neurosis fóbica, obsesiva, histérica, post-traumática o hipocondríaca.

En cuanto a su pertenencia nosológica la ansiedad síntoma es más polimorfa: patología psicótica (esquizofrenia, bouffée délirante, confusión mental), trastorno maniaco-depresivo, otros trastornos psiquiátricos (desequilibrio psíquico, estados límite, patologías psicopatológicas).

*Prof. de Clínica Psiquiátrica.

** Médico Psiquiatra. Servicio Hospitalario y Universitario de Salud Mental y Terapéutica (Prof. H. Lôo). Centro Hospitalario Saint-Anne, 1, rue Cabanis, 75674 (París, Francia).

cas, depresión) o acompañar una patología orgánica cerebral o general.

Las clasificaciones recientes (D. S. M. III y III R, I. C. D. 9 y 10) cuestionan el concepto mismo de neurosis (con su significación psicogénica) en provecho de una aproximación que se pretende estrictamente descriptiva.

El DSM III R consagra un capítulo a los "Trastornos por ansiedad". Si nos referimos a la nosografía clásica otros dos capítulos se aproximan al tema: los "Trastornos somatoformes" en los que la expresión somática es predominante y los "Trastornos disociativos" que hacen explícitamente referencia a la neurosis histérica.

Los "Trastornos por ansiedad" del DSM III R comprenden la ansiedad generalizada, el trastorno por angustia ("panic disorder"), la agorafobia, las fobias simples, las fobias sociales, el trastorno obsesivo-compulsivo, el estrés post-traumático.

La principal innovación que aporta esta clasificación concierne la jerarquización entre el trastorno por angustia, la agorafobia, las fobias sociales y la ansiedad generalizada. El trastorno por angustia ocupa una posición central: es, generalmente, el único diagnóstico retenido aún cuando se le asocian una ansiedad generalizada o una fobia social, salvo si estas últimas son independientes del trastorno por angustia (casos en los que el miedo por los ataques de pánico). Cuando le esta asociada una agorafobia se computa siempre el trastorno por angustia (forma clínica: trastorno por angustia con agorafobia), aún si la agorafobia parece independiente del trastorno por angustia y en particular si existía anteriormente.

A pesar de la lectura descriptiva que propone el D. S. M. su clasificación no excluye algunas referencias etiopatogénicas:

1) por un lado, trastorno por angustia y ansiedad generalizada (esta última destinada a ser desmembrada en varios subtipos en el D. S. M. IV) constituyen dos entidades cualitativamente (no cuantitativamente como en la teoría freudiana) distintas. En efecto, existen pacientes que sufren electivamente de ataques de pánico sobre un fondo relativamente asintomático aún cuando los ataques puedan entrañar una ansiedad generalizada, una agorafobia o una fobia social. A la inversa los pacientes que presentan una ansiedad flo-

tante y crónica tienen pocas o ninguna descompensaciones paroxísticas. De esta forma, la ansiedad generalizada no evoluciona ineluctablemente, siguiendo su historia natural, hacia la aparición de accesos agudos de angustia.

2) por otro lado, el ataque de pánico parece ser el *primum movens* de numerosos cuadros ansiosos, evocando la noción de angustia endógena como ha sido hecho desde los trabajos de Sheehan(17,18)

La versión provisoria (Enero, 1991) del I. C. D. 10(6), clasificación propuesta por la O. M. S., ofrece un recorte nosográfico próximo al del D. S. M. aunque, sin embargo, limita el desmembramiento del concepto de neurosis agrupando en una rúbrica común ("F4"), que abarca siete capítulos, los Trastornos neuróticos, los trastornos ligados a factores de estrés y los trastornos somatoformes".

Ese agrupamiento es justificado en el I. C. D. 10 por los lazos históricos que unen a esos trastornos con el concepto de neurosis y por su asociación frecuente a una causa psicológica.

Otra diferencia con el DSM: los "Trastornos Obsesivo-compulsivos" y las "Reacciones a un factor de estrés" no están incluidas en un grupo "Trastornos Ansiosos" sino que están ubicados en un mismo plano que los otros cinco capítulos de la rúbrica F4. Estos cinco capítulos son: "Trastornos ansiosofóbicos"(agorafobia, fobias sociales, fobias específicas); "Otros trastornos ansiosos" (trastorno de pánico, ansiedad generalizada, trastornos ansiosos y depresivos mixtos, otros trastornos ansiosos mixtos); "Trastornos disociativos"; "Trastornos Somatoformes" y "Otros trastornos neuróticos". La jerarquización de los trastornos ansiosos es también ligeramente diferente del D. S. M. ya que el I. C. D. 10 acepta el diagnóstico de Agorafobia si existe un trastorno de pánico y a la inversa rechaza el de Ansiedad Generalizada, no solamente en caso de Trastorno de pánico asociado, sino también en caso de Trastorno fóbico.

Aspectos Clínicos

Las descripciones *semiológicas* clásicas de la ansiedad con sus tres ordenes de manifestaciones conductuales, fisiológicas y subjetivas permanecen perfectamente válidas sin que existan datos nuevos de relevancia en el tema. Se pueden señalar, a

título complementario, el reconocimiento de la predominancia de formas mixtas a manifestación ansioso-depresiva, histero-fóbicas, fóbico-obsesivas, fóbico-ansiosas, etc. por sobre las formas puras de organización ansiosa; la importancia de las complicaciones alcohólicas, toxicománicas y farmacománicas y la misma frecuencia de tentativas de suicidio en los sujetos con trastorno por angustia que en los deprimidos.

En el dominio *epidemiológico* estudios recientes ofrecen garantías metodológicas(establecimiento de patrones de criterios diagnósticos y de cuestionarios de relevamiento de datos) que los trabajos más antiguos no poseían. Los resultados son a veces divergentes. Sin embargo, de los estudios occidentales recientes se desprenden datos similares (Epidemiologic Catchment Area en los Estados Unidos, Munich Follow-up Study en Alemania, Inserm U 169 en Francia...), (10,12,15,19).

La prevalencia en la población general de los trastornos por ansiedad tomados en conjunto (pánico, ansiedad generalizada, fobias) durante toda la vida es del orden del 10 al 20% (15 a 25% si se incluyen los trastornos mixtos ansioso-depresivos) con una relación de dos mujeres por cada hombre.

La prevalencia en 6 meses, dato más "fotográfico" de la población, es del orden del 8 al 10%.

La prevalencia sobre la vida entera de la ansiedad generalizada es del 8 al 10% (6 meses: 3 a 5%); la del trastorno por angustia del 1 al 3% (6 meses: 0,5 a 1%); de la agorafobia, alrededor del 2 al 5% (6 meses: 1 a 3%). La prevalencia de la asociación trastorno ansioso-trastorno depresivo del orden del 5 al 10% objetiva la importancia de esta co-morbilidad.

Etiopatogenia

A las hipótesis etiopatogénicas freudianas, que fueron la referencia esencial durante largo tiempo, se han agregado recientemente otras construcciones teóricas.

Las teorías compartamentales, en particular a través de su vertiente cognitivista (trabajos de Beck), han despertado un interés renovado en las teorías pavlovianas que no gozaban más que de una importancia limitada entre los psiquiatras(1). Este fenómeno es sin duda atribuible, luego del acento puesto en los trastornos del comportamiento, en el

retorno al estudio de los procesos de pensamiento mas próximos, estos últimos, al campo de reflexión habitual de los psiquiatras.

Para los cognitivistas, el tema central de los ansiosos (sobre todo de los que sufren trastornos por angustia) es el miedo de que un desastre físico, social o psicológico aparezca en el curso de un episodio ansioso. Consideran que existen cuatro grandes tipos de errores del pensamiento en estos casos: *la inferencia arbitraria*, consistente en sacar conclusiones, sin pruebas al apoyo, sobre la gravedad de las consecuencias temidas de la ansiedad; *la generalización*, desde una experiencia única a todas las situaciones; *la magnificación del peligro*, con minimización de las posibilidades de seguridad; *la personalización del peligro* corrido y de la actitud de los otros(3).

Para D. F. Klein el desencadenamiento de ataques de pánico por perfusión de lactado o por una atmósfera rica en CO₂ habla en favor de una disregulación cerebral del control de pCO₂ con discriminación del umbral de reactividad en los sujetos que sufren trastornos por angustia(7,8). El autor piensa que existe una relación de causa a efecto entre angustia de separación en la infancia y pánico, entre pánico y ansiedad anticipatoria y entre pánico y agorafobia.

Sheehan distingue ansiedad exógena y ansiedad endógena. La primera, nacida esencialmente por aprendizaje, puede tomar la forma de fobias aisladas, fobias sociales o agorafobia sin ataque de pánico. La segunda supone que a estos factores de condicionamiento, se agregan factores biológicos(14).

Sheehan describe la historia natural de la ansiedad endógena en siete estadios:

- 1) ataques de pánico menores,
- 2) aparición y repetición de ataques de pánico completos que entrañan una ansiedad anticipatoria,
- 3) Preocupaciones nosofóbicas o hipocondríacas que se atenúan progresivamente,
- 4),5),6) aparición de fobias simples, de fobias sociales, de agorafobia,
- 7) complicaciones depresivas.

Esta distinción entre angustias endógenas y exógenas tiene implicancias terapéuticas ya que las primeras se beneficiarían con una quimioterapia antidepressiva y las segundas con una terapia comportamental.

Los datos biológicos observados

no son ni constantes, ni específicos, y su valor etiológico esta lejos de ser claro. Se han relevado tasas plasmáticas altas de cortisol, de catecolaminas, de G. H. , de prolactina y de la actividad M. A. O. plaquetaria.

Los primeros resultados con P. E. T. Scann mostraban en los pacientes con trastornos por angustia, sensibles al lactato un aumento del metabolismo cerebral global, con aumento de la asimetría interhemisférica del débito y del volumen sanguíneo (y en particular disminución del metabolismo a nivel del surco parahipocámpico izquierdo).

Esta última anomalía fue luego encontrada también, en sujetos sin trastornos por angustia, anticipando una estimulación dolorosa(16).

Investigaciones neurofisiológicas practicadas en animales han mencionado, aparte del sistema límbico, dos estructuras cerebrales relacionadas con la génesis de la ansiedad aguda: los núcleos del rafe (serotoninérgicos) y el locus caeruleus (noradrenérgico). A nivel celular se han formulado varias hipótesis: disfuncionamiento de receptores alfa 2-adrenérgicos presinápticos (hiposensibilidad con disminución de retrocontroles); hiperfuncionamiento serotoninérgico, corregido luego por una desensibilización (down-regulation) de los receptores a la serotonina, implicación del sistema de los receptores gaba-benzodiacepínicos con sus tres subtipos omega 1,2 y 3.

Se trata, entonces, probablemente de un desequilibrio complejo de los sistemas serotoninérgico, catecolaminérgico y GABAérgico.

Por otro lado, las beta-carbolinas, que bloquean la unión entre los receptores Gaba-benzodiacepínicos y las benzodiacepinas inducen crisis de angustia; se podría también emitir la hipótesis que los pacientes con trastornos ansiosos producirían una sustancia endógena que interferiría con sus propios receptores Gaba-benzodiacepínicos produciendo así los síntomas.

En el plano genético existiría un factor hereditario de vulnerabilidad para el trastorno por angustia(3, 4). La frecuencia de la asociación trastorno por angustia/depresión abona también la hipótesis de la existencia de una predisposición genética para ese trastorno que podría en ciertos casos ser común (noción de "enfermedad pánico-depresiva").

Terapéutica

El tratamiento de los trastornos por ansiedad, al igual que el de los trastornos neuróticos en general, consistió durante mucho tiempo en los abordajes psicoterapéuticos, sobre todo analíticos. Recientemente, el campo de la psicoterapia, con el desarrollo en particular de las terapias cognitivo-comportamentales, como así también el de la quimioterapia, han ampliado netamente las posibilidades terapéuticas para el tratamiento de los trastornos por ansiedad.

Las Psicoterapias

1) La corriente de las psicoterapias breves nació en los Estados Unidos basada sobre todo en interpretaciones de tipo psicoanalítico pero centradas, pragmáticamente, en la resolución de algunos conflictos esenciales. Estas técnicas apuntan con una óptima relación inversión/eficacia a atenuar o hacer desaparecer la ansiedad flotante así como los síntomas ansiosos mas específicos.

2) La relajación se desarrolló, a partir de las técnicas de Schultz y Jacobson, de numerosas formas. Aún en la ansiedad generalizada parecen tener una eficacia moderada cuando son utilizadas aisladamente, pero se asocian útilmente en los trastornos fóbicos, obsesivos o post-traumáticos a otros tipos de tratamiento químico o psicoterapéuticos.

3) Las indicaciones de terapias comportamentales se han ampliado progresivamente a todos los trastornos por ansiedad, mas aún al aumentar sus posibilidades por la incorporación de la dimensión cognitivista.

Para los trastornos por angustia la vertiente comportamental se apoya sobre todo en el control de la hiperventilación, no por su rol incierto en la patogenia de las crisis, si no en razón de los beneficios directos de ese control: atribución de los síntomas a la angustia y no una enfermedad física; demostración del carácter autocontrolable de los trastornos; ruptura de la espiral de ansiedad (estímulos externos o internos desencadenan ansiedad que a su vez son interpretados como signos de una enfermedad física grave lo cual aumenta la ansiedad inicial). La vertiente cognitiva consiste en cuestionar los postulados del sujeto concernientes al peligro corrido durante la crisis.

La Quimioterapia

Durante los años '60 y '70 la quimioterapia de los trastornos por ansiedad se limitó a los tranquilizantes (sobre todo benzodiazepinas y carbonatos) en carácter de tratamiento sintomático.

Los trabajos de autores americanos como D. F. Klein aunque fueron producidos mucho antes no tuvieron repercusión hasta los años '80. Los ensayos terapéuticos con antidepressivos modificaron la nosología de los estados ansiosos y su concepción etiopatogénica y estos nuevos conceptos orientaron los ensayos medicamentosos en una fructífera dialéctica. Hoy existe un relativo consenso para el tratamiento farmacológico de los trastornos por ansiedad(9,11,13).

- En la ansiedad generalizada y los estados de estrés post-traumático las benzodiazepinas y la buspirona son los más utilizados. La gepirona, la isapirona y las imidazopyridinas están en curso de ensayo como indicaciones para esos casos(20). La eficacia de esos tranquilizantes es del orden del 70% sin diferencia notable entre las diferentes moléculas y sin que existan, según la mayoría de los autores, fenómenos de acostumbamiento. El obstáculo principal para la prescripción de benzodiazepinas es la eventual aparición de trastornos amnésicos tanto agudos como crónicos.

- En el trastorno por angustia, la acción preventiva sobre los accesos agudos ha sido ampliamente estudiada para tres moléculas: la imipramina, la fenelzina y el alprazolam. Otros trabajos señalan la eficacia de otros antidepressivos (clomipramina en particular) e incluso de otras benzodiazepinas si bien este último criterio ha sido rechazado por la mayoría de los autores. La superioridad observada por el alprazolam sobre las otras benzodiazepinas podría estar simplemente ligada a la elevada posología con que se utiliza esta molécula.

Algunos trabajos, que es necesario confirmar, han informado de la eficacia de los beta bloqueantes o de la clonidina pero con estas drogas se observa un agotamiento del efecto.

En todos los casos se trata de tratamientos prolongados.

- Los trastornos fóbicos no son más que raramente tributarios de quimioterapia, a excepción del uso de tranquilizantes en tratamientos de corta duración. Algunos autores

han propuesto la imipramina en la agorafobia.

Perspectivas

D. F. Klein es, quizás, quien más ha contribuido a los cambios que se han producido en el dominio de la psicopatología de la ansiedad tanto en el plano clínico como en el nosológico y en el terapéutico. Ansiedad generalizada y trastornos por angustia ("panic disorders") no son un simple "cambio de nombre" de la ansiedad flotante y de los accesos agudos de angustia de la neurosis de angustia. El D. S. M. III plasma el desmembramiento de las neurosis y coloca el pánico no como un síntoma sino como una entidad nosográfica autónoma que muchos interpretan como "biológica", endógena. Las vías de investigación favorecidas por esta nueva aproximación son múltiples, en particular en el dominio terapéutico. La utilización de moléculas cada vez más específicas, que caracteriza al conjunto de la psicofarmacología actual, debería conducir a nuevas posibilidades terapéuticas. Las imidazopyridinas actúan de manera selectiva sobre los receptores omega 1 y omega 2 a las benzodiazepinas; antagonistas de los receptores 5 HT2 (carpipramina, ritanserina) poseen una actividad ansiolítica directa; lo mismo sucede con los agonistas parciales de receptores 5-HT1A (buspirona, gepirona, isapirona); estudios análogos se refieren a los agonistas de receptores 5-HT1B y los antagonistas 5-HT3.

La tolerancia a las benzodiazepinas ha sido igualmente explorada; sabemos que las benzodiazepinas actúan sobre el receptor GABA-A/benzodiazepínico facilitando la apertura por medio del GABA (principal neurotransmisor inhibitor del S. N. C.) del canal de Cloro reduciendo así la excitabilidad neuronal. La tolerancia podría resultar de un proceso cualitativo: el receptor GABA-A/benzodiazepínico sufriría, luego de una exposición prolongada a las benzodiazepinas, modificaciones estructurales que lo harían de más en más sensible a los agonistas inversos. Pero la tolerancia podría también estar ligada a un proceso cuantitativo: la desensibilización de esos mismos receptores (disminución del número de receptores).

Los psiquiatras de habla alemana y francesa permanecen tradicionalmente fieles a la concepción psicodi-

námica de las neurosis. El peso de la psiquiatría norteamericana y la vitalidad de la investigación en neurobiología llegarán sin duda a imponer el concepto de trastorno por angustia y las categorías del D. S. M. III.

Resta determinar lo que deberá salvarse de la herencia teórica freudiana concerniente a la ansiedad ■

Bibliografía

1. Beck, A.T., Cognition and therapy. Arch. Gen. Psychiat. 1984, 41,112-114.
2. Cottraux, J., Thérapies cognitives. Encycl. Méd. Chir. (Paris), Psychiat., 37820 A50, 1990.
3. Crowe, R.R., The genetic of panic disorders and agoraphobia. Psychiat. Develop., 1985, 2,1 71 -1 86.
4. Crowe, R.R., Noyes R., Wilson A.F., Elston R.C., Ward L.J., A linkage study of panic disorder. Arch. Gen. Psychiat., 1987, 44, 11, 933-937.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised, Washington D.C., A.P.A., 1987
6. ICD 10, (international classification of diseases) version provisoire, Avril 1990
7. Klein, D.F., The pathophysiology of spontaneous panic as related to respiratory dyscontrol. Clinical Neuropharmacology, 13, supp. 2,1990, NY, 424-425.
8. Liebowitz, M.R., Gorman, J.M., Fyer, A., et al., Possible mechanisms for lactate's induction of panic, Am. J. Psychiat., 1986, 143(4),495-502
9. Lemperiere, T., Desjarlais, N. Névrose d'angoisse. in Précis de Psychiatrie Clinique de l'Adulte. Deniker P., Lempérière T., Guyotat J. (Eds), Masson, Paris, 1989, 217-225.
10. Lepine, J.P., Troubles anxieux paroxystiques: prévalence, comorbidité et facteurs de risque. Psychiatr. Franç., 1988, 3, 49-57.
11. Léo, H. Antidépresseurs. in Précis de Psychiatrie Clinique de l'Adulte. (op. cit.)
12. Myers, M.K., Wessman, N.M., Tischler, G.L. et al, Six months prevalence of psychiatric disorders in three communities. Arch. Gen. Psychiat., 1984, 41, 959-967.
13. Olie, J.P., Indications des tranquillisants. Ann. Psychiat., 1990, 5, 59-66.
14. Raj, A., Sheehan, D.V., Medical evaluation of panic attacks. J. Clin. Psychiat., 1987, 48, 308-313.
15. Regier, D.A., Myers, L.K., Kramer, M. et al., The NIMH epidemiologic catchment area program: historical context objectives and study population. Arch. Gen. Psychiat., 1984, 41, 934-941 .
16. Reiman, E.M., Raichle, M.E., Robins, E., et al.,The application of PET to the study of panic disorder. Am. J. Psychiat., 1986, 143 (4), 469-477
17. Sheehan, D.V., Panic attacks and phobias N. Engl. J. Med., 1982, 307, 156-158.
18. Sheehan, D.V., The classification of phobic disorders. Intern. J. Psychiat. Med., 1982,12, 243-266.
19. Wittchen, H.U., Epidemiology of panic attacks and panic disorders in panic and phobias. in Hand l., Wittchen H.U. (Ed), Berlin, Springer Verlag, 1986, 7-17.
20. Zarifian, E., Les tranquillisants de nouvelle génération. Rev. Med. Int. (Paris), 1988, 9,11-12.

Escuchar a los educadores

Adriana Trumpes*
Diana Braceras*
Cynthia Szewach*

Resumen:

El punto de partida de este trabajo fue una experiencia de campo realizada en la Facultad de Filosofía y Letras de la U. B. A. Los alumnos de Ciencias de la Educación entrevistaron un amplio grupo de docentes. La consigna fue: ¿Qué aporte le brinda la Psicología a la Educación? Las respuestas mostraron un amplio grado de homogeneidad, articulando las demandas, críticas y anhelos de los educadores. Desde el psicoanálisis formulamos la necesidad de crear un dispositivo grupal de escucha y análisis de los educadores.

Palabras Clave: Educadores - Psicología de la Educación.

"LESTENING TO TEACHERS"

Abstract:

Listening to teachers this work describes a field experience performed by students of humanistes. Students of educational sciences interviewed an important group of teachers asking them: how does psychology enrich education? The answers showed a high degree of uniformism, articulating the demands, criticisms and hopes of teachers. From psychoanalysis we state the need of creating groupal mechanisms to listen and analyze teachers.

Key words: Teachers - Education's Psychology.

ENTTENDRE AUX EDUCATEURS

Résumé:

Le point de départ de cet article a été une enquête réalisée à la Faculté de Philosophie et Lettres de l'U.B.A. par des étudiants en Ciencias de l'Education. La question posée a été: Quel est l'apport de la Psychologie à l'Education? Les réponses ont montré une grande homogeneity en articulant les demandes, les critiques et les espoirs des éducateurs. Les auteurs concluent sur la nécessité de créer un dispositif de travail en groupe d'inspiration psychanalytique avec les éducateurs.

Mots Clés: Educateurs - Psychologie de l'éducation.

*Psicólogas clínicas. Docentes de Psicología General. Facultad de Filosofía y Letras. U. B. A.
Tel. 849-1511

"Mi mejor consuelo es que no les he escamoteado todo el porvenir: aún podrán vivir y conquistar cuanto se halle al alcance de sus fuerzas. Sólo les dejo un peldaño para hincar el pié, pero no los conduzco hasta una cima desde la cual ya no fuese posible seguir ascendiendo".

Carta N° 134, Viena 7-5-1900
Sigmund Freud(2)

I. Introducción

Este trabajo está basado en una experiencia de campo realizada en la Facultad de Filosofía y Letras, Departamento de Ciencias de la Educación. Se obtuvo una muestra sumamente heterogénea de la opinión de 160 docentes, la mitad de los cuales fueron entrevistados en escuelas de Capital y Provincia, tanto estatales como privadas, en sus diferentes niveles. Los entrevistadores, estudiantes de Ciencias de la Educación, que a su vez mayoritariamente son docentes, volcaron luego sus propios puntos de vista, basados en su experiencia respecto al tema al que fueron convocados: ¿Qué demandas hacen los docentes a la psicología?

A partir de la única consigna acordada: "¿Qué aportes considera que le brinda la psicología a la labor docente?", nos encontramos con que las entrevistas desplegaban ejes temáticos comunes:

- Formación docente.
- Gabinete Psicopedagógico.
- Inserción institucional.
- Rol docente.
- Propuestas.

No es un objetivo de este trabajo interpretar conceptualmente el material reunido, por esta razón presentamos breves conclusiones para cada eje temático en el senti-

do de ubicar genéricamente los contenidos.

Por último, situaremos a nivel de coordenadas conceptuales nuestra propuesta de trabajo, diferenciándola tanto de lo que se demanda a nivel académico como de otro tipo de experiencias que se realizan con educadores.

Pasamos ahora a puntualizar los conceptos vertidos, a través de citas textuales seleccionadas en virtud de sintetizar las grandes coincidencias que resultaron del análisis de la muestra.

II. Desarrollo

A. Los educadores y su formación

* "...las materias fundamentales son las didácticas, que se basan en condiciones ideales que en la práctica no existen".

* "El profesorado es una preparación utópica".

* "De Psicología que explican mecanismos mentales; cómo sería el aprendizaje en el chico, cosas que después no se aplican cotidianamente".

* "En dos años nadie puede aprender a enseñar a nadie".

* "...cuando me recibí pensé que era un chiste".

* "Yo aprendí más de psicología por cursos o lecturas o por mi propia terapia, que por el profesorado".

* "Cuando los maestros hablan se refieren únicamente a etapas evolutivas, desconocen otras áreas".

Acerca de la formación, los educadores acusan una profunda disociación teórico-práctica, su carrera les parece excesivamente corta, insuficiente y desjerarquizada. En cuanto al aspecto psicológico subrayan la necesidad de una formación extra curricular, señalan que conocen elementos de algunas teorías psicológicas tendientes a justificar métodos

pedagógicos que en general apuntan a un modelo de sujeto sin conflicto que sigue una evolución lineal hacia el éxito en el aprendizaje.

B. Los educadores y el "gabinete"

* "No se cuál es la función que cumple".

* "Es una utopía contar con un Gabinete que te de bola".

* "No tengo posibilidad de consulta con el Gabinete, éste sólo recibe chicos con problemas graves".

* "Cuando hay un problema con algún chico en el aula, que las maestras no podemos solucionar, hablamos con el Gabinete y ellos se encargan..."

* Pregunta: ¿Qué casos derivan?: Casos concretos, los que no son porque sí".

* "Los chicos que tienen problemas de aprendizaje, que no pueden seguir el ritmo de los demás, que no les interesa nada, pero si no obstante su rendimiento es bueno, no los derivamos".

* Pregunta: ¿Qué se hace en el Gabinete?: Creo que se les da más ejercitación para afianzar las funciones que aún no están maduras... es decir, más ejercicios de lo que cualquier niño necesita..."

Las respuestas conservaron un alto grado de homogeneidad pese a provenir de situaciones diferentes: ausencia de Gabinetes en la escuela, Gabinetes asignados por distrito escolar con circulación esporádica y con un mínimo o nulo contacto con docentes, o gabinetes pertenecientes al propio colegio en muchos casos privados en algunos casos se los considera eficientes, aunque sus intervenciones recaen casi exclusivamente sobre los alumnos. En general el Gabinete es un lugar misterioso en su accionar y composición, adjudicándole tareas de refuerzo para lograr la nivelación del aprendizaje.(1)

C. Inserción institucional

* "...las directivas tienen más que ver con lo burocrático que con lo educativo".

* "Esto supera la relación entre psicología y educación y abarca una esfera política educativa que le proporcionará los instrumentos para llevar una estrategia específica a la educación".

* "El cambio deberá darse de las raíces".

* "La formación docente no se puede investigar sin tener en cuenta que es esencialmente un problema político e ideológico".

Este es el aspecto menos explicitado, en las entrevistas aparece mencionado a través de los bajos salarios, excesivo número de alumnos, sobrecarga de tareas burocráticas; se observa la tendencia de responsabilizar a directivos o funcionarios de las falencias del sistema, en virtud de sus características personales. En los comentarios de los alumnos de Ciencias predomina una actitud crítica al "Sistema" como un todo bastante indeferenciado, empleando categorías generales y sin remitirse a aspectos concretos. En ningún caso se mencionan propuestas colectivas para este nivel.

D. Rol docente

* "Uno a veces tiene que hacer de mamá y papá".

* "Hay cosas que yo no puedo resolver, no soy la madre... no puedo hacer nada".

* "Actúo con la experiencia de los años, por intuición".

* "El rol docente queda sobrecargadísimo y se relega todo el aspecto exclusivamente pedagógico".

* "Tenía que mantener el rol docente y el rol del que tiene que comprender: fue terrible..."

* "Algunos creen que tenemos que hacer de psicólogos... lo único que nos falta a los maestros, con los sueldos que ganamos".

Los educadores parecen vacilar entre rebajar su implicación con una consiguiente derivación dogmática o indiscriminada a otro profesional o una actitud de asimilar toda problemática a su función hasta los últimos extremos. Mas allá del marco estrictamente pedagógico caracterizado por la transmisión de conocimientos, su lugar tiende a confundirse con el parental o con el terapéutico.(4)

E. Propuestas

* "La psicología debería bajar a la escuela, sería útil siempre que no siga en el pedestal y en el consultorio".

* "Que no sigamos trabajando solos".

* "El Gabinete debería servir de soporte para los chicos y docentes, yo pondría el acento en el docente".

* "Necesitaríamos cursos para ubicarnos evolutivamente sobre el perfil del alumno".

Hay dos tipos de propuestas bien diferenciadas: una tendiente a demandar más de lo mismo, acusando falta de información psicológica para perfeccionar la formación en vis-

tas a optimizar la metodología a aplicar; la otra propuesta pasa por demandar un lugar para hablar y ser escuchados acerca de su práctica concreta, entre sus pares y con la posibilidad de conceptualizar su experiencia y por otra parte obtener un espacio de contención, nombrados como grupo o taller de reflexión.

III. Conclusiones

Desde el marco conceptual estrictamente analítico pensamos que es posible situar la experiencia docente en relación a tres ejes fundamentales definidos desde el psicoanálisis: Transferencia, Deseo y Goce.(3) Desde esta tríada conceptual es posible asir aspectos estructurales que soporta el quehacer docente, y cuya negación, denegación, represión o velamiento aloja a esta praxis en el campo indefinido de la intuición, la irracionalidad y el empirismo a ultranza.

Proponemos un encuadre clínico, y no adherimos a nombrarlo "taller", "Grupo de reflexión", "reciclaje" o "gabinete", por aquello que alguien sabio advertía: "Uno empieza concediendo en las palabras y termina concediendo en los hechos".

La etimología griega del término *klínikos* nos ubica en nuestra escucha al lado del que padece munidos de fundamentos teóricos que permiten conceptualizar la experiencia particular que se trate.

Desde el llamado "rol docente", ese Otro tan especial que encarna el educador, puede verse al amo, ejerciendo el poder en virtud de un saber sin fallas, que lo menos que tiende a producir es una masa seducida a su narcisismo. Pero, también y no sin incomodidad, puede instalarse un Maestro sostenido en la legalidad paterna, aquel que no tendrá la última palabra y por eso mismo incita al otro a buscarla.

Advertirse de la complejidad de la función y captar su imposibilidad, abre un espacio en el que el aprender se convierte en sorpresa y retorna en preguntas ■

Bibliografía

1. Erramuspe, M., Soportar un Dios obscuro. Lugar Editorial, 1991.
2. Freud, S., Psicología de las Masas y Análisis del YO. Obras completas. Biblioteca Nueva, Madrid, 1975.
3. Lacan, J., El Seminario de la Angustia. 1962.
4. Manoní, M., La Educación Imposible. Siglo XXI, 1983.



Norberto Gómez
ST/. Fragmento. Yeso Policromado.
90 x 52 x 32 cm. 1988

Delito, Peligrosidad, Alienación



EL DELITO

Reflexiones desde lo jurídico

*Héctor Maskin**

I. Algunas ideas preliminares

Es una tarea ciertamente compleja la de analizar el concepto jurídico de "delito" —entre muchos otros que plantearían similares dificultades— sin proyectar ese análisis y las definiciones que resulten, sobre el plano más amplio de la ciencia jurídica.

¿Porqué ocurre esto? Porque no hay un concepto disponible de "delito" que se presente como el punto de coincidencia no sólo entre los penalistas, sino entre los teóricos generales del derecho. Sería, entonces, un acto de deslealtad científica presentar la definición de "delito" con la que coincidimos sin advertir acerca de los graves desacuerdos teóricos

entre los juristas que se proyectan sobre el campo específico del derecho penal afectando, también, el perfil de conceptos centrales que dependen del modelo teórico que se elija.

En lo que sigue intentaremos trazar, con la ineludible —y esperemos que tolerada— brevedad que los límites de un trabajo como este impone, un esquema de elucidación del concepto que nos ocupa.

Una tarea semejante supone, ciertamente, algunos riesgos. Es po-

sible que los juristas que lean el artículo lo encuentren algo esquemático o superficial. Tal vez los médicos opinen que es oscuro e incomprensible. Sospecho que no hay un punto intermedio ubicándome en el cual yo pueda ser aceptablemente riguroso para mis colegas sin volverme oscuro para los legos. O suficientemente ameno y comprensible para los no iniciados sin caer en la liviandad, en opinión de mis pares.

Esto demuestra que el desafío no es menor, y que el trabajo es doble. Se agrega, desde luego, el carácter opinable de muchas afirmaciones. Y la circunstancia de abordar una experiencia transdisciplinaria.

II Iusnaturalismo y positivismo jurídico

Que el Derecho (orden jurídico) y la Moral son sistemas discernibles es

* Abogado y penalista.

Profesor Adjunto de Teoría General del Derecho. Departamento de Filosofía, F. de Derecho, UBA.

Lavalle 1646, 11º/of.39 (1048) Bs.As.

Tel.:45-7927/49-0479

tema que, en general, no genera debate. Nadie confunde una norma moral y una norma jurídica, ni por su origen, ni por la experiencia que generan, ni por la forma en que se proyectan sobre la conducta, ni por la manera en que los sistemas a que pertenecen respaldan su acatamiento.

El tema cambia cuando de lo que se trata es de determinar si existe alguna relación entre Derecho y Moral y cual es la índole de esta relación. Nótese que la discusión no versa sobre eventuales contenidos morales en normas jurídicas, ni sobre la posibilidad de violar simultáneamente una norma moral y otra jurídica (por la convergencia de ambas en la regulación de la misma conducta) sino sobre la articulación global de un sistema legal dado y un sistema ético dado.

En una primera posición se enrolan todos los que están dispuestos a suscribir las siguientes afirmaciones:

1) que existe un cuerpo de principios universales de índole moral —que incluyen principios de justicia— y que la razón humana está en condiciones de acceder a su conocimiento.

Es esta una tesis de filosofía ética pero contra lo que pudiera suponerse, no es necesariamente teológica. En efecto, si bien la afirmación sobre la existencia de estos principios es conocida —entre otras fuentes— a través de la obra de los teólogos cristianos (el más importante de los cuales fué Santo Tomás de Aquino) que afirman que Dios es la fuente de estos principios, hay otros filósofos que remiten a fuentes distintas, como la propia razón humana (E.Kant), la historia, la naturaleza.

2) que toda norma o sistema legal cuyo contenido no se conforme al de los indicados principios morales no puede ser considerada una norma o un sistema jurídicos.

Esta segunda tesis afirma, como resulta claro, la subordinación del orden jurídico al moral. En otras palabras, sostiene que entre el Derecho y la Moral existe una relación intrínseca y necesaria, y que ésta está supraordenada a aquél.

La aceptación simultánea de ambos principios —con independencia de la fuente a la que se asigne relevancia— enlaza a quien adopte tal postura en el *iusnaturalismo*.

En la posición opuesta se encuentran los *positivistas*. Los partidarios de esta postura sostienen que una norma o un sistema jurídicos deben ser estudiados y expuestos sobre la

exclusiva base de criterios descriptivos, evitando toda afirmación que suponga la introducción de datos valorativos por parte del jurista. Parece obvio que esta postulación pretende colocar a la actividad teórica relacionada con normas y sistemas jurídicos en el mismo "status" que exhiben las ciencias tradicionales, que dan cuenta de su objeto con prescindencia de consideraciones axiológicas que, por provenir del sujeto de conocimiento, tendrían carácter subjetivo y hasta autobiográfico. Esta postura metodológica es recomendable en una actividad encaminada a la presentación sistemática del material jurídico, pero no exigible a quien realiza tareas funcionales dentro del sistema, ya que su posición no sería la de un sujeto de conocimiento científico, sino la de un actor dentro del sistema, eventualmente constreñido o autorizado para efectuar valoraciones. Tal sería el caso del legislador, el político, el juez, el abogado.

Existen positivistas que adoptan tal posición como consecuencia de su escepticismo o relativismo ético, lo que los conduce a rechazar la primera tesis del *iusnaturalismo*. Pero los así llamados "positivistas metodológicos" no se sienten precisados a tomar partido en punto a la cuestión ética en el momento descriptivo de su labor, sin perjuicio de adoptar nítidas y hasta enérgicas posiciones morales en contextos diferentes.

La postura metodológica analizada sustentó la elaboración —en las primeras décadas del presente siglo— del sistema debido a uno de los autores más importantes y discutidos en el campo teórico del derecho: Hans Kelsen. Su Teoría Pura del Derecho constituyó la tentativa más elaborada y completa de construir: a) una ciencia jurídica sobre una región ontológica propia y claramente separada de elementos sociológicos, antropológicos, axiológicos, políticos, en fin, extrajurídicos en sentido amplio, y b) un sistema riguroso de elaboración de conceptos jurídicos. Volveremos sobre algunos de sus aportes al analizar el concepto de "delito".

Sobre el trasfondo que proporcionan los debates a que se ha hecho referencia hasta aquí, pasemos a la teoría del delito.

III La teoría del delito

La historia del desarrollo del con-

cepto de "delito" en la teoría jurídica penal, en términos generales, coincide con la historia de la teoría penal moderna, la casi totalidad de la cual puede ubicarse en el siglo XX.

Es también en este siglo en el cual se produce el debate básico sobre el objeto propio del conocimiento jurídico y, fundamentalmente, sobre las relaciones entre el sistema legal y el orden moral. Estas discusiones no han dirimido aún las cuestiones pero han permitido, al menos, establecer puntos nítidos de referencia a partir de los cuales puedan adoptarse posturas sólidas. La cuestión acerca del objeto propio de la ciencia jurídica y el debate sobre la índole de la relación Derecho-Moral no son totalmente ajenos al tema del delito, como se verá. En sus etapas iniciales la elucidación del concepto de delito se vió visiblemente influida por consideraciones sociológicas, culturales, morales, antropológicas, etc., todas las cuales contribuyeron a oscurecer el concepto jurídico en sentido estricto.

Cierto es que el delito es objeto de preocupación y estudio por parte de especialistas provenientes de campos diversos, pero no lo es menos que cada una de las disciplinas concernidas enfoca este fenómeno social desde presupuestos teóricos, aparatos conceptuales, metodológicos y objetivos totalmente distintos. En rigor, podría afirmarse que todas ellas —y me refiero a la sociología, la antropología, la ciencia jurídica, la medicina y la psiquiatría legales, etc.— estudian objetos distintos. El sociólogo percibe el conflicto grupal o la conducta antisocial; intenta establecer causas, relaciones, determinar regularidades. El psiquiatra y el psicólogo registran el síntoma que se muestra en la actividad delictual. Centran su preocupación en la conducta individual, en sus condicionantes, su etiología, sus características. El jurista analiza el sistema penal procurando establecer los modos en que el Estado regula cierta clase de conductas a las que enlaza un tipo especial de consecuencia: la sanción penal, y cuales son las características generales de esa clase de acciones amén de las específicas de aquellas que la componen.

Por cierto, esta referencia superficial no pretende dar cuenta de todas las maneras en que es posible un "approach" al delito como objeto de interés, sino solamente señalar que los ángulos varían tanto como los lugares metodológicos desde los

cuales esta aproximación se intente. En lo que sigue se procurará exponer el enfoque jurídico mostrando, de paso —y necesariamente en forma esquemática— la evolución del concepto de delito hasta sus formas actuales.

IV Algunas definiciones clásicas

Las primeras elaboraciones teóricas modernas sobre el delito datan del siglo XIX, y entre los autores que en dicha época trabajaron sobre el tema, que son considerados los precursores de la teoría penal y que son agrupados con alguna exageración en una nunca formada "escuela clásica", se destaca Francesco Carrara quien definió el delito como la "infracción de la ley del Estado promulgada para seguridad de los ciudadanos, resultante de un acto externo del hombre, positivo o negativo, moralmente imputable y políticamente dañoso".

No es propósito de este trabajo exponer en detalle la teoría filosófica que sustenta la definición carrarina. Baste destacar, a los fines de esta exposición, que de la definición que construye el autor citado surge que, para él, el delito es una "infracción", es decir una contradicción entre un acto humano y una ley, entendiéndose por acto una manifestación exteriorizada, y excluyendo por tanto de su definición todo aquello que permanece sin expresarse (ideas, intenciones, pensamientos, fantasías, proyectos, etc.).

La imputabilidad moral que exige la definición es la posibilidad de reproche ético por el disvalor de la acción, y la característica de ser políticamente dañosa implica la consideración de los efectos perniciosos en el plano social.

Como puede advertirse, la definición de Carrara incluye elementos de tipo descriptivo —la relación del delito con una norma legal, los propósitos legislativos de la promulgación de dicha norma, etc.— junto con otros datos de carácter valorativo —la reprochabilidad moral y el disvalor político —que permite pensar— si agregamos la intención declarada por dicho autor de encontrar "el límite perpetuo de lo ilícito"— que la intención de Carrara estaba más enderezada a colocar límites a los legisladores que a describir un dato jurídico objetivo. Esta posición consistente en sostener la subordinación del sistema legal a lí-

mites establecidos por remisión a fuentes externas al sistema se denomina —como ya se ha visto— "iusnaturalismo" y la definición de Carrara, lo mismo que su sistema, se inscriben en la variante teológica de esta posición.

Otro autor, casi medio siglo posterior a Carrara, enrolado en la "escuela positiva" (a la que pertenecieron Cesare Lombroso y Enrico Ferri) es Raffaele Garófalo. Analizando la idea lombrosiana del "uomo delinquente" —que, como es sabido, asume que los delitos son cometidos por cierto tipo de personas que se encuentran orgánicamente predestinados para incurrir en dichas conductas— Garófalo observó que no todos los que cometían delitos poseían el perfil antropológico definido por Lombroso y reprochó a los naturalistas que hubieran omitido explicar el delito al hablar del delincuente, ya que era impensable que ciertos tipos antropológicos fijos correspondieran a tipos delictuales históricamente variables.

Consecuentemente, Garófalo se dedicó a construir el concepto de "delito natural" junto al de "delincuente natural" elaborado por Lombroso. Haciéndose cargo del dato de la variabilidad histórica del campo de lo delictual, Garófalo investigó la existencia —a lo largo de la historia— de ciertos "sentimientos" permanentes, —más allá que las diferencias circunstanciales de las formas delictuales hayan sido consideradas siempre como bienes lesionados por los delitos. Si era posible encontrar lo inmutable por debajo de lo cambiante, entonces podía elaborarse un concepto de delito "natural" que consistía —según Garófalo— en todo ataque al mínimo (históricamente siempre existente, según este autor) de los sentimientos de benevolencia y justicia: el ataque a la piedad y a la probidad, constituyendo "delito natural" toda agresión a estos sentimientos.

La tesis de Garófalo fué objeto de críticas, sobre todo por aquellos que advierten que la determinación de los sentimientos mínimos no permitiría deducir cuáles sean las conductas que los lesionan, máxime si se tiene en cuenta que una misma acción —por ejemplo la de "abandonar"— no ha sido considerada en toda época y por toda cultura como un ataque a la piedad, como un delito. Baste mencionar que, por ejemplo, entre los esquimales, el acto piadoso radica, precisamente, en

abandonar a la muerte a los miembros de la tribu que por su enfermedad o edad avanzada no pueden ya valerse por sí mismos, y constituirían una carga para el grupo.

La definición en análisis —y la teoría de Garófalo— también constituyen variantes del iusnaturalismo, si se tiene en cuenta que este autor busca en fuentes extrajurídicas los datos que le provean de criterios de identificación de delitos; en otros términos, pautas que sean normativas —es decir, obligantes, limitativas o indicativas— para el legislador.

Los propios colegas de Garófalo en la escuela positiva (por ejemplo Enrico Ferri y Eugenio Florian) criticaron esta definición de delito, rechazándola como concepto oficial de la escuela.

Mientras estas elaboraciones tenían lugar en Italia, en Alemania aparecían destacados exponentes de las llamadas "escuelas intermedias" como, por ejemplo, el más importante representante de la escuela penal sociológica alemana: Franz von Liszt. Debe mencionarse, también, a otro importantísimo teórico alemán, mentor de la escuela del tecnicismo jurídico: Ernst von Beling. Hubo, desde luego, numerosos y destacados científicos y teóricos, pero hemos elegido detenernos en von Liszt y von Beling porque a partir de ellos se produce un importantísimo viraje teórico: la teoría penal, sobre todo desde la publicación, en 1916, de una destacada obra de von Beling dedicada al análisis estructural de la acción, abandona por completo la tarea de construir una definición o concepto de delito, y adopta la propuesta de este autor en el sentido de establecer cuales son las condiciones bajo las cuales ocurre la consecuencia prevista para el delito.

Contra lo que pudiera creerse, esta pauta de análisis —conocida desde principios de siglo como "esquema Liszt-Beling"— no intenta definir el concepto de delito ni establecer sus características. Sólo procura determinar cuáles son los requisitos que debe reunir una conducta individual para ser considerada delictiva, tarea esta ciertamente diferente de la primera. En otros términos, el esquema Liszt-Beling —convertido desde hace ochenta años en la teoría canónica del delito en el continente europeo y sus zonas de influencia académica, es una metodología de análisis de conductas individuales por pasos sucesivos (el lla-

mado "esquema estratificado") a fin de determinar: a) si constituye la actividad voluntaria de un ser humano (o análisis de la existencia de una "acción"); b) si se adecua a alguna figura de las normas penales (análisis de la tipicidad); c) si no asiste al autor de esa conducta alguna autorización para obrar como lo hizo (análisis de la ausencia de anti-juridicidad) y d) si esa conducta se realizó en circunstancias de concurrencia del elemento subjetivo requerido por el tipo penal (dolo o culpa, y sus grados, según el caso).

La teoría se integra con desarrollos referidos a las formas ampliadas de acción (pluralidad de hechos o unidad de hecho y pluralidad de tipos, analizadas en la teoría de los concursos), formas ampliadas de actuación (pluralidad de autores, objeto de la teoría de la participación) y otros aspectos instrumentales de la aplicación de la norma penal.

Todas las elaboraciones de la teoría del delito (en Europa continental y América latina) siguen esta línea de trabajo y no existe en la literatura penal desde principios de siglo ningún otro intento de definir "delito".

En síntesis: los llamados autores clásicos y los que pertenecen a la escuela positiva, enrollados en variantes teológicas, antropológicas o sociológicas del iusnaturalismo, intentaron definir "delito" pero deliberadamente o llevados por sus posiciones filosóficas arribaron a conceptos sobre aquellas acciones a las que "debería" considerarse delito, pero no a establecer las características generales de las conductas a las que los sistemas legales consideran delictivas. Su tarea no era estrictamente técnico-jurídica, sino política. Hablaban de un derecho ideal, no del derecho real.

Por su lado, todos los autores posteriores a la escuela del tecnicismo jurídico de von Beling se dedicaron a desarrollar la metodología conocida como "Teoría del Delito" pero que sólo constituiría un elaborado y complejo procedimiento de decisión para casos individuales.

La principal crítica que puede hacerse a esta "teoría" consiste en señalar la ausencia de una elaboración precisamente teórica del concepto central o el manejo de un concepto implícito cuyos rasgos no aparecen definidos. La situación —salvadas las distancias— equivaldría a la elaboración de una herramienta terapéutica sin la correlativa construc-

ción de un aparato teórico que explicita qué se entiende por "enfermedad" y cuáles son las entidades clínicas correspondientes.

En efecto, el derecho (orden jurídico) no considera "delito" a toda conducta, de manera que es visible al menos la falta de un criterio de separación que permita acotar las conductas delictivas y las normas penales por procedimientos que no sean meramente topográficos (como sería, por ejemplo, el de la ubicación sistemática: la inclusión en el Código Penal) y que permita distinguir la delictividad penal de otras formas de la ilicitud.

¿Significa esto que la teoría jurídica carece de un concepto elaborado de "delito" que sea suficientemente explicativo como para permitir la construcción de un concepto de delito que merezca el nombre de "teoría"?

Ciertamente no. Veremos esto a continuación.

V Acerca de los sistemas jurídicos

Un sistema jurídico es, básicamente, un conjunto de enunciados, un discurso. En este conjunto ocupan un lugar central las normas, pero el sistema incluye otros elementos que no pueden caracterizarse como normas, aunque complementan a los enunciados normativos.

Una norma puede ser caracterizada como un enunciado de carácter prescriptivo. Puede ser pensada como el sentido objetivo de un acto de voluntad. Las prescripciones pueden definirse como enunciados que desde el punto de vista pragmático-comunicacional (vistos desde quien los usa y para qué) se caracterizan como mensajes por medio de los cuales se intenta obtener cierto curso de acción por parte del receptor. Esto significa que la prescripción se define en función de los propósitos del emisor del mensaje. Cuando estos mensajes se objetivizan, se independizan de quien los emite, aparecen las normas. Un ejemplo de este fenómeno de la objetivización normativa de un acto de voluntad es el de las leyes que continúan en vigencia muchos años después de dictadas, a veces cuando ninguno de los legisladores que intervino en su sanción permanece vivo. Otro ejemplo son los testamentos, la voluntad de cuyo redactor adquiere fuerza, paradójicamente, cuando esa voluntad ha desaparecido con el fallecimien-

to del testador.

Sin embargo, un enunciado normativo así caracterizado no es necesariamente una norma jurídica. Las normas morales, las instrucciones o reglas técnicas, las reglas definitorias —como las reglas de un juego— son normas pero no son normas jurídicas. Afirmar de una norma que es jurídica supone su pertenencia a un sistema que lo sea también, y la característica central y definitiva de un sistema jurídico —que se extiende a todas las normas que lo integran— es la coercitividad, entendida como el respaldo del uso legitimado de la fuerza por parte del sistema.

Resumiendo lo expuesto hasta aquí:

1. Un sistema jurídico, desde un punto de vista estructural, es un discurso, un conjunto de enunciados.
2. Este conjunto de enunciados está centralmente constituido por normas, las que pertenecen a la clase de los enunciados prescriptivos, que se definen por el propósito de obtener cursos de acción por parte de otras personas.
3. El sistema jurídico se diferencia de otros sistemas de carácter normativo —como la moral, las reglas de juego, etc.— por respaldarse en el uso legitimado de la coerción.
4. La pertenencia de una norma a un sistema de tales características la convierte en una norma jurídica.

VI La estructura de imputación

Entre las distintas funciones que pueden atribuirse al orden jurídico hay una de carácter formal y de directa percepción, y que consiste en relacionar ciertos supuestos (o casos) y determinadas soluciones.

Esta técnica —característica de los sistemas normativos— es utilizada por el Derecho por ejemplo para resolver conflictos (indicando la solución que debe aplicarse en caso de que se den ciertas condiciones que constituyen el "caso"), para asignar ciertas consecuencias a hechos, conductas o alguna combinación de ambos o para motivar o disuadir ciertos comportamientos considerados deseables o indeseables por el sistema de valoraciones sociales que informa la incorporación de normas al sistema (o su modificación, o su supresión).

La técnica de relacionar una consecuencia coercitiva (la privación de la vida, de la libertad ambulatoria,

etc.) con la realización de ciertas conductas es característica del subsistema jurídico llamado "derecho penal", que es generalmente definido como un sistema represivo —por la índole de la solución indicada— o bien como aquella subclase de normas jurídicas caracterizadas por prever una consecuencia consistente en una pena —solución directa de doble carácter: coercitivo y retributivo— frente a la realización de una conducta que tiene el carácter, a su vez, de condición "sine qua non" de esa consecuencia. Esta conducta que es condición desencadenante de la pena —o "sanción"— es el delito penal. Desde que los sistemas jurídicos consagraron la responsabilidad subjetiva (por la conducta propia o por el control decisivo de la conducta ajena) en forma excluyente para los delitos penales, estos pueden ser definidos como aquella conducta condicionante de la sanción, y que es realizada por el individuo -o individuos- hacia quienes esa sanción se dirige como consecuencia de la misma. Esta definición de "delito" se inspira en la definición de "acto antijurídico" (clase que comprende a los delitos penales) elaborada por Hans Kelsen, el teórico austríaco que elaboró la Teoría Pura del Derecho a principios del presente siglo y al que nos refiriéramos en la parte final del capítulo II.

No obstante lo dicho, no debe pensarse que la única condición de la sanción es una conducta, siempre y en forma excluyente, ya que como ya se mencionara el sistema puede atribuir consecuencias a acontecimientos que no consisten en la actividad de un ser humano. Esto no significa que hechos que no sean conductas puedan, por sí mismos, constituir condiciones de sanciones, sino que el sistema puede requerir condiciones adicionales —además de la conducta en cuestión— para la aplicación de una sanción. Por caso, calidades (pertenecer a una clase: mujeres, menores, funcionarios, jueces), situaciones (inconsciencia, abandono), relaciones (parentesco, subordinación), efectos o resultados (lesiones, muerte), objetivos (lucro, placer, dolor) todas las cuales no necesariamente se relacionan con el autor de la conducta, sino, por ejemplo, con el sujeto pasivo.

Este conjunto de condiciones depende del diseño del delito en particular. Pero siempre, en último análisis, habrá una conducta que constituye el núcleo del delito en cues-

ción, y como parte de las condiciones en la norma.

Esta relación "delito-sanción" es característica del derecho penal y, como se ha dicho, definitoria de las normas penales —por el tipo de consecuencia— y de las conductas delictivas —por ser condiciones de esas consecuencias— dándose en ese orden: sanción "ergo" delito. En otros términos, sólo son delictivas las conductas a las que el sistema enlaza una sanción como consecuencia y ninguna conducta puede ser considerada delictiva mientras una norma no enlace su realización con una sanción penal.

En síntesis:

1. El sistema jurídico cumple —entre otras— la función de establecer "soluciones legales" para ciertos supuestos o "casos".
2. Cuando la solución prevista consiste en la atribución directa de una consecuencia coercitiva de carácter retributivo (no resarcitorio), se está en presencia de normas penales.
3. La consecuencia prevista en las normas penales se denomina "sanción penal" y tiene —como se ha dicho— carácter retributivo. Este carácter es central, pero la norma puede cumplir otros fines, tanto deliberados como accidentales, entre los que puede citarse la prevención (la representación motivadora que evita la conducta, o la experiencia de la aplicación de la sanción que disuade conductas futuras).
4. La conducta que pone en funcionamiento el mecanismo de la norma penal, que es realizada por el/los individuo/s a quienes la sanción penal se aplica, es el delito penal.

VII Conocimiento de la norma y motivación

El hecho de establecer una consecuencia coercitiva frente a ciertos casos (que incluyen determinadas conductas) no implica simplemente una clase especial de respuesta del sistema legal frente a una clase especial de comportamientos, sino que intenta provocar en los autores potenciales de esas acciones una representación de la consecuencia. De esta manera ese autor potencial es motivado para abstenerse de concretar esa acción, presumiendo que no deseará provocar la consecuencia, que considera dañosa para él. Ya

se ha mencionado este fin como "prevención".

Esta presunción de carácter general acerca del funcionamiento de los mecanismos de elección del individuo medio supone o implica una determinada teoría psicológica y además tiene, como puede advertirse, varias e importantes implicancias. En primer lugar las filosóficas, que se relacionan con la problemática de la libertad, el libre albedrío, el determinismo (individual o social), frente a la norma penal y a la frecuente necesidad de justificarla racionalmente.

En segundo lugar, las consecuencias que derivan de apoyar la respuesta penal en la idea de la elección, con todas las derivaciones que surgen de las limitaciones concretas que pueda sufrir la libertad de elección.

En tercer lugar, el problema que plantea el conocimiento de la norma penal por parte del individuo, y que, en general, los sistemas intentan resolver con un principio según el cual la ley se presume conocida por todos. Con esta regla, desde luego, no se obtiene un conocimiento generalizado, completo y automático de todas las normas por parte de la población, sino que se persigue un propósito menos ambicioso y más práctico: evitar, hasta donde sea posible, la alegación de la ignorancia. Puede advertirse que el costo es elevado: se introduce la ficción del conocimiento generalizado.

VIII Normas y significaciones normativas

La incorporación a una norma penal como condición de la sanción permite asignar a la conducta condicionante una calidad o carácter típicamente normativo: esa conducta, por ese motivo, es (o está) "jurídicamente prohibida". Este carácter aparece junto con la norma jurídica, y por esta razón se afirma que se encuentran prohibidas las conductas que están previstas como condiciones de una sanción y que la inversa no es válida. Esto es, que no se sancionan conductas por ser prohibidas —sino al revés— aún cuando pueda afirmarse, antes de la sanción de la norma a partir de la cual aparece la prohibición jurídica, que tales conductas eran calificadas como dañosas, indeseables, perjudiciales o moralmente reprochables. Esto señala, de paso, que los campos de la prohibición legal y de la prohibición mo-

ral no son necesariamente coextensivos, aun cuando puedan mencionarse ejemplos empíricos en sentido contrario (por ejemplo comunidades que consagran como sistema jurídico a su orden moral o religioso).

De la relación estructural "delito-sanción", de la función-mecanismo de motivación que cumplen las normas penales, y del carácter de prohibición que aparece como consecuencia de la incorporación de una conducta a una norma deriva otra importante función del sistema legal y, en especial, del subsistema penal: sirve al propósito de efectuar evaluaciones de conductas a partir de un criterio objetivo suministrado por el subsistema. Es precisamente desde el sistema —o mediante el mismo— que se pueden calificar no solamente conductas delictivas, sino cualesquiera otras. El sistema —o algún sector finito de él— permite, por un mecanismo de comparación, la clasificación de un universo de conductas dividiéndolas entre las que se encuentran "prohibidas" (porque condicionan sanciones) y las que están "permitidas" (porque no están prohibidas). Estas últimas pueden, a su vez, subdividirse según el grado de permisión (más débil o más fuerte) incluyéndose en esta clase a los facultamientos o autorizaciones (permisiones necesarias para realizar "actos", como casarse, contratar, apelar, etc.) y —aunque sea muy contrainformativo— a las obligaciones.

De esto puede derivarse una consecuencia importante: las calidades o caracteres jurídicos de una conducta, situación, circunstancia, persona, caso, etc., son el resultado de una comparación entre una entidad empírica (hecho, conducta, individuo, situación, caso, etc.) y un dato normativo. Esto significa que estas calidades jurídicas no son un dato empírico más que se pueda obtener de aquella entidad, sino el efecto de una evaluación, mediante el uso de una o más normas.

Para aclarar más este punto digamos que el "carácter" de una conducta es su calidad de "prohibida", "permitida", etc., que, a su vez, proviene del carácter de la norma que lo establece. La "calidad" jurídica (o "status") de un individuo, hecho, lugar, situación, relación, etc. es el atributo que ese individuo, etc. posee por efecto de una norma. Ejemplos de calidades son el estado civil, la nacionalidad, la minoridad, la incapacidad, la condición de funcionario, las facultades, las potestades,

las autorizaciones, los privilegios, las inmunidades, etc.

Para los fines del tema concreto que nos ocupa, es importante destacar que "delito", así como "prohibido", son calidades jurídicas cuya existencia —en algún sentido de "existencia" distinto del usado en el plano empírico— sólo puede establecerse mediante aquella comparación entre la conducta o actividad y el subsistema, a que antes hiciéramos referencia.

Con todo, esta posibilidad no debe conducir a suponer que existe algún procedimiento absolutamente objetivo e infalible para efectuar esa comparación y que permita a personas distintas arribar al mismo resultado.

Por razones que tienen que ver con las características del lenguaje —en el que se expresan y transmiten las normas y no por defectos intrínsecos del sistema legal (que los tiene) todas las imprecisiones del sistema lingüístico se trasladan al terreno jurídico, provocando problemas de interpretación. Los distintos tipos de vaguedad, las ambigüedades (semántica y sintáctica) y otros rasgos inevitables del lenguaje natural indican con frecuencia que la aplicación de las normas excede los recursos de un procedimiento racional y obligan a convertir a aquel procedimiento de comparación y asignación de calidades y significaciones jurídicas en un virtual acto de voluntad. Esto es, en una decisión, no en una deducción.

IX Comentarios finales

Muchas de las ideas mencionadas en este trabajo han quedado en el nivel del bosquejo, lo que no indica falta de respeto intelectual, sino de espacio. Confiamos en que las remisiones que se hacen en el apéndice bibliográfico provoquen lecturas ampliatorias, las que serán seguramente más ilustrativas.

Algunas afirmaciones y esquemas de análisis reflejan en mayor medida las convicciones teóricas del autor de este trabajo (que no se reivindicarían como originales ni independientes) que las ideas o marcos de referencia generalmente aceptados por la literatura especializada. Como se hizo una advertencia similar al principio, nadie podrá alegar alevosía. Cada cual sacará sus conclusiones y, por lo que a mí respecta, mi pertenencia al Instituto creado

por el profesor Ambrosio Gioja en 1956 en la Facultad de Derecho me permite (en un sentido muy fuerte) hacer honor al espíritu crítico que el recordado maestro insufló en todos los que fuimos sus discípulos. Esto supone la revisión —a veces un tanto iconoclasta— de toda idea o teoría, y en especial de las canónicas. Sospecho con fundamento que los psicoanalistas no son gente de alarmarse por actitudes semejantes, ya que la memoria de Sigmund Freud avienta la posibilidad de posiciones dogmáticas ■

Referencias y Bibliografía

Las obras que se mencionarán a continuación constituyen una guía bibliográfica de referencia, con relación a cada uno de los temas tratados en el trabajo. Por consiguiente sólo se indican como una fuente primaria de información ampliada con respecto a la que contiene el texto del artículo.

Cada uno de estos libros remite, a su vez, a otros trabajos relevantes o trata con mayor detalle tópicos que en el artículo no fueron objeto de desarrollo amplio. Por esta razón se ha elegido agruparlos por tema.

Sobre la teoría y las teorías del delito :

Soler, Sebastián, "Drecho penal argentino", Bs.As., TEA, vs. eds., tomo I, El Delito.

Zafaroni, Eugenio R., "Tratado de derecho penal", Bs.As., EDIAR, vs.eds.

Zafaroni, Eugenio R., "Manual de derecho penal", Bs.As., EDIAR, 1977, caps.XIII y ss.

Sobre el iusnaturalismo y el positivismo jurídico:

Nino, Carlos S., "Introducción al análisis del derecho", Bs. As., ASTREA, 1986, cap.I.

Bobbio, Norberto, "El problema del positivismo jurídico", Bs. As., EUDEBA, vs. eds.

Sobre la teoría pura del derecho:

Kelsen, Hans, "Teoría pura del derecho" (trad.de la 2da. ed. alemana, por R. J. Vernengo), México, UNAM,1979.

Kelsen, Hans, "Teoría pura del derecho" (trad. M. Nilve), Bs. As., EUDEBA, vs. eds.

Sobre los sistemas normativos y el par caso-solución:

Alchourron, C. E. y Bulygin, E., "Introducción a la metodología de las ciencias jurídicas y sociales", Bs.As., ASTREA, 1974.

Sobre la relación entre el derecho y el lenguaje

Guilbourg, R. A. y otros, "Introducción al conocimiento científico", Bs.As., EUDEBA, vs. eds.

Sobre motivación, imputación y significación normativa:

Kelsen, Hans, op.cit.

Vernengo, Roberto J., "Curso de teoría general del derecho", Bs.As., CDYCS, 1972.

La internación PSIQUIATRICA (reflexiones)

Mariano N. Castex*

A partir del año 1983, la sanción de la ley 22.914, al modificar y reglamentar el ingreso y egreso de pacientes mentales, de los establecimientos especializados, intentó proteger a éstos de frecuentes abusos, entre los que no quedaba excluida una "privación ilegítima de la libertad".

En la práctica, tras el agregado de la ley 22.434, tal intención —en sus resultados— no plasmó en beneficios claros, ya que, con el correr de los años, en no pocas ocasiones, las medidas supuestamente protectivas y tutelares, revirtieron contra los propios intereses de los pacientes a quienes se pretendía proteger.

Algunas de las problemáticas actuales más complejas, permiten distinguir dos dimensiones críticas —a juicio del suscripto— en donde, en forma precisa y clara, más que proteger un bien, la legislación contribuye a agravar derechos esenciales a la persona humana.

En primer lugar se encuentra la violación del secreto médico, sino "in recto", al menos "in obliquo", llevando a los estrados judiciales y al conocimiento público —aún no queriéndolo—, situaciones que, con la legislación anterior, hubieran pasado desapercibidas para bien, tanto del enfermo, como de sus allegados. En muchos de estos casos, la intervención del ministerio público, complicó en vez de proteger, situación que, en último extremo, repercutió en contra de la salud mental del paciente y de su grupo familiar

obligada por ley.

En segundo lugar, está quedando muy en claro, si uno se atiene al nivel declinante franco que están adquiriendo algunas peritaciones en el área psiquiátrico/ psicológica forense, que la aplicación del art. 625 del C.C., con lamentable frecuencia, conduce a algunas personas a situaciones de verdadera pesadilla, ya que suelen culminar en una declaración de insania o de inhabilitación —por aplicación del art. 182 bis, incisos 1° y/o 2°— que difícilmente se torna reversible.

La razón de ello estriba —en opinión del suscripto— en que —muy rara vez— un equipo de forenses discrepa con la opinión previa de sus pares, aún cuando no vacilan en hacerlo con peritos médicos o psicólogos, cuando éstos no pertenecen a sus respectivos cuerpos.

Peor aún, es rarísimo ver un informe médico forense, en donde exista alguna discrepancia manifiesta de opinión entre ambos componentes de la bina informante, cuando ésta se encuentra integrada por funcionarios oficiales.

En este punto, cabe acotar que este autor, en 36 años de ejercicio profesional, tras participar de cientos de peritaciones en los ámbitos judiciales, tiene presente un único caso en que, en una Junta Psiquiátrica, uno de los médicos del Cuerpo Forense, firmó en acuerdo con un profesional perito de parte y en discrepancia con sus restantes pares oficiales.

Se asiste de tal modo, a la creación de un sistema kafkiano, en donde el retorno —para el paciente declarado insano o inhabilitado— pareciera el del infierno del Dante, es decir, no existe. "Abandonad to-

da esperanza vosotros que entráis".

La experiencia profesional de los psiquiatras consultores técnicos en las causas civiles, se torna así similar a la lucha que mantienen los peritos psiquiatras de parte, para proteger el derecho al recupero de salud mental de los declarados inimputables (art.34, inc.1° del C.P.) en el fuero penal, área en la que no pocos médicos forenses, mantienen a rajatablas la postura alienista, abiertamente rechazada en forma reiterada por numerosos fallos en todos los distritos judiciales, algunos de éstos, comentados recientemente y —en especial— por el distinguido penalista Frías Caballero (cfr. La Ley, 12 de agosto de 1991).

Creada la maraña burocrática, poco o nada puede hacer el psiquiatra o el psicólogo clínico tratante, para liberar al paciente, si su estado lo justifica, de tal situación. Sólo le queda el proseguir con una conducta de apoyo y contención, a la vez que facilita las denominadas "salidas con permiso prolongado".

En cuanto a la responsabilidad en torno a la internación del paciente mismo, la práctica está señalando que el profesional, con notable frecuencia, se encuentra entre Scylla y Caribdis, ya que si no recomienda una internación oportuna, corre el riesgo posterior, de ser incriminado por no haberlo hecho, ante la aparición de conductas suicidas o daños a terceros.

Si lo hace, en cambio, puede ser desautorizado luego, por equipos integrados por profesionales oficiales, seleccionados a dedo, no pocas veces carentes de conocimiento y de experiencia en el área, en quienes no pocos jueces se apoyan —para no realizar el esfuerzo de valorar, ta-

*Médico psiquiatra. Profesor Titular Regular de Psicología Forense de la Universidad de Buenos Aires. Miembro titular de la Academia Nacional de Ciencias.
Arroyo 504. 1° "B" Buenos Aires

rea específica de éstos— sin pensarlos dos veces.

Existen en particular casos, en donde la ley ha trabado por completo la posibilidad de una internación ágil, ya que día a día, todas las clínicas especializadas se tornan más y más reacias a recibir enfermos que se internan voluntariamente, para partir al día siguiente, embebidos de patología peligrosa para sí y para terceros, amparándose en el concepto de la internación voluntaria.

También se torna ello difícil, en los casos en que el enfermo es violento, no tiene conciencia de enfermedad y se niega a toda internación. En estas últimas situaciones, es la familia la víctima, ya que los médicos procuran no extender los certificados sin estudios profundos, los que no pueden realizarse, precisamente debido a la peculiar situación del paciente.

Dentro de tal contexto, es indudable que, aunque loable en su intención, la ley “de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que padecen sufrimiento mental”, recientemente sancionada por la provincia de Río Negro, puede contribuir a crear —en la práctica— instancias y marañas burocráticas, aunque el discurso del texto legal, procure lo contrario.

Quien esto escribe, posee matrícula rionegrina y ha ejercido la psiquiatría en la zona cordillerana de la provincia, años atrás, cuando internar un paciente, obligaba a remitirlo a Neuquén o a Bahía Blanca. De modo que tiene una larga experiencia en atención de psicóticos alienados, circulando por las mesetas, valles y montañas, e internándolos por cortos períodos —con el consiguiente terror de los colegas no psiquiatras— en sanatorios ordi-



narios, para goteos e impregnaciones que permitieran luego un acceso psicoterápico adecuado.

También, quien esto escribe, ha bregado durante años, para que cuadros depresivos severos, puedan recibir tratamientos ambulatorios, o por cortos períodos, en sanatorios y clínicas ordinarias, y no en establecimientos destinados a alienados o psicóticos graves.

La nueva ley rionegrina, pese a todo, puede llegar a impulsar la institucionalización del “Hospital de Día”, entidad que, tarde o temprano, pondrá en evidencia que, en torno a un psicótico —alienado o no—, gira —oculta— la “familia psicotizante”, responsable, más que los psiquiatras, de internaciones indebidas, prolongadas innecesariamente, o netamente innecesarias.

En cuanto tienda a descubrir y tratar al grupo psicotizador, más que “al psicótico”, la ley puede apuntar a algo nuevo y en ello estriban las esperanzas.

Se torna empero difícil admitir, en la Argentina psicotizada de 1990/1991, que una ley pueda modificar situaciones que otras leyes no han podido subsanar, ya que, en este cosmo caos que se vive, sobran leyes jamás cumplimentadas.

Lamentablemente, la experiencia diaria, y la prudencia, ponen en guardia contra los “collages” legislativos que emergen a diario en el horizonte nacional, sobre todo cuando estas creaciones son producto, más que de una reflexión sólidamente fundada en un serio y documentado asesoramiento, del trueque estilo “mercado persa” en que se ha convertido —lamentablemente— la “circunstancia política nacional” ■

TEXTOS DE LA LEGISLACION VIGENTE

Ley 22.914. Salud pública

Personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos. Normas que regulan su internación en establecimientos asistenciales. Ambito de aplicación.

INTERNACION Y EGRESO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL

Art. 1º.— Casos de internación: La internación de personas en establecimientos públicos o privados de salud mental o de tratamiento para afectados de enfermedades mentales, alcohólicos crónicos o toxicómanos, sólo se admitirá:

- a) Por orden judicial;
- b) A pedido del propio interesado o su representante legal;
- c) Por disposición de la autoridad policial en los supuestos y con los recaudos establecidos en el segundo párrafo del art. 482 del Cód. Civil;
- d) En caso de urgencia, a pedido de las personas enumeradas en los incs. 1 al 14 del art. 144 del Cód. Civil.

Art. 2º.— Instancia propia o del representante legal. La internación a pedido del propio interesado o de su representante legal deberá ajustarse a las siguientes disposiciones:

a) El peticionante suscribirá una solicitud de internación ante el director del establecimiento o quien lo reemplace, presentando con ella un dictamen médico que identifique al posible internado, efectúe su diagnóstico y de opinión fundada sobre la necesidad de internación;

b) Admitida la internación el director del establecimiento deberá.

1. Efectuar dentro de las cuarenta y ocho (48) horas su propio dictamen médico o convalidar el de otro facultativo del mismo establecimiento;

2. Comunicar dentro de las setenta y dos (72) horas al Ministerio de Menores e Incapaces la internación efectuada

cuando se trate de alguna de las circunstancias contempladas en los arts. 141, 152 bis, incs. 1 y 2 ó 482, párrafos 2º y 3º del Cód. Civil; o en el caso de constar que la misma persona ya había sido internada con anterioridad. Con tal comunicación acompañará copia de los dictámenes médicos producidos.

3. En cualquier otro caso si la internación superara los veinte (20) días deberá formularse igual comunicación; c) Si el internado estuviera sujeto a tutela o curatela, su representante deberá comunicar al juez de la causa la internación efectuada dentro de las veinticuatro (24) horas de producida.

Art. 3º.— Disposición de la autoridad policial. Cuando la internación hubiese procedido por disposición de autoridad policial el director del establecimiento deberá efectuar su propio dictamen médico o convalidar el de otro facultativo del mismo establecimiento e informar dentro de las veinticuatro (24) horas del comienzo de la internación al Ministerio de Menores e Incapaces, acompañando copia del dictamen y el del médico oficial dispuesto previamente por la autoridad policial.

En el sexto día de la internación, de no mediar notificación judicial ordenando mantenerla, el director del establecimiento comunicará tal situación al Ministerio de Menores e Incapaces interviniente, y si dentro del tercer día siguiente no recibiere la orden judicial referida, por su sola autoridad dispondrá el cese de la internación, notificando de ello al internado o a su representante legal.

Art. 4º.— Casos de urgencia. En los casos de urgencia a que se refiere el inc. d) del art. 1 se observarán las siguientes disposiciones:

a) Las personas facultadas deberán pedir la internación por escrito firmado ante el director del establecimiento o quien lo reemplace, quien accederá o rechazará fundadamente;

b) Producida la internación, el solicitante deberá comunicarla al Ministerio de Menores e Incapaces, dentro de las veinticuatro (24) horas.

c) El director del establecimiento procederá en estos casos de igual modo al establecido en el art. 3. De no mediar orden judicial en contrario y aunque no hubieren vencido los plazos establecidos en el artículo citado, dispondrá por su sola autoridad que la internación cese tan pronto desaparezcan las causas que la justificaron, notificando de ello al interesado o a su representante legal y al Ministerio de Menores e Incapaces.

Art. 5º.— Dependencia judicial. Cuando el internado se encuentre bajo la autoridad judicial, cualquiera sea el origen de la internación, el director del establecimiento:

a) Deberá informar al juez de la causa con una periodicidad no mayor de cuatro (4) meses, sobre las novedades que se produzcan en la historia clínica del internado;

b) Podrá autorizar salidas o paseos a prueba, si los juzga convenientes y el grado de recuperación del internado lo permite, individualizando con precisión a la persona responsable de su cuidado fuera del establecimiento e informando al juez dentro de las veinticuatro (24) horas;

c) Requerirá autorización judicial para disponer el alta provisoria, la transferencia del internado a otro establecimiento o su externación definitiva.

Art. 6º.— Comunicación. Toda internación será comunicada inmediatamente por el director del establecimiento a los parientes del internado u otras personas que éste indique.

Art. 7º.— Historia clínica. La dirección del establecimiento confeccionará una historia clínica de cada internado, en la que constará con la mayor precisión posible: sus datos personales, los exámenes

verificados, el diagnóstico y el pronóstico, la indicación del índice de peligrosidad que se le atribuya, el régimen aconsejable para su protección y asistencia, las evaluaciones periódicas del tratamiento, y las fechas de internación y egreso.

A la historia clínica se agregarán:

a) Las solicitudes de internación y egreso. Deberán conetener los datos personales del peticionante;

b) Las órdenes judiciales y las disposiciones de la autoridad policial;

c) Copia de las comunicaciones y notificaciones a que se refiere esta ley, con las constancias de su recepción por los destinatarios.

Art. 8º.— Visitas. El internado podrá ser siempre visitado por su representante legal o por el defensor especial previsto en el art. 482 del Cód. Civil. Tales visitas no podrán ser impedidas.

Art. 9º.— Impreso judicial de oficio. Los jueces impulsarán de oficio y con la mayor celeridad las actuaciones judiciales relativas a las personas comprendidas en la presente ley.

Art. 10.— Inspección judicial. Los jueces inspeccionarán los lugares de internación y verificarán las condiciones de alojamiento, cuidado personal y atención médica.

Art. 11.— Egreso de los internados. Los jueces dispondrán de oficio todas las medidas apropiadas a fin de que las internaciones se limiten al tiempo indispensable requerido por las necesidades terapéuticas y la seguridad del internado y de terceros. El Ministerio de Menores e Incapaces y en su caso, el defensor especial del art. 482 del Cód. Civil, serán notificados de las disposiciones que se adopte.

El director del establecimiento en infirme fundado, hará saber cuando el internado se encuentre en condiciones de egresar y, de ser posible, propondrá a quienes tengan mayor idoneidad para hacerse cargo de él o, en su caso, manifestará lo innecesario de esta previsión. El juez, previa vista al curador y al Ministerio de Menores e Incapaces, resolverá con preferente despacho.

Art. 12.— Funciones del Ministerio de Menores e Incapaces. Los asesores de menores e incapaces deberán:

a) Visitar los establecimientos de internación de las personas que se encuentren bajo su representación promiscua, toda vez que fuera necesario y al menos cada seis (6) meses, verificando la evolución de su salud, el régimen de atención, las condiciones de alojamiento, el cuidado personal y la atención médica que reciben, informando al juez interviniente;

b) Promover según corresponda el

proceso de declaración de incapacidad por demencia o la información sumaria, prevista por el art. 482 del Cód. Civil, así como la rehabilitación de los incapaces;

c) Controlar el trámite de las actuaciones en que interviene, requiriendo las medidas conducentes al mejor tratamiento y cuidado de los internados, así como la administración y custodia de sus bienes y, tan pronto sea pertinente, solicitar el cese de las internaciones.

Art. 13.— Responsabilidad de los directores de establecimientos asistenciales. El incumplimiento total o parcial de los deberes que la presente ley impone a los directores de los establecimientos asistenciales, será puesto en conocimiento de la autoridad a la que compete el ejercicio del poder de policía sanitaria y, en su caso, de la autoridad judicial correspondiente en lo criminal y correccional.

Los jueces y el Ministerio de Menores e Incapaces deberán denunciar de inmediato a aquellas autoridades, las inobservancias que lleguen a su conocimiento.

Art. 14.— Centro de observación. El Ministerio de Justicia estudiará la posibilidad de constituir un Centro de observación para recibir a las personas cuya internación se inicie con intervención de la autoridad policial, observándose en ese caso las disposiciones de los arts. 3 y 4.

Art. 15.— Ambito de aplicación. La presente ley se aplicará en la Capital Federal y en el Territorio nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

El Poder Ejecutivo Nacional informará a los gobiernos de las provincias del texto y los fundamentos de la presente, a fin de que se contemple la posibilidad de implementar una legislación similar.

Art. 16.— Comuníquese, etc.

Sanción y promulgación: 15 setiembre 1983.

Publicación: B. O. 20/IX/83

Ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental

La Legislatura de la Provincia de Río Negro sanciona con fuerza de Ley

CAPITULO I

Principio general

Artículo 1º.— La provincia promueve un sistema de salud que atendiendo a la entidad total y plena del ser humano, garantice el tratamiento y rehabilitación de las personas de cualquier edad con

sufrimiento mental.

Los establecimientos públicos y privados, los profesionales en el ejercicio privado de las ciencias de la salud relacionadas con la atención y tratamiento de las personas con sufrimiento mental, deberán cumplimentar el régimen establecido en la presente.

Queda prohibido la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos, o cualquier otro equivalente, público o privado, que no se adecue a los principios individualizados en la presente Ley.

La internación se concibe como último recurso terapéutico y luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas previas. En caso de ser imprescindible la internación, se procederá con el objeto de lograr la más pronta recuperación y resocialización de la persona debiendo procurarse en todos los casos que el tiempo de su duración se reduzca al mínimo posible.

La internación implicará que se tienda permanentemente a lograr la extirpación de la persona y su tralamiento ambulatorio. La reinserción comunitaria de quien resulte internado deberá constituir el eje y causa de esta instancia terapéutica, teniendo en cuenta la singularidad de la persona humana sus diversos momentos vitales y sus potencialidades de autonomía.

La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de su reinserción comunitaria, constituyen el fin último de esta ley y de todas las acciones que de ella se desprenden.

Artículo 2º.— Las órdenes judiciales referidas a las personas mencionadas en el artículo anterior serán emitidas y cumplimentadas con estricto ajuste a la presente normativa.

Artículo 3º.— La autoridad de aplicación de la presente ley será el Consejo Provincial de Salud Pública.

Previendo la reglamentación, la descentralización operativa y funcional, sin que ello obste a la actividad conjunta a realizar con el Poder Judicial en los casos-sujetos a la jurisdicción de este último, los que se regulan específicamente.

Artículo 4º.— El Poder Ejecutivo en el plazo de ciento veinte (120) días procederá a la reglamentación de la ley. Las distintas reparticiones, entes autárquicos o demás jurisdicciones administrativas involucradas en el proceso de promoción sanitaria y social de las personas alcanzadas por la presente normativa, formarán parte responsable en los niveles de acción, ejecución, programación, seguimiento y control que se definen en la reglamentación.

En los casos de requerimientos judi-

ciales todos los estamentos administrativos comprendidos en la promoción sanitaria y social, de personas con sufrimiento mental sujetas a la jurisdicción judicial, deberán disponer los medios que le sean solicitados en los plazos que terapéuticamente se establezcan y hayan sido receptados por la requisitoria judicial, de conformidad a lo establecido en la presente.

Artículo 5°.- Se asegurará y procurará el mantenimiento de los vínculos, contactos y comunicación de las personas cuya promoción procura esta ley con sus familiares directos y amistades. En los casos en que las personas con sufrimiento mental se hallaran bajo jurisdicción judicial gozarán de esta misma garantía salvo el caso en que terapéuticamente procediera un distanciamiento parcial y temporario, necesario en beneficio de la persona involucrada.

Artículo 6°.- La promoción laboral y el trabajo de las personas alcanzadas por la presente ley constituyen un derecho y un recurso terapéutico, por ende la Provincia garantizará la implementación de los medios adecuados para el acceso al trabajo, como uno de los factores esenciales tendientes a la recuperación de las personas con sufrimiento mental.

Artículo 7°.- La autoridad de aplicación procurará de modo permanente y concreto la recuperación de los vínculos sociales de las personas con sufrimiento mental. Asegurará el acceso —cuando no pudiera procurárselo por sí mismo— a la vivienda, educación y capacitación laboral, beneficios previsionales, salud, medicamentos y todo otro elemento necesario para este fin, como modo de garantizar la promoción humana y condiciones de vida dignas a personas con sufrimiento mental.

CAPITULO II

Equipos terapéuticos y promocionales

Artículo 8°.- Integrarán los equipos terapéuticos y promocionales los trabajadores de Salud Mental de la Provincia como responsables operativos. Estos coordinarán y ejecutarán las tareas necesarias con el conjunto de los agentes de salud y demás miembros de la comunidad. La conducción de estos equipos terapéuticos se asignará por concurso.

El Consejo Provincial de Salud Pública fijará dentro de sus pautas presupuestarias el recurso humano de enfermería, agentes sanitarios, técnicos y profesionales necesarios para el cumplimiento de los objetivos propuestos en la ley, como así también su capacitación y actualización.

Artículo 9°.- Los equipos deberán evaluar a las personas que se presentan con sufrimiento mental para determinar la estrategia terapéutica más adecuada. Contemplarán las situaciones en términos singulares para cada individuo y de acuerdo a sus diferentes momentos proponiendo tantas estrategias como necesidades plantee.

Artículo 10°.- La provincia desconoce como válido todo medio terapéutico cualquiera fuere su naturaleza, destinado exclusivamente a obtener la estabilización, claustración o reclusión de las personas como fin en sí mismo, desvinculado del propósito social contenido en esta Ley.

La Provincia garantiza a sus habitantes el acceso gratuito a las alternativas terapéuticas que en cada caso corresponda asegurándose a este respecto el tratamiento igualitario de todas las personas sin discriminaciones de ninguna naturaleza.

La autoridad de aplicación dispondrá el funcionamiento de lugares de rehabilitación y resocialización de pacientes en ciudades de la Provincia, a determinar por la reglamentación de la presente Ley.

Artículo 11°.- Los recursos terapéuticos se deberán proveer, para su correcta efectividad, en el lugar habitual de residencia de la persona o en el más cercano. La familia, vecinos o amigos, familia sustituta, como toda otra expresión de la organización comunitaria son parte activa para la recuperación de la persona con sufrimiento mental.

Su responsabilidad y rol específico se establecerán en la estrategia terapéutica para cada caso.

Artículo 12°.- Para las personas con sufrimiento mental y sujetas a la jurisdicción judicial, se prevé la creación de pequeños espacios por jurisdicción para la internación completa, cuando ésta resulte necesaria conforme lo establecen los artículos 1 y 13. Se deberá proveer a estos espacios de todos los recursos humanos y materiales necesarios así como específicos, debiendo encontrarse instalados los mismos en sitios adecuados para sus fines y funcionamiento.

Artículo 13°.- Además de lo preceptuado por la legislación de fondo vigente, la Provincia promoverá en los procesos judiciales la recuperación de las personas con sufrimiento mental sujetas a su jurisdicción para lo que el juez actuante dará intervención a tales fines a los equipos terapéuticos y medios que la autoridad sanitaria destine a tales efectos.

Artículo 14°.- Es deber de los jueces que ejerzan jurisdicción presente sobre las personas con sufrimiento mental, procurar la aplicación de todos los medios de terapia y promoción sanitaria y

social que cree esta ley, y su reglamentación, a instancia del equipo terapéutico interviniente.

Artículo 15°.- A los fines de lo dispuesto en los artículos 13° y 14, los jueces con competencia en cada caso ordenarán la participación, auxilio y asistencia de los equipos terapéuticos, así como la de la autoridad de aplicación cuando las circunstancias lo requieran.

El juzgado interviniente hará aplicar en cada caso la estrategia terapéutica aconsejada por el equipo y a solicitud de éste o de la autoridad de aplicación podrá requerir de los organismos involucrados en su Cumplimiento, todas y cada una de las acciones previstas para el logro de la estrategia de recuperación y promoción establecida.

Artículo 16°.- Los Asesores de Menores y Defensores Generales y Oficiales, además de las funciones que les asignan las leyes de forma y de fondo, en los procesos judiciales que afecten a personas con sufrimiento mental tendrán directa participación en la tutela del cumplimiento de lo establecido en el artículo 13°, interviniendo ante el juez a instancias del equipo terapéutico, la autoridad de aplicación o el integrante del Departamento Médico Forense Judicial para preservar los fines de esta Ley o reestablecer los derechos conculcados que la misma crea en forma de las personas sujetas al tratamiento.

El Departamento Médico Forense de cada circunscripción judicial, a través de sus integrantes y en la forma que determine el reglamento judicial, tomará contacto personal con aquellos internados a que alude el párrafo anterior.

Artículo 17°.- En los casos necesarios de internación de personas con sufrimiento mental el equipo terapéutico deberá, al elevar su dictamen al juez interviniente, aconsejar el respectivo plazo de internación.

Artículo 18°.- En el supuesto de la internación policial de urgencia conforme lo establece el artículo 482 del Código Civil, el Director del hospital del lugar y la autoridad policial deberán dar aviso al juez competente, el cual convocará al equipo terapéutico del área, en un plazo no mayor de veinticuatro (24) horas, período durante el cual la persona quedará alojada en el ámbito hospitalario o en el lugar que la guardia hospitalaria preventivamente establezca, debiéndose garantizar los aspectos vinculados a espacio físico, recursos humanos y terapéuticos en general que por el caso correspondan.

El plazo mencionado podrá extenderse hasta setenta y dos (72) horas en casos en que no hubiera equipo terapéutico en la localidad donde se encontrara alojado, dentro del mismo el órga-

no de aplicación propondrá el equipo de salud responsable de su tratamiento.

Las citadas autoridades procurarán la pronta y efectiva comunicación a los familiares, amigos o vecinos de la persona preventivamente internada.

El juez actuante, con intervención del Ministro Pupilar y del equipo terapéutico del área en un plazo que no exceda los siete (7) días de producida la internación deberá hacer efectivizar la estrategia terapéutica propuesta para el caso con los equipos y medios que prevé esta ley y su reglamentación.

En el caso de que los jueces penales deban disponer medidas de seguridad en los distintos supuestos que establece el artículo 34°, inciso 1) del Código Penal, regirán idénticos principios que los enunciados en el anterior párrafo, en la medida que lo permita el estado de la causa.

Artículo 19°.- En estos casos y cuando correspondiera, todas las medidas cautelares y aun la promoción del juicio de insania o inhabilitación, lo serán preservando el derecho inalienable de la persona con sufrimiento mental a ser sujeto de la instancia de promoción sanitaria social que prevé la presente ley.

Artículo 20°.- Todo establecimiento asistencial público o privado que reci-

biera internación voluntaria de personas o a pedido de familiares, que pudieran estar alcanzadas por la presente ley, deberán comunicar fehacientemente y por escrito dentro de las veinticuatro (24) horas o en el menor tiempo que permitan los medios disponibles, al Juzgado Civil o en su ausencia al Juzgado de Paz más cercano y a la autoridad de aplicación el hecho, a fin de que se garanticen la asistencia y promoción que se establece por la presente. A tal efecto y dentro de las veinticuatro (24) horas los juzgados comunicarán la novedad a la autoridad de aplicación.

Artículo 21°.- Las personas declaradas insanas o a las que se les hayan impuesto medidas de seguridad no podrán ausentarse de la Provincia sin autorización del Juez de la causa, salvo supuestos de urgencia que deberán ponerse en conocimiento de los Ministerios Públicos o del juez interviniente con la mayor brevedad. En casos de plantearse disensos entre los representantes del enfermo o sus guardadores y las autoridades o profesionales encargados de la aplicación de esta ley, o bien entre estos, con tal motivo decidirá el juez sumariamente respetando el derecho de defensa y el principio de certeza previa intervención del equipo terapéutico titular o el reemplazante en su caso. La in-

terpretación de este artículo será restrictiva y se conferirá la autorización en consideración al bien del enfermo cuidando que el traslado no sirva para encubrir su extrañamiento o para burlar las finalidades tutelares que se consagran en la presente ley.

Artículo 22°.- En el lapso de dos (2) años a partir de la promulgación de la presente el Poder Ejecutivo implementará las medidas necesarias a los fines de trasladar a la Provincia de Río Negro a todas aquellas personas con sufrimiento mental que estuvieran internadas por orden judicial fuera del territorio provincial.

Artículo 23°.- Créase la comisión mixta para la promoción y evaluación permanente de la aplicación de la presente ley integrada con representantes de los sectores intervinientes. Esta comisión propondrá las enmiendas que estime adecuadas antes del 10 de diciembre de 1993.

Artículo 24°.- Comuníquese al Poder Ejecutivo y archívese.

Dada en la Sala de Sesiones de la Legislatura de la Provincia de Río Negro, en la ciudad de Viedma, a los once días del mes de setiembre de mil novecientos noventa y uno ■



LA PELIGROSIDAD

de los enfermos mentales en los fueros del derecho civil y del derecho penal

*Exequía Bringas Núñez**

Los efectos de las terapéuticas psiquiátricas y de las diversas técnicas y métodos asistenciales han contribuido a "desprejuiciar" la locura del concepto de la peligrosidad del loco para sí, para los demás, y para la tranquilidad pública.

Esto se refleja en un cambio de actitud de la sociedad para él, que se pone de manifiesto en la participación de la familia y de diversos sectores de la comunidad, en tratamientos practicados en el propio medio de residencia, sin tener que recurrir a su segregación y encierro en alguna institución psiquiátrica. Es así que hoy podemos hablar de hospitales psiquiátricos de puertas abiertas; de tratamientos ambulatorios en un régimen de libertad; de servicios psiquiátricos y de psicopatología en hospitales generales; de hospitales de día y hospitales de noche; de tratamientos de seguimiento en el seno de la familia; de la participación de la comunidad en la resocialización del paciente; de talleres protegidos, etc.

Simultáneamente se operan cambios profundos en la vida interna de las instituciones psiquiátricas, en virtud de los cuales se han esfumado las imágenes de los cuadros "dantescos", característicos de los viejos asilos e instituciones manicomiales.

La peligrosidad del "loco", que hace más de noventa años hacía decir a Krapelin que "todo alienado constituye un peligro para sus cir-

cundantes y que ellos son los inductores de los crímenes contra el pudor, de incendios, de robos, estafas, etc.", y que lo hacían lamentarse por la "menguada eficiencia del poder terapéutico contra el terrible adversario", constituye en la actualidad un mito social y jurídico, nacido en sociedades primitivas de la urdimbre de creencias mágicas, sobrenaturales e irracionales para explicar la locura: "fomentado en sus orígenes, —dice Foucault—, por una sociedad que se abrogaba el derecho de pautar conductas y codificar lo normal y lo anormal; el peligroso y el manso, el bueno y el malo, el sumiso y el rebelde, el que debe sufrir el castigo del encierro por su rebeldía y el que debe recibir el premio de la libertad por su sumisión".

Hoy no podemos lamentarnos, como Krapelin lo hacía, porque la reconocida eficacia de las terapéuticas psiquiátricas de las que actualmente disponemos, el mejor conocimiento de los factores sociales, familiares y laborales que influyen en los desarreglos de las conductas sociales de los enfermos mentales y una actitud de comprensión y tolerancia de la comunidad y la familia hacia ellos, facilita la convivencia y el ajuste de sus comportamientos.

Ello sin embargo, en el campo de la Psiquiatría Forense aún pervive en el discurso y en la práctica el concepto de la peligrosidad del "loco", que se ha incorporado en el cuerpo de sus saberes como una "verdad establecida", a través de la legislación y disposiciones jurídicas que atañen a los intereses de los enfermos mentales.

Existe por esto una falta de coincidencia del significado que tiene la

internación del enfermo mental para psiquiatría asistencial y del que tiene para el Derecho.

El interés que lleva al psiquiatra a suscribir un certificado, un dictamen o un informe pericial proponiendo la internación de un enfermo mental no debe ser otro que el de poder brindarle los recursos asistenciales y terapéuticos para su curación y cuidado, que de otra manera no serán posibles.

El interés médico, pues, no va más allá de esos objetivos, entendiéndose que la internación en esas condiciones protegen al paciente de los inconvenientes que la enfermedad pudiera ocasionar para sí (no tratarse por falta de conciencia de la enfermedad, entre otros motivos), para los demás y para la tranquilidad pública, es decir, de lo que sería para la Ley la peligrosidad.

La internación del enfermo mental para la psiquiatría asistencial debe concebirse, entonces, como un acto médico por excelencia que procura, repito, proveer al paciente de los recursos necesarios para la solución total o parcial, definitiva o transitoria, al problema de salud mental que lo afecta. Siendo así, otros motivos que se invoquen, fuera de lo estrictamente médico asistencial, como sería la peligrosidad, desvirtuaría la ética y el significado de un acto que se inscribe en una de las instancias corrientes de las prácticas médicas.

Para el Derecho la internación del enfermo mental es un acto que compromete la libertad individual que debe proteger y, a la vez, es una medida para resguardar de su peligrosidad a su propia persona, a las demás y al orden social.

El agregado al art. 482 del Código

*Médico Psiquiatra. Profesor Emérito de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Ex Profesor Titular de Clínica Psiquiátrica de la Fac. de Ciencias Médicas de la U.N.C. Figueroa Alcorta 95, 5º A - Córdoba - Tel. (051) 31640

Civil establece con precisión los recaudos que deberán adoptarse para la internación de dementes (enfermos mentales), alcoholistas crónicos y toxicómanos con el objeto de legitimar la privación de la libertad, sujeto el procedimiento a la intervención del juez, previa información sumaria y dictamen médico oficial.

La inobservancia de esos recaudos legales, como ocurre generalmente, tanto en establecimientos oficiales como privados, en mi opinión, obedece, quizás, a los requerimientos que plantean nuevas formas y modelos de prácticas terapéuticas asistenciales para responder a nuevas formas y tipos de patologías.

Hoy las internaciones son por lo general breves, en servicios e instituciones abiertas, donde no rige la clausura ni la incomunicación con la familia y el medio social.

El tiempo apremia para constituir terapéuticas que posibiliten continuarlas en forma ambulatoria, en consultorios externos, en el seno de la familia y de la comunidad.

El crédito de la psiquiatría contemporánea no pasa por la "elegancia" edilicia de las instituciones psiquiátricas, o por la seguridad de sus rejas, la altura de los muros que les rodean o por la eficiencia de sus funciones custodiales, sino por la eficacia y celeridad de los tratamientos que se instituyen y por la movilización de los recursos humanos que se ponen al servicio de la pronta recuperación de la salud mental. En ese quehacer, la internación deja de ser un fin que se termina y agota en el encierro, y pasa a ser una pieza importante del aparato terapéutico institucional.

En esta movilización de recursos en pro de la recuperación de la salud mental, suele ocurrir que la familia del paciente se muestre reacia a aceptar la intervención judicial que

legitime la internación, por temor a que esa intervención empañe la transparencia del significado de un acto médico por excelencia, asociándolo con la idea de la peligrosidad. Ello sin embargo, toda internación compulsiva sin dar intervención a la justicia, constituye el delito de privación ilegítima de la libertad.

Las internaciones psiquiátricas en las condiciones en que hoy se realizan asumen las características similares a las de otras ramas de la medicina, sin que pesen sobre ellas las

pericial, del que surgirá la evaluación de la capacidad psíquica de culpabilidad del prevenido de acuerdo a lo establecido en el art. 34 del Código Penal.

El reconocimiento por los peritos en el prevenido de un estado mental patológico que, en el momento del hecho delictivo, le privó de la capacidad de comprender la criminalidad del acto y dirigir sus acciones adecuadamente en un plano volitivo, racional y conciente, constituirá una prueba idónea que confor-

mará los elementos de juicio de los que el juez dispondrá para dictaminar la imputabilidad o la inimputabilidad del prevenido.

El concepto de peligrosidad adquiere su máxima resonancia en el fuero del Derecho Penal, del que se hace eco el art. 34 del Código Penal.

La peligrosidad de un enfermo mental quien por el estado morboso de sus facultades mentales haya cometido un delito, marca a fuego el destino de su libertad, porque de la misma manera que fue válida para declararle inimputable y disponer su encierro en una institución psiquiátrica, también

lo es para mantenerlo privado de la libertad, más allá de haber desaparecido las causas médicas psiquiátricas que motivaron su internación.

El destino de un ser humano que habiendo estado loco cometió un desatino, quedará signado por el estigma de su peligrosidad y a quienes tocará intervenir en los problemas que se plantean en ese terreno será a los expertos psiquiatras y psicólogos cuando, desde sus funciones de peritos, deban expedirse sobre si ha desaparecido el peligro para sí y los demás, como condición para resolver la libertad del internado (art. 34, 2ª parte, del Código Penal).

Tal condición significa recabar de los peritos un pronunciamiento categórico de las conductas futuras del



sospechas de un acto de encierro represivo por peligrosidad.

La Psiquiatría y el Derecho Penal tienen aspectos comunes en sus quehaceres. En el curso de los trámites procesales, los expertos psiquiatras y psicólogos tendrán que dictaminar, en su función de peritos, sobre la salud mental del prevenido; de si debe vérselo como un loco criminal o como un criminal "normal"; si es peligroso y cómo protegerse de esa peligrosidad; si corresponde encerrarlo en un manicomio con el eufemismo de restaurar su salud mental y recuperarlo para la sociedad o encerrarlo en la cárcel como castigo.

La imputabilidad es un concepto jurídico de base psicológica, cuya definición se obtiene del informe

internado, y nadie que se sienta responsable del destino de la libertad de un ser humano, podrá hacerlo, porque para ello tendrá que aventurar pronósticos de comportamientos futuros, con elementos subjetivos, irracionales y acientíficos.

La falta de respuesta al requerimiento de la afirmación de la desaparición de la peligrosidad del internado para recobrar la libertad, será motivo para mantenerlo encerrado en un manicomio, vegetando sin sentido, a la espera de que desaparezca una supuesta peligrosidad, lo que sólo ocurrirá con la muerte o el encierro definitivo.

Esta situación (mantener el encierro de una persona por el "acaso" que pueda dañarse a sí y a los demás), constituye una flagrante violación de los derechos humanos por parte de quienes tienen la obligación de respetarlos y hacerlos respetar.

Dice Foucault que "un saber, unas técnicas, unos discursos pseudocientíficos, se forman y entrelazan con la práctica del poder de encerrar y castigar, que comparten psiquiatras, psicólogos, magistrados, policías, familiares y otros personajes". Esto mismo sirve para mantener en encierro a cuántos internados que por orden judicial pasan sus vidas en los manicomios por una peligrosidad que jamás desaparecerá porque sólo existe como un concepto mítico asociado a la locura? En todo esto, el psiquiatra se convierte en un "agente legítimo" de segregación y opresión social.

El delito, a riesgo de incurrir en una simpleza, debo decirlo, es un acto del comportamiento humano, condicionado por un conjunto de factores biológicos, socioeconómicos, vivenciales, familiares, sociales, psicodinámicos, etc., en constante movimiento e interacción, que habiéndose dado en un momento en la vida del enfermo lo llevaron a actuar en un sentido, sin que nadie pueda asegurar su reiteración en el futuro.

La conducta humana no debe ser concebida como algo inmóvil, estático y por lo tanto sujeta a programación, sino como una síntesis funcional en constante movimiento y transformación en un juego dia-

léctico sujeto-mundo. Esto mismo ocurre en el enfermo mental, lo que lleva a suponer que lo que se dió en un momento de su vida, incluso lo que afectó su salud mental y predispuso su conducta delictiva vuelva a repetirse. Nadie está, por lo tanto, en condiciones de afirmar responsablemente que dicha conducta se producirá en un futuro previsible.

Con referencia a la peligrosidad del loco, considero de gran interés la reseña histórica que hizo Emilio Vidal Abal, entonces Director del "Asilo Colonia Mixto de Alienados" de Oliva, actual Hospital Colonia "Emilio Vidal Abal", de la Prov. de Córdoba, en ocasión de celebrar el 4 de julio de 1934 los veinte años de la iniciación de las actividades de la Colonia (14 de julio de 1914). En ese escrito dice Vidal Abal que en ese período ingresaron a la Colonia 17.890 pacientes, existiendo al 4 de julio de 1934 una población de internados de 4.230.

En ese lapso de veinte años entre suicidios y tentativas de suicidio hubo una incidencia del 2,3%. Ocurrió un solo homicidio que se produjo a consecuencia de una reyerta entre dos internados que hacían trabajos auxiliares en la cocina central. En cuatro ocasiones se produjeron agresiones de cierta gravedad por parte de asilados contra empleados, utilizando herramientas de trabajo, en el lugar de las ocupaciones que desempeñaban los asilados. Estas agresiones no pusieron nunca en peligro la vida de los afectados. Fuera de estos casos resaltantes, los incidentes diarios entre internos no pasaron de los límites de una reacción simple, sin consecuencia alguna.

Los casos de automutilación (agresión contra sí mismo) estuvieron representados por una estadística muy pobre; en rigor de verdad, los cuatro casos registrados de verdadera importancia consisten en lesiones por maniobras de esquizofrénicos: necrosis de pene, lesiones por ligaduras de testículos, lesiones de esófago por ingestión de soda cáustica, secciones intencionales de la lengua.

Como delito sexual se produjo uno, entre un internado y una internada, que por circunstancias especiales, no fué de mayor importan-

cia. No se comprobaron en veinte años ultrajes al pudor, ni violaciones de menores hijos de empleadas que circulaban a todas horas por las avenidas de la colonia.

Dentro del predio de la institución la mayor parte de los pacientes circulaban en libertad. Cabe destacar que todo esto ocurría antes de la era de las terapéuticas psiquiátricas psicofarmacológicas.

Ahora, yo me pregunto, y cada uno tendrá su respuesta ¿qué población de 4.230 habitantes, donde ingresaron 17.830, puede exhibir en 20 años un índice tan bajo de delitos, como expresión de la peligrosidad de un pueblo?

Pienso que esto sólo puede ocurrir en un pueblo de locos, de malos, habitado por "diferentes" a nosotros los normales, donde andan en libertad los buenos.

En los dieciseis años que residí en esa misma Colonia con mi esposa y mis hijos pequeños, alternando diariamente con los pacientes, jamás fui objeto de una agresión física o verbal, sintiéndonos muy seguros en la convivencia con la "peligrosidad" de los locos. En este sentido puedo declarar con absoluta seguridad, que en la época de la última dictadura que vivimos los argentinos, nos hubiéramos sentido más seguros viviendo con la peligrosidad de los locos que con los "buenos" del régimen político impuesto por los "normales".

Pretendemos producir la transformación de los modelos asistenciales de la enfermedad mental con los nuevos aportes de las ciencias médicas y sociales. Consecuencia de ello es la institución de nuevos modelos asistenciales del enfermo mental, en los que se promueven y consolidan el respeto a la dignidad y a los derechos humanos de los enfermos mentales, hoy flagrantemente violados por el mito de su peligrosidad ■

JUICIO DE INSANIA

Rol del médico

Algunos antecedentes históricos



El sujeto que padece una afección psiquiátrica puede, por el solo hecho de vivir en sociedad, infringir las normas que regulan las relaciones entre los individuos que la componen. Esas normas están especificadas en los Códigos Penal, Civil, Laboral, etc.

Ya en el Derecho Canónico y en el Derecho Romano la figura del médico adquiere relevancia por que sólo él podía reconocer la enfermedad mental.

Zacchías era un Protomédico que vivió entre 1584 y 1659; fué consultado a menudo por el Tribunal de la Rota para que diera su opinión de experto en asuntos civiles y religiosos. En sus "Cuestiones Médico-Legales" redactada a mediados del siglo XVIII, expresa que sólo el médico es capaz de juzgar si un individuo está loco y qué grado de capacidad le deja su enfermedad. Dice:

"Un jurisconsulto puede reconocer un loco por sus palabras, cuando no es capaz de ponerlas en orden; puede reconocerlo también por sus acciones: incoherencia de sus gestos o absurdo de sus actos civiles; se habría podido adivinar que Claudio estaba loco con solo considerar que, como heredero había preferido Nerón a Británico. Pero ellos no son aún, más que presentimientos: sólo el médico podrá transformarlo en certidumbres. Tiene, a disposición de su experiencia todo un sistema de señales; en la esfera de las pasiones una tristeza continua e inmotivada denuncia la melancolía; en el dominio del cuerpo la temperatura permite distinguir el frenesí de todas las formas apiréticas del furor; la vida del sujeto, su pasado, los juicios que han podido hacerse sobre él desde su infancia, todo ello, cuida-

dosamente pesado puede autorizar al médico a ofrecer un juicio y a decretar si hay enfermedad o no. Pero la tarea del médico no termina en esta decisión; debe comenzar un trabajo más sutil. Hay que determinar cuáles son las facultades afectadas (memoria, imaginación, o razón) de qué manera y hasta qué grado. Así, la razón es disminuida en las fatuitas, queda pervertida en las pasiones, superficialmente y profundamente en el frenesí y en la melancolía; finalmente la manía, el furor y todas las formas mórbidas del sueño la suprimen por completo". Y "Siguiendo el hilo de estas diferentes cuestiones es posible analizar los comportamientos humanos y determinar en qué medida se les puede poner en la cuenta de la locura". "Al médico corresponde descubrir las marcas indudables de la verdad".

Si se transcribe tan largo párrafo es porque en él se apunta a un tema caro a la Psiquiatría y el Derecho: 1) El diagnóstico de enfermedad mental; 2) La capacidad y responsabilidad de las personas y 3) Quién es el encargado de lo primero y quién de lo segundo.

En Francia, para internar un enfermo mental hacía falta certificación médica y en 1603 en todas las ciudades importantes se nombraban dos médicos para los informes de justicia. Para proceder a una internación en la Bicêtre el Juez ordenaba la visita del médico al insensato.

En Inglaterra en 1733 se exige un certificado donde conste que el enfermo puede ser tratado. Pero en realidad el Juez de Paz puede dictar orden de internación. Pero en el transcurso del siglo, este rol del médico trabajando como colaborador de la justicia se va diluyendo y ante los Tribunales es más importante la opinión de familiares y vecinos. Cuando

en 1667 se crea el cargo de Teniente de Policía se estila conseguir una orden de internación de éste y con la firma de un ministro; pero el procedimiento más expeditivo es la carta de orden del Rey. Cuando en 1784 se limitan estas órdenes y se insiste en el procedimiento jurídico de la interdicción, esta ya no demanda ningún peritaje médico. Es un problema judicial (Artículo Interdío del Dictionnaire, ed. de 1769, pág. 48 a 50), y un Tribunal puede dictar la internación. La enfermedad mental se convierte así en un problema social más que médico, como el crimen, el escándalo y el desorden.

Desde aquella magistral exposición de Zacchías hasta nuestros días, mucho es lo que ha progresado la Medicina por un lado y el Derecho por otro. Líneas aparentemente divergentes pero que fueron encontrándose a partir de hombres como César Lombroso, Topinard, Enrico Ferri, Garófalo y tantos más. Estos encuentros no fueron fáciles y quedaron sometidos a los vaivenes del proceso histórico y a las ideas filosóficas imperantes en cada época. Así el idealismo Kantiano de un siglo y medio después de Zacchías, negaba la existencia de una psicología que pudiera adquirir el status de ciencia, ya que no se podía estudiar el espíritu en los registros que fundamentan la ciencia (el tiempo y el espacio), mientras que el psiquismo tiene uno solo: el tiempo. La acumulación de conocimientos por las Ciencias en general y la Medicina en particular permitió que recién en el siglo XIX la Psiquiatría fuera reconocida como tal y las enfermedades mentales incluidas en la Patología. Esto permite empezar una estrecha colaboración con el Derecho; para esto se ha tenido que imponer el conocimiento científico sobre las concepciones sobrenaturales de la enferme-

dad o a concepciones sociales que encerraban al loco con delincuentes comunes, blasfemos o libertinos, sin ninguna discriminación. La locura fue un hecho sobrenatural y social antes que médico.

En el siglo XVII el enfermo mental es un poseído por el demonio. Para Santo Tomás el demonio se posesiona del cuerpo; quemarlo, liberar el espíritu es el tratamiento adecuado. Después del Renacimiento el pensamiento cristiano evoluciona y habla de posesión del espíritu por el demonio. El tratamiento que incluye la internación es en salvaguarda de que el cuerpo no sea instrumento de un espíritu insano.

En el siglo XVIII la Enciclopedia dice: "La locura no es más que privación". El insano no es ya un poseído, es un desposeído. Surge entonces toda una concepción humanista con Pinel, Tuke, Cabanis, Chiarugi y Esquirol.

Si bien en un momento se llegó a confundir la culpabilidad y la locura (en el momento que la sociedad excluyó de su seno mediante encierro a los lujuriosos, homosexuales, venéreos, pródigos, libertinos, blasfemos, vilipendiosos, enfermos mentales, etc.) ahora la primera pasa a ser patrimonio del Derecho y la segunda de la Ciencia Médica. Es en el siglo XIX, con el surgimiento del positivismo y su influencia en las Ciencias que el sujeto de derecho coincide con el sujeto social. Ahora, si la locura es la incapacidad de reconocer lo verdadero, el loco se ve privado de la libertad, esa libertad que la Declaración de los Derechos del Hombre finalmente ha reconocido; pero estar alienado de hecho implica quedar alienado de derecho. El Código prevee la Interdicción. Liberado de las cadenas por Pinel queda amarrado al Derecho ■

C. C.

SALUD MENTAL:

Aportes para una reflexión oportuna

Lic. Manuela
Cabezas de Oviedo*
Dr. Horacio Bordenave**



Introducción

Desde principios de siglo, diferentes circunstancias sociales fueron dándole soporte a un discurso que cuestionó el orden manicomial en distintos países del mundo: Francia, Inglaterra, Estados Unidos, Italia. Contemporáneamente en nuestro país y coincidiendo con etapas democráticas o en proceso de democratización, fue planteándose ese mismo debate juntamente con el desarrollo de experiencias que transitaron desde la concepción del moderno hospital rehabilitador de Domingo Cabred hasta las Comunidades terapéuticas de principios de los '70.

Las distintas experiencias, con excepción de la italiana tienen la característica de haber coexistido con la modalidad manicomial, observándose que en la mayoría de los casos las propuestas novedosas y cuestionadoras del sistema concluyeron resignadamente, tiñéndose en su accionar de aquello que pretendieron revertir.

El advenimiento de la democracia en 1983, crea nuevamente en

nuestro país las condiciones para poner en tela de juicio el orden establecido en relación a la salud mental y la enunciación e implementación de nuevas propuestas cuestionadoras.

Dentro de ellas, cabe destacar de manera especial la experiencia llevada a cabo en la provincia de Córdoba, que introdujo en el seno de la comunidad, a la Salud Mental como enunciado de principios de política sanitaria y como valor ético y jurídico a defender.

Estos enunciados se vieron acompañados por un accionar concordante en las instituciones psiquiátricas, en los servicios de salud mental, hospitalarios y en los equipos de atención comunitaria, que se crearon.

Estas circunstancias constituyeron un verdadero desafío: el de conducir una experiencia que operara de forma de no repetir la historia de los intentos anteriores.

Era necesario plantearse de qué forma se implementaría la propuesta para hacer jugar armoniosamente, el conjunto de principios, las prácticas, los recursos y los canales

institucionales para lograr los objetivos planteados.

Una empresa de esta envergadura requiere de la reflexión constante y del aprendizaje permanente sobre los desajustes y experiencias frustradas, única forma de no transitar un camino que nos conduzca al mismo destino.

La participación durante los primeros cuatro años de la democracia en una comisión intersectorial integrada por profesionales de la Salud Mental y del Derecho, comisión que instrumentó una mecánica de reuniones semanales y de interconsultas inmediatas y constantes para casos especiales, nos permitió imaginar que el discurso orgánico y eficiente de la Salud Mental concurrendo con el de los derechos humanos, nos ponía a punto de encontrar en la realidad la respuesta institucional oportuna y solidaria, es decir, eficaz para el enfermo mental y realizadora de sus derechos fundamentales.

Un caso que nos alertó

La sentencia de incapacidad de Patricia fue dictada sobre la base de una pericia psiquiátrica que diagnosticaba en julio de 1987 "esquizofrenia procesual con una incapacidad superior al 75 %". En septiembre de 1989 la curadora renuncia a su función alegando razones de salud, excusa que luego se haría evidente como tal, a la luz de los acontecimientos inmediatos. Como la curadora renunciante no aportara datos de persona alguna que la pudiera

* Psicóloga. Ex Sub-Directora de Salud Mental de la Provincia de Córdoba.

** Abogado. Vocal de la Cámara 4ª en lo Civil y Comercial de la Provincia de Córdoba.

Ex integrantes de la Comisión Intersectorial de Justicia y Salud (Poder Judicial-Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba).

sustituir se hace comparecer ante el Tribunal a la propia Patricia quien impresiona como una persona lúcida (condición que para un lego en materia de psiquiatría es síntoma de normalidad). Consecuentemente se dispone una nueva pericia psiquiátrica a los fines de sentar la base fáctica para revertir la situación de incapacidad legal de Patricia. Como los psiquiatras forenses estimaron necesario que previamente se practicara una pericia psicológica y los psicólogos forenses advirtieron que no habían sido designados para entender en cuestiones ajenas al fuero penal, se produjo el letargo burocrático de la cuestión, puesto que Patricia no contaba con recursos suficientes como para disponer que los estudios pertinentes fueran efectuados por peritos de la lista, a los cuales había que abonarles sus honorarios.

Enredado el expediente en tales prolegómenos, sucede que llega a conocimiento del Tribunal por gestión de su prima Marta, que Patricia se había internado a los fines de tener familia. Marta refirió que algunos parientes pretendían que el niño que naciera fuera entregado a terceros ameritando antecedentes en tal sentido. Pidió entonces que el Tribunal protegiera los derechos de Patricia y de su hijo, manifestándose dispuesta a asumir el rol de curadora.

A la petición verbal de Marta, le sigue una formal presentación del Asesor Letrado quien invoca un certificado expedido por el Licenciado S., conforme al cual Patricia, pese a la enfermedad que padecía se encontraba en condiciones de comportarse y ejercer su derecho como madre. Consecuentemente, el Juzgado oficia al hospital M., haciendo saber que Patricia se encontraba bajo curatela y que el niño que naciera no podía ser retirado de la guarda y poder de su madre.

Simultáneamente se requirió información al hospital. El doctor R. expuso que esta persona era atendida en esa institución desde 1983. Reseña los tratamientos realizados, las internaciones y la evolución y con-

cluye afirmando que Patricia puede hacerse cargo de su hijo "siempre y cuando tenga un continente adecuado, esté acompañada por una persona responsable y esté bajo tratamiento psiquiátrico". El Servicio de Salud Mental del Hospital M., certifica que Patricia "impresiona como una persona lúcida ubicada tempor-espacialmente, colaboradora" y afirma que está en condiciones de hacerse cargo de su hijo si se le asegura una adecuada continuidad.

Planteadas así las cosas, estábamos ante la evidencia de un acuerdo ideológico de distintos actores y jurisdicciones, ante el levantamiento de una enorme barrera cultural construida en base a prejuicios y concepciones represoras, con lo que parecía tenerse, aparentemente, la vía expedita para concretar un destino diferente para Patricia.

Tal circunstancia se presentaba como la expresión pragmática de los enunciados de Salud Mental, coincidentes con el constitucional reconocimiento de la dignidad y de la libertad del hombre:

Una mujer con un diagnóstico de esquizofrenia a punto de tener un hijo, una pariente dispuesta a asumir el rol de curadora en sustitución, aunque no de convivir con ella, el asesor ad limitem de la incapaz declarada empeñado en defender la revisión de su incapacidad y su derecho a ser madre y el juez convencido tras cuatro años de reflexión sobre el tema, que es posible dar la respuesta institucional requerida desde el campo de la Salud Mental y desde el del Derecho.

Sólo se requería resolver el problema menor: asegurar para Patricia y su hijo "un continente adecuado" donde pudiera "estar acompañada por otra persona responsable" y "bajo el tratamiento psiquiátrico".

Puesto que la justicia no cuenta con la infraestructura necesaria y mínima imprescindible para dar respuesta por sí sola a la situación, planteada el Juzgado reclamó el auxilio del área de salud de la provincia, obteniendo una respuesta optimista. Se acompañaría el caso asegu-

rando una adecuada contención de la madre durante las veinticuatro horas a cuyo fin sólo era necesario ubicar el lugar de su radicación una vez dada el alta social por el Hospital M.

Este es el punto de inflexión de la historia ya que careciéndose de residencias de "medio camino" o de instituciones intermedias en las que pudiera concretarse la solución imaginada y requerida y no habiendo, por lo demás, recursos económicos para encontrar una respuesta a la emergencia particular; no existiendo tampoco instituciones privadas dispuestas para atender a la madre enferma con su hijo, al menos disponiéndose de los escasos recursos económicos de Patricia, sucedió que el tiempo transcurrió sin remedio ni solución. En este caso no pudo concretarse la voluntad política de acompañar la solución de este caso con la provisión de recursos económicos verdaderamente ínfimos.

Por fin, cuando en el expediente se propuso como única solución posible desde la Administración "una vivienda deshabitada, que serviría de albergue a un reducido número de personas por medio de un proyecto a concretarse a largo plazo", se advertía que el tránsito de la teoría a los hechos estaba en lista de espera; que no es posible atrapar el futuro en el presente. Cuando el equipo terapéutico reclamó del Juzgado que diera una solución urgente a la situación planteada, olvidando que la solución era un compromiso de la Administración, cuando pesaron los hechos de tal modo que se impuso la prioridad de disponer el egreso del menor del servicio de pediatría ("por ser un niño sano expuesto a graves riesgos al compartir un mismo espacio físico con niños enfermos") sin que pudiera ofrecérselo una adecuada respuesta institucional desde el área de la Justicia, (ya que las instituciones para los menores no resultan recomendables según lo anticipa o previene el servicio de Salud Mental). Para entonces un informe del servicio que atiende a Patricia asevera que ésta

demuestra ansiedad por la demora. Tal estado de ánimo lo advierte el propio juez que hace comparecer a Patricia. Se trataba de calmarla porque aún se creía posible conseguir una respuesta positiva.

Patricia concurrió al juzgado acompañada por su terapeuta y después que se le aseguró que se quedaría con su hijo Lucas, se la veía exultante, dispuesta, esperanzada.

Contrariamente a lo esperado, nada sucedió. A las dos semanas se informó al tribunal que Patricia había tenido una crisis agrediendo a otra persona, según informe de Marta quién ya se desempeñaba como curadora provisoria. Desde el servicio de salud, más tarde se informa que "la excesiva permanencia en el hospital, más el conflicto natural de ser madre determinaron la crisis que se produjo a las dos semanas de internación y que por no estar Patricia en condiciones de atender al niño, se lo trasladó a la sala de pediatría, y a ella a la de clínica médica.

Sin embargo el juez puede advertir que la influencia del conflicto natural de ser madre en el estallido de la crisis es un dato nuevo y eventualmente contradictorio con el informe revelador de que de hecho los primeros quince días Patricia atendió personalmente a su hijo y que lo hizo bien.

Al cabo de un mes de internación el servicio de Salud Mental del hospital M. propuso una residencia psiquiátrica, propiedad de la señora María, como alternativa de solución más adecuada a la posibilidad de que Patricia y su bebé convivan".

En un principio se creyó que por fin se había provisto la solución prometida pero luego se vió que las razones que motivaron este traslado apuntaban a minimizar los efectos de la prolongada estadía de la paciente en el hospital.

Lo cierto es que el compromiso asumido a priori desde la administración no tuvo más concreción que la preocupación del personal de salud particularmente afectado al tema y que la pretendida residencia psiquiátrica no resultó ser más que

la casa particular de una enfermera que vive con su pareja y una hija menor de edad que es la única persona que queda a cargo de Patricia y su hijo mientras María trabaja.

Tal vez este "Hogar" pueda tenerse por residencia psiquiátrica pero es indudable que no reunía las condiciones comprometidas en parte desde la perspectiva judicial ya que durante varias horas del día Patricia quedaba sola.

En abril de 1990 Patricia se retiró del hospital radicándose en la particular residencia psiquiátrica descrita y en el mes de mayo se presentó con la propietaria de la "residencia" a fin de entregar la guarda de su hijo a esta última.

El proyecto había fracasado.

Se dió intervención al juzgado de menores quién luego de valorar con el auxilio de sus equipos técnicos la capacidad y condiciones de la señora María dispuso retirar al menor de la guarda de su madre y entregarlo a terceras personas.

La nueva pericia psicológica que se realizó a Patricia en el curso del trámite impuesto para su rehabilitación parcial en el plano legal, describió una situación mental en cierto modo más severa que la que llevó oportunamente a su incapacitación.

Cabe preguntarse cuánto más mal que bien se produjo por la falta de respuestas concretas y con la defraudación de expectativas legítimas de la paciente a las que el juez se sumó ingenuamente.

Objetivamente no se puede asegurar que la pérdida de la guarda de su hijo por parte de Patricia haya sido la causa de su deterioro actual ni a consecuencia de la falta de respuestas concretas al requerimiento de salud hecho a su favor. Pero tampoco se puede achacar el resultado lisa y llanamente a su enfermedad.

Quizás nadie exprese de modo más terminante la frustración que se tradujo en el hecho relacionado en el ánimo de quienes nos comprometimos desde la justicia como Roger Gentis: "con el tiempo que hace que os dejais joder ya tendríais que ha-

ber aprendido que no se puede esperar mucho de la Administración".(1)

Podría esto sonar como un discurso que pretendiera descalificar y aún desalentar un accionar por parte de la Administración del Estado en aras de la supuesta eficiencia de lo privado y en consecuencia sellar como utópico predicamento reflotado una y otra vez en nuestro país y en el mundo.

Pretende sin embargo, señalar que la Salud Mental como valor ético jurídico y enunciado de principios de política sanitaria, debe ineludiblemente acompañarse de concreciones materializadas en la creación de una oferta de recursos y de infraestructuras consecuentes con la naturaleza de la propuesta.

Esto requiere de verdaderos esfuerzos innovativos que pongan a prueba el monto de rigidez de un sistema normativo pero también el peso y la impregnación de la concepción asilar aún presente en las estructuras del sistema de salud y de la sociedad toda.

Pretende rescatar la necesidad de consagrar con valor institucional a modo de ofertas alternativas, propuestas surgidas de la iniciativa y de la participación de distintos sectores de la sociedad.

Pretende alertar acerca de la importancia de hacer un aprovechamiento adecuado y oportuno de posibilidades que se abren y reconocen un único encuentro posible.

Pretende enfatizar una vez más la necesidad de concretar el discurso, ya que cuando fracasan las oportunidades de efectivizarlo se proclama que lo que ha fracasado es el discurso mismo, cuando en realidad lo que ha ocurrido es que no se le ha brindado la posibilidad de tener vida y sin embargo se lo toma como que ha vivido y fracasado.

¡Démosle pues la oportunidad de ser original y de llegar a un buen resultado!! ■

1. Roger Gentis: "Curar la vida" Ed. Crítica (Grijalbo) España 1980.

PSICOPATAS Y DELINCUENTES

Estudio psiquiátrico Diagnóstico diferencial



Dr. Ricardo Risso*
Lic. Adriana Rego**

Introducción

Decía Gabriel Deshaies que conviene observar un cierto rigor intelectual, a fin de no moralizar la psiquiatría ni psicologizar la vida. Esta sabia recomendación del anciano maestro francés de la Psiquiatría de los Hospitales de Sainte-Anne, recientemente fallecido, no suele seguirse con la asiduidad que sería deseable.

Aquellos que, como nosotros, dedicamos una parte importante de nuestro quehacer profesional a la actividad forense, corremos el riesgo permanente de valorar nuestras observaciones clínicas dentro del sutil plexo de nuestras propias categorías éticas y morales. No es fácil lograr una buena disociación operativa.

Por lo demás, la extensión de los conocimientos psicológicos y su difusión a la sociedad, ya nos ha llevado a aquella "psicologización de la vida" que temía Deshaies.

Esta realidad conlleva los inconvenientes y peligros propios de toda vulgarización, pero al mismo tiempo ha permitido una visión más amplia sobre el acontecer anímico, antes reservada sólo a herméticos especialistas y aplicable a lunáticos segregados.

Uno de los inconvenientes de la inclusión de términos psicológicos

en el lenguaje coloquial, es la pérdida paulatina de su significación técnica. Se pierde en precisión lo que se gana en extensión.

Ocurre un deslizamiento desde lo sustantivo hacia lo adjetivo. La idea de "psicopatía" es un buen testimonio de este acontecer. Todo acto desconsiderado, egocéntrico, aprovechado, y sin culpa manifiesta, es tildado de "psicopático".

Hasta los personajes públicos, políticos, dirigentes, etc., que saben perfectamente bien qué quieren y cómo lograrlo, se designan de esta manera.

La declinación del sentido nosográfico de los vocablos psicopatológicos, conlleva la perturbación de las posibilidades comunicativas del discurso psiquiátrico. Aún entre profesionales experimentados, que han compartido durante años el mismo lugar de trabajo, existen dificultades categoriales que impiden la discriminación entre estructura de la personalidad, rasgos del carácter y síntomas.

Hemos observado una creciente tendencia a la utilización de términos pretendidamente abarcativos, en un intento por superar las dificultades diagnósticas.

Aparecen como sinónimos la personalidad psicopática, la personalidad de acción y la personalidad antisocial. Creemos que no son equi-

parables, ya que el primero alude a una estructura, el segundo a un rasgo de carácter —no necesariamente disvalioso ni patológico— y el tercero a un síntoma.

Una idea nuclear de éste trabajo, es la de limitar la actividad antisocial a la categoría de síntoma, un síntoma lo suficientemente inespecífico como para ser atributo eventual de varias estructuras de personalidad, sin asignarlo de manera excluyente a ninguna de ellas.

Hay una marcada tendencia actual, impulsada especialmente por la psiquiatría estadounidense, a agrupar en síndromes ciertas situaciones de fuerte repercusión en la comunidad: síndrome de la mujer golpeada, síndrome del hombre golpeado, síndrome de Munchausen, y también la conducta antisocial.

Cabe consignar aquí que los "síndromes psico-sociales" carecen de la especificidad que la Medicina reclama para su nosografía. Creemos que se justifica su estudio como capítulo aparte en otras disciplinas, como la Psicología Social, la Sociología o la Criminología.

Pero el objeto de estudio de la Psiquiatría y la Psicología Clínica, más bien centrado en el individuo y sus relaciones más inmediatas, hacen preferible su categorización como síntoma.

Etimológicamente, síntoma significa coincidencia. Coincidencia entre lo que se observa y lo que subyace. Significa deducir, inferir y hasta intuir, una compleja estructura a partir de sus emergentes.

Por eso, las diferentes formas y matices en que se presenta un síntoma, mueven al clínico a discriminar entre distintas posibilidades genéticas.

* Jefe de Servicio del Hospital Nacional "José T. Borda". Profesor de Psiquiatría Forense (UNLZ). Jefe de Trabajos Prácticos - Psiquiatría (UNBA). Médico Forense de la Justicia Nacional.

** Psicóloga del Hospital Nacional "José T. Borda". Doctorado en Psicología Clínica (UAJFK)
Jean Jaures 1190 - 7º "B", Capital Federal.
Tel.: 962-1110

Si la actividad antisocial se concibe como una estructura, con dinámica propia, éste camino de investigación clínica queda bloqueado.

La búsqueda de "coincidencias" con una supuesta estructura individual de la personalidad se relativiza, y hasta se torna irrelevante.

El trabajo que presentamos muestra las que, a nuestro juicio, son las estructuras diferenciadas de las personalidades psicopáticas y las personalidades delincuenciales, con sus diferentes rendimientos en distintos rubros, que analizamos comparativamente.

Como se verá, tiene una intención y una metodología sistematizadoras. Sin embargo, debe advertirse que sólo en los casos más elocuentes, se hallarán los tipos puros aquí descritos. Se trata de un estudio dinámico, que supone un criterio escalar.

La mayoría de los pacientes que examinemos, podremos situarlos en algún punto no extremo de esta escala. Comunmente, el diagnóstico se resolverá por predominio de un tipo sobre otro, con la comprobación habitual de algunos rasgos de la patología descartada.

Históricamente, la sistematización nosográfica prestó importantes servicios a la necesidad de cierto orden en las ideas psiquiátricas. Se hizo excesivamente rigurosa, y por ello su importancia fué declinando.

En la actualidad sería casi imposible manejarse con entidades tan herméticas y excluyentes que, por otra parte, responderían muy poco a la realidad clínica.

Sin embargo, la agrupación en sistemas todavía puede resultar útil, especialmente si se la toma en un sentido dinámico, y no como una taxonomía inmovilizadora.

Un mejor diagnóstico permite formular con mayor precisión los fundamentos terapéuticos, disminuye el esfuerzo del profesional asistente, y también posibilita orientar la actividad de asesoramiento judicial, en cuestiones relevantes, tales como la imputabilidad y el valor de la pena, en un determinado individuo.

Mucho le debemos a Kurt Schneider, capaz de organizar el pensamiento en torno del laxo universo de las personalidades psicopáticas.

Pero en los 41 años que transcurrieron desde la publicación de su obra clásica, las ideas han evolucionado.

Hoy, todos sabemos que, a causa de nuestra personalidad, sufrimos y hacemos sufrir a los demás...



Análisis de los rendimientos

I. Impulsividad

Psicópatas

Una de las características de la vida del psicópata, radica en aparecer como una *sucesión de actos inconexos*, sin dirección determinada. Rara vez son premeditados, aún sus actos criminosos.

Su vida está manejada por efímeros deseos donde no tiene cabida la planificación previsoría. No tienen capacidad para elaborar un proyecto, y en base a éste, dirigir su conducta hacia una meta, salvo que ésta sea susceptible de lograrse en forma inmediata; sus actos son impulsivos.

Esta característica tiene relación directa con el tipo de pensamiento que posee el psicópata, donde parece no haber conexión entre el lenguaje verbal y la tensión de necesidad.

El lenguaje no cumple la función de expresar esa tensión en lo interpersonal. No puede ser instrumentado el pensamiento racional, que serviría para prever una acción y postergar la satisfacción de la necesidad.

No existe una reconsideración del pasado y del presente, haciéndose evidente que en el pensamiento psicopático, predomina el proceso primario. Si se demora la satisfacción de la necesidad, la tensión se descarga bruscamente.

Al mismo tiempo, si se impide la descarga brusca de ese montante de excitación (bloqueo del "acting"),

la agresión revierte sobre el propio YO, peligrando la subsistencia del sujeto (suicidio real, suicidio "simbólico", afecciones psicósomáticas graves).

Por esta razón, al sujeto psicópata le resulta indispensable la evacuación inmediata de la tensión, mediante un acto impulsivo.

Tal es la urgencia y la sensación de peligro que emanan de éstos procesos endo-psíquicos, que los objetivos externos son inexistentes —o cuando menos irrelevantes— para orientar la conducta. Esto los convierte en *imprevisibles*.

El desmesurado aumento de la tensión y la ínfima capacidad para soportarla, se conjugan para hacer que una pequeña privación ocasiona un sufrimiento yoico importante.

Entonces, la gratificación inmediata se impone (intolerancia a la frustración), convirtiendo al sujeto en un ser irritable, impulsivo, propenso a mostrar heteroagresión. Sus impulsos son sintónicos del YO, y por lo tanto, *no generan resistencia* (irresistibles).

Delincuentes

En relación con la personalidad delincencial, se advierte, en la práctica clínica, que la impulsividad es inconstante, pudiendo *planificar* su actividad, *prever* las consecuencias de sus actos, *sopesando* los posibles beneficios y perjuicios, y manteniendo una mayor tolerancia a la frustración.

Esto genera la posibilidad de esperar cuando las circunstancias indican qué es lo más conveniente.

En ocasiones, el planeamiento de un delito y la expectativa de ser o no descubierto, genera excitaciones agradables. Así, en momentos en que no realizan actos delictivos, suelen gratificarse fantaseándolos o planeándolos. En estos casos, los rasgos antisociales se acompañan de conflictos neuróticos.

II. Culpa

Psicópatas

En esta organización de la personalidad, la culpa no se percibe como síntoma, y es muy discutido que exista en algún nivel.

Parece carecer de "conciencia" en el sentido acostumbrado. Esto hace que pueda perpetrar cualquier acto

sin sentir remordimientos, lo que es producto de la *incapacidad para considerar al otro como individuo aparte*, con derechos propios, debido a la escasa discriminación lograda.

N.B.: Distintas concepciones psicodinámicas, apuntan a concebir la actitud desconsiderada del psicópata, como la consecuencia de las desconsideraciones por él sufridas en la infancia.

Zac dice que fué tomado por su madre como parte del propio cuerpo, y utilizado para la gratificación de ella.

Winnicott habla de una utilización similar por parte de la pareja parental.

Rolla se refiere al endogrupo.

En punto a la ausencia de sentimientos de culpa, Zac atribuye una combinación de mecanismos de defensa basados en la omnipotencia. A su vez, para lograr mantener el precario equilibrio que esta omnipotencia les proporciona, deben proyectar el pensamiento y la culpa relacionados con las ansiedades depresivas.

La actuación psicopática sería una tentativa de negación de la culpa depresiva, haciéndola recaer sobre los demás. También puede transformarse en una culpa persecutoria.

Delincuentes

Sienten culpa *si no pueden cumplir con la ética a la que adhieren*. Los delincuentes internalizan un "Código Criminal de Moralidad". Existe cierto "honor" entre ellos, lo cual posibilita su inserción en una sub-cultura particular.

Ese comportamiento se hace manifiesto cuando deben "confesar" delitos que involucran a otros, ya que tienden a proteger a los miembros de ése subgrupo sin delatarlos.

III. Valores morales

Psicópatas

Cleckley acudió al término "*Demencia Semántica*", para designar la profunda discordancia que se observa en el psicópata entre el aparente "conocimiento intelectual" de la moralidad, en contraste con su accionar carente por completo de valores morales.

Consiste en una grave *disociación* entre las facultades intelectivas y la posibilidad de control interno de las emociones.

Podríamos ilustrarlo así: "sabe decir, pero no sabe lo que dice", en el sentido de la valoración ética.

Puede internalizar algunas restricciones elementales, que según Weinberg se limitan al incesto, al asesinato de los padres, al canibalismo y a la vestimenta.

El accidentado desarrollo evolutivo condiciona múltiples y sucesivas detenciones en los procesos de aprendizaje, con la consiguiente insuficiencia en la conformación del sentimiento de identidad, y por ende, en el progresivo establecimiento de pautas principistas.

De ésto resulta una estructura super yoica peculiar y distinta de la del común de las personas, en especial en lo referido a las prohibiciones.

N.B.: Johnson indica que "faltaría" Super-Yo en determinadas áreas de la conducta, no siendo por lo tanto una "debilidad global" de ésa instancia psíquica. *Super-Yo Lacunar*.

La mayoría de los autores, sostiene que la frialdad y el rechazo de los padres, son la causa primordial de éstos "defectos superyoicos", al generar un déficit de la "conciencia".

Puede decirse entonces, que la ética del psicópata es una "*ética de la reivindicación*", aún cuando en ocasiones pueda aparentar una conducta ética que, en última instancia, sólo es una expectación de la oportunidad para realizar actos de venganza hacia figuras internas frustrantes de la infancia.

Además, cabe pensar que mediante el mecanismo de la *identificación proyectiva*, el sujeto psicópata puede creer que los otros poseen una ética similar a la suya, lo que le permite racionalizaciones explicativas de su accionar.



Delincuentes

En este caso, existe un registro de la esencia de los valores morales, pero hace una elección "sui generis", un recorte de los mismos. El criminal no psicopático, *pudo internalizar* un sistema de valores —distorsionado— que es producto de la organización social en la que se desarrolla.

Por eso, siente culpa cuando viola tales pautas, incluso si es obligado a violarlas a pesar de su resistencia.

IV. Integración al medio

Psicópatas

Como casi todas sus acciones son manifestaciones exteriores de sus perturbaciones psíquicas, éstos pacientes demuestran una notable incapacidad para integrarse a ningún grupo en forma estable.

Freyhan los califica como *Asociales* y no como *anti-sociales*, ya que no atacan deliberadamente al medio. La agresión se produce cuando el medio se interpone en el camino hacia la satisfacción inmediata de sus necesidades que, como hemos visto, le resulta imprescindible para mantener el delicado equilibrio.

La existencia de estos pacientes, se reduce a conexiones momentáneas —pero muy necesarias— con quienes serán los depositarios de sus aspectos más destruidos, y a quienes han de manipular sistemáticamente.

Cuando temporariamente se acercan a un grupo, lo usual es que intenten el liderazgo, a partir de convertirse en el Ideal del Yo de sus ocasionales compañeros-depositarios.

Por lo general, el efecto sobre el grupo es entrópico, ya que hay gran rigidez en la distribución de roles (control), y la jefatura se ejerce desde la Compulsión a la Repetición, generando situaciones inesperadas y destructivas para el grupo.

Aún cuando a veces puedan parecerlo, jamás están integrados, pues no pueden compartir. Sólo la urgente necesidad de depositación, que lo incapacita para estar solos, es el motivo del acercamiento. En definitiva, se los considera *inadaptables*.

Delincuentes

Son capaces de integración grupal, de compartir pautas de conducta, objetivos y valores con los demás integrantes.

Aceptan los códigos de la organización de la cual deciden formar parte. Realizan conductas antisociales, pero no son asociales. Poseen sentimientos positivos hacia sus compañeros.

Incluso, sienten la necesidad de protegerlos, aún a costa de perjudicarse.

Esto hace que se los considere *adaptables*, aún cuando sólo pudieran adaptarse a un grupo de inadaptados. Pero esta actitud supone cierto desarrollo del sentimiento de identidad y de sistemas de identificación.

También debe considerarse su capacidad de adaptación al rol delictivo, cuando puede jugar el juego del "vigilante-ladrón", que es el juego normal de la delincuencia, y en especial, cuando demuestra aptitud para escapar a la sanción.

V. Actitud ante las leyes

Psicópatas

La permanente transgresión a las leyes generales, es una característica que el psicópata comparte con el delincuente no psicopático, pero a diferencia de éste, el psicópata tampoco puede respetar leyes sectoriales.

Esto es lógico que ocurra con quien sólo puede atender a sus necesidades interiores, desconectándose de la realidad objetiva circundante.

No pueden ser leales ni a individuos ni a leyes, pues la *gratificación proviene de la transgresión*. Su ley es la transgresión de la ley, y su ética es la del acto reivindicador.

Delincuentes

Tampoco respetan la ley general, transgrediendo permanentemente las normas impuestas por la Sociedad.

En cambio, aquí la dificultad no abarca las leyes sectoriales, ya que se advierte, en este aspecto, que los individuos pueden incorporar y aceptar los códigos de la organización a la que adscriben (hampa, banda, etc.).

Es notorio que estos códigos puedan ser respetados, aún cuando en muchas oportunidades son más exigentes y muestran mayor rigidez que los generales.

N.B.: Este aspecto de la transgresión a las leyes sociales generales, es

la causa de que algunos autores los incluyan dentro del mismo cuadro nosográfico, al que denominan *Personalidad anti-social*.

VI. Dinámica de la gratificación

Psicópatas

Es característico de estas organizaciones de personalidad, que la *gratificación está en el acto mismo*, más que en su provecho o beneficio objetivo.

Las reacciones de la víctima y su sufrimiento (real o fantaseado), son los verdaderos móviles del accionar psicopático. Aún cuando en ocasiones puedan obtener algún beneficio cierto, lo usual es que esto no constituya la real motivación.

Es llamativo, cómo con frecuencia desprecian o desvalorizan el producido del delito. También debe repararse en la escasa preocupación por evitar la consecuencias de sus actividades antisociales.

Delincuentes

Claramente diferenciado en este rendimiento, el delincuente *halla gratificación en el beneficio obtenido* como producto del ilícito.

No sienten demasiado interés por los sentimientos de sus víctimas, y no es raro que las apacigüen y tranquilicen. Se desentienden de todas las reacciones que no los pongan en peligro a ellos mismos.



Es coherente en cuanto a la existencia de un sentido, de un objetivo observable, que también responde a necesidades internas, pero no únicamente, sino que registra y valora los objetos del entorno.

Por eso, planifica sus actos en un intento de disminuir los riesgos de tal actividad.

VII. Actividad punitiva

Psicópatas

Es un criterio generalmente aceptado que el sujeto psicópata necesita un objeto en quien depositar sus aspectos más dañados.

Mientras el objeto depositario cumple adecuadamente el rol asignado, el vínculo se mantiene con relativa estabilidad. El peligro aparece cuando el sujeto psicópata percibe algún movimiento en el objeto depositario, tendiente a desplazarse del lugar asignado, que se traduce generalmente por:

a) - Pérdida de la incondicionalidad.

b) - Inminencia del abandono.

Aquí aparece un sentimiento de peligro de la existencia misma del YO del sujeto.

Puede apelar a diversos mecanismos para intentar retener al objeto, siendo uno de los más frecuentes el *incremento de la intensidad de la proyección*.

Al mismo tiempo, este mecanismo prepara el terreno para el acto destructivo, emergiendo entonces con frecuencia los aspectos criminosos.

Otra alternativa es que el objeto, o ciertas circunstancias exteriores, produzcan una *re-introyección masiva*, de lo que el psicópata está proyectando.

En éstos casos, la agresión *revierte* sobre el propio sujeto, provocando en ocasiones el suicidio. Finalmente, cuando la posibilidad del "acting" queda bloqueada, es posible la fragmentación de la personalidad (descompensaciones psicóticas).

Esta es la forma en que el psicópata ejerce la actividad punitiva, contra el objeto depositario, y para *salvaguardar su propia integridad psíquica*.

Delincuentes

Como existe en ellos la posibilidad de elaborar un sistema de valores propios, es necesario, para formar parte del subgrupo delictivo, que los miembros del mismo se sometan a las reglas impuestas. Esto

hace necesaria la existencia de actividad punitiva, dirigida hacia quienes, siendo iguales, transgreden las leyes vigentes.

Es importante señalar, que ésta actividad punitiva no está basada en una necesidad personal, como en el caso anterior, donde se juega la integridad del YO.

Quien ejerce la punición *tiende a la preservación del grupo* como tal, y también a preservar a sus miembros de las sanciones legales que la Sociedad les impondría, en caso de que alguno traicionara los principios de lealtad (delaciones).

VIII. Orientación terapéutica

Psicópatas

Es uno de los puntos fundamentales, ya que de esta orientación depende el establecimiento de pautas organizativas para las instituciones que asuman el tratamiento de estos pacientes.

En muy pocos lugares del mundo, existen Institutos para el tratamiento específico de las personalidades psicopáticas, donde el personal se halle especialmente preparado para asistirlos.

Pese a ello, aún ahí el porcentaje de recuperación es bajo, hasta desalentador. Existen estudios indicativos de que un cierto porcentaje de estas personas, van adaptando su



conducta al medio con el correr de los años.

Parecería que la madurez trae aparejada cierta estabilidad emocional, también en éstas organizaciones de personalidad.

Pese al mal pronóstico, puede pensarse en una psicoterapia con marco analítico, muy modificada, y que tienda especialmente a que el psicópata pueda *internalizar* algún tipo de norma ética.

De todas maneras, sólo podemos dejar abierto el tema luego de hacer mención de esta pauta puntual.

Delinquentes

Aquí el problema terapéutico, no radica en que el delincuente aprenda a respetar normas, sino en que

modifique la escala de valores de las normas que respeta.

En otras palabras, que cambie las normas y amplíe su ética.

Quizás para ellos, sería preferible un cambio de "habitat", de medio ambiente y de grupo de pertenencia, como posibilidad de reinserción social. Aún cuando la dificultad es grande y la reincidencia asombra, parece más factible lograr una modificación estable en la conducta de estos pacientes ■

Bibliografía

- Cabello, V., "La Psiquiatría Forense en el Derecho Penal", Ed. Hammurabi, Tomo III, Buenos Aires, 1981.
- Cleckley, H., "Los Estados Psicopáticos", Neuropsiquiatría Internacional, Año II, N° III.
- Desahies, G., "Psicopatología General", Ed. Kapelusz, Buenos Aires, 1961.
- Frías Caballero, J., "Responsabilidad Penal de las Personalidades Psicopáticas", La Ley, Año LV, N° 151, Buenos Aires, 1991.
- Mac Cord, W. y J., "El Psicópata", Ed. Hormé, Buenos Aires, 1966.
- Rascovsky, A., Liberman, D., "Psicoanálisis de la Manía y la Psicopatía", Ed. Paidós, Buenos Aires, 1979.
- Reik, Th., "Psicoanálisis del Crimen", Ed. Hormé, Buenos Aires, 1965.
- Rolla, E., "Organización psicopática de la Personalidad", Rev. de Psicoanálisis, Ed. A.P.A., Tomo XXX, N°1, Buenos Aires, 1973.
- Trillat, E., "Les Déséquilibres", Encyclopédie M. Ch, PSY, 37.310, A 10; Editions Techniques, París, 1965.
- Zac, J., "Psicopatías", Tomo I, Ed. Kargie-man, Buenos Aires, 1977.



LA PSIQUIATRIA EN LA CIUDAD DE ROSARIO PROVINCIA DE SANTA FE (1920-1930)

Antonio S. Gentile*

"No podemos olvidar que nuestra personalidad está constituida por dos órdenes de fenómenos y que no es posible considerar únicamente las perturbaciones psíquicas sin pensar o estudiar las correlativas perturbaciones orgánicas: ni psicologismo absoluto entonces ni somatismo absoluto".(17)

El sentido y el programa connotados en esta advertencia del Dr. Lanfranco Ciampi, profesor de Neuropsiquiatría infantil y director del Hospital psiquiátrico, fue absolutamente compartido por el Dr. Gonzalo Bosch, profesor de Psiquiatría-adultos. Juntos, construyeron la trama doctrinaria y asistencial de la psiquiatría rosarina durante los años veinte.

La primera psiquiatría que se difundió en Rosario, articuló un discurso sincrético sobre la locura enmarcado en el paralelismo somato-psíquico. Respetuosa del "substractum" orgánico, incluyó el estudio de la "superestructura" psicológica. Rumbo intermedio para no naufragar en manos de Escila o de Caribdis; pero, sin poder superar las tensiones provocadas por el derrotero elegido, encalló en sus propias antinomias. Instituida simultáneamente con la facultad de Medicina (1920), en una relación siempre ambigua de pertenencia y exclusión, la psiquiatría necesitaba fundamentar su autonomía de la neurología —el "somatismo absoluto"— para poder legitimar su propio dominio dentro de la medicina; y, en el mismo movimiento, justificar la especificidad de su práctica.

Si la doctrina fue heterogénea e inconsistente para determinar las leyes que gobiernan a la locura; su práctica específica, médico psiquiátrica, consistió en un repertorio heteróclito de dudosa eficacia. No así su práctica profiláctica, los preceptos pedagógicos sociales del higienismo mental nutrieron su prédica comunitaria y orientaron la organización de sus instituciones: hospital psiquiátrico, no asilo; escuela de reeducación para "niños nerviosos y retardados"; y, comité regional de la Liga Argentina de Higiene Mental. Es en esta dimensión ideológico-social donde se revelan los méritos de la primera psiquiatría rosarina. Promovió una nueva ideología sobre la locura dirigida a impactar en la cultura ciu-

dadana. La locura no será un estigma inmodificable, el enfermo puede ser recuperado; y, la sociedad en su conjunto deberá asumir la empresa preventiva.

La Medicina Legal, cuyo primer profesor fue el Dr. Raimundo Bosch, será un campo privilegiado para la aplicación de las nuevas concepciones psiquiátricas; el entrecruce será permanente y apuntará a perfeccionar el ordenamiento jurídico.

La hipótesis que nos proponemos sostener en este trabajo, es la siguiente: la red psiquiátrica, esa trabazón de componentes heterogéneos, destinada a contener y operar sobre las formas de la locura y de la desviación; fue promovida simultáneamente con la organización académica de la medicina, pero, su despliegue fue posibilitado en lo general por la democratización global de la sociedad argentina a partir de 1916; y, en lo particular, por el proceso civilizador que se verificó en Rosario a partir de 1910.

La civilización, como quería Sarmiento, llegó a Rosario con el siglo y se hizo evidente para el Centenario; consistió, entre otras cosas, en una vasta empresa modernizadora, ordenadora y clasificatoria, entrelazada con las nuevas necesidades que venía planteando la inevitable democratización general de la sociedad. Desde su enunciado, el ideario político progresista pretendía la reparación de las consecuencias nocivas de la segregación social, como así también el usufructo general de los derechos esenciales universalmente reconocidos. La incorporación plena de los marginados exigía distinguir sus formas para detectar a los recuperables y dar razones para justificar el aislamiento de los inasimilables. Razones que no podían ser políticas exclusivamente, sino que debían inspirar la credibilidad que confiere la ciencia. En este marco la red psiquiátrica cumplirá con su misión específica; imbuida de humanismo y filantropía, detectar, un modo de la marginalidad: el encarnado en el loco, el "retardado" y el inadaptado. Aislará a los irrecuperables y propondrá una tecnología para "devolver el uso pleno de sus facultades" a los asimilables.

Debemos explicitar que nuestro estudio abarca la década del veinte, porque el nacimiento y desarrollo de la psiquiatría en Rosario coincide con ella. Además, durante los primeros días de 1931 —una nueva etapa de nuestra historia: "la década infame"— el decano de la facultad de Medicina, Dr. Teodoro Fracassi, tomó una triple resolución: rescindió el contrato de Ciampi; cerró el hospital psiquiátrico; y, convocó a la fuerza pública para

*Antonio S. Gentile. Psicoanalista. Profesor Titular Reg. de "Problemática Psicológica". Fac. de Psicología e Investigador del Consejo de Investigaciones de la U. N. de Rosario, Laprida 2345 (2000) Rosario. Prov. de Santa Fe. Tel.: (041) 81-5643.

trasladar a los internados (Tb). La medida fue rápidamente neutralizada por el poder ejecutivo nacional, gracias a las gestiones de Gonzalo Bosch en el Ministerio de Relaciones Exteriores (sic.), a cargo de Ernesto Bosch.

En verdad, Fracassi con su exabrupto no hizo otra cosa que aprovechar las circunstancias para cobrarse viejas deudas pendientes; pero, de todos modos, estableció un corte, efímero, pero anticipatorio de que la psiquiatría por venir sería otra psiquiatría, diferente de la que hoy nos ocupa.

La transformación de la "Villa del Rosario" en ciudad.

Las instituciones político-administrativas características de toda ciudad, se organizaron en Rosario hacia 1860. La "villa ilustre y fiel del Rosario" fue el epicentro, a partir de Caseros, del desarrollo de poderosas fuerzas productivas y comerciales.

Su crecimiento económico, urbano y demográfico tuvo, durante años, características explosivas; poniendo al descubierto tanto la ausencia, como la necesidad de una planificación o de un ordenamiento civilizado de sus consecuencias.

En su magistral "Historia de Rosario", nos cuenta el Dr. Juan Alvarez: "En 1900, último año del siglo XIX, agítase la ciudad con visibles ansias de renovación. Muchos atribuyen a esa convencional clausura de un período arbitrario, la virtud de operar grandes cambios en el modo de vivir: sin la menor duda, el XX traerá reformas sociales y un impreciso "triunfo de la civilización", que permite esperarlo todo" (...) "Mientras llega ese porvenir dichoso, siguen metiendo ruido por las calles los tranvías a sangre,...". "El tráfico de caballos y vacas empuerca como antes los pavimentos..." . "...Rosario no es pueblo silencioso. Junto a los cascotes que golpean el piso y las ruedas que rebotan, inúmeros vendedores a pie vocean sus mercancías. A modo de característica local tolérase ambular varios dementes pacíficos que echan discursos, y también a una pobre mujer —la Reina Victoria— que imagina ser soberana del imperio británico y sale diariamente a paseo emperifollada con ropajes ridículos, cintajos y abalorios, conduciendo cantidad de perros de todos tamaños y pelajes, vestidos tan absurdamente como su dueña".(3)

Mientras se esperaba "el triunfo de la civilización", las características de la vida cotidiana en Rosario, se asemejaban a las de la antigua villa, y distaban considerablemente de ser las propias de una ciudad nueva y económicamente poderosa. Su espacio urbano toleraba el deambular desordenado y ruidoso de ciudadanos, animales y locos; en él circulaban coexistiendo los gritos de los vendedores, los delirios de los locos y las lenguas extrañas de su numerosa población extranjera.

Para el Centenario, 1910, las condiciones de la vida urbana lejos de mejorar, se complicaron. Luego de asimilar otra nueva oleada inmigratoria, la ciudad-villa tiene 182.896 habitantes, de los que, la cuarta parte vive en conventillos, en condiciones de hacinamiento y promiscuidad. "...es muy elevado el número de huérfanos de padre y madre, menores de catorce años; siendo el porcentaje con que figuran los niños extranjeros, pequeño. Así sobre 3038 huérfanos, son argentinos 2758 y extranjeros 280". (...) "No resulta lo mismo, por desgracia, en lo que respecta a aquella parte de la población afligida con ciertos defectos físicos y psíquicos (cie-

gos, rengos, sordos, mancos, mudos, dementes e idiotas). En este caso, fuerza es reconocer que llegan a la ciudad extranjeros que necesariamente serán para ella una carga. Así, sobre 282 (habitantes con algunos de esos "defectos", agr. aut.), 155 son extranjeros".(31)

Además de los problemas que suscitaba el crecimiento demográfico; "alrededor de veintisiete mil cabezas de ganado —cinco mil de ellas dentro de los bulevares— eran toleradas por la autoridad dentro del perímetro urbano. Pesebres, tambos y cocheras, desplazaban así a no pocas moradas, aún en la sección más aristocrática de la ciudad;...".(3) Y, aunque Juan Alvarez no lo cuente en su historia, es necesario añadir que las familias "decenas" toleraban —no sin quejas— otro tipo de contiguidad: el de las casas del floreciente negocio prostibulario.(27) Estas pincladas sobre la vida rosarina durante aquellos años, nos hacen imaginar un cuadro de yuxtaposiciones casi caóticas. Ausencia o transgresión de las fronteras entre lo urbano y lo rural; el centro y la periferia; lo humano y lo animal; lo decente y lo indecente; la sexualidad pública y la privada. Hacinamiento y promiscuidad.

¿Qué tipo de respuestas daba la sociedad a estos problemas? En los asuntos relacionados con nuestro tema, es decir, el de los locos, los desamparados y los defectuosos; la "carga" se distribuía entre algunas sociedades benéficas, que no hacían otra cosa que reproducir en su interior el mismo tipo de relaciones existentes en la ciudad.

Los locos, en tanto "pacíficos, podían andar sueltos integrados en el pintoresquismo ciudadano y atendidos de vez en cuando, cuando su deambular allí los dejara, en el Asilo de mendigos. En tanto "peligrosos" su destino era alguna celda policial a la espera de algún tren —"navis stulticia"— que los trasladara a Buenos Aires o a Oliva.

"Hay la invariable costumbre de poner a todo preso que entra nuevo a la cárcel, en el pabellón donde, por lo regular, se alojan los profesionales, sin tener para nada en cuenta la causa y moralidad del individuo, el cual, si es menor de edad, o de débil temperamento, es víctima de toda clase de deprivaciones, hasta que concluye por adaptarse al ambiente corruptivo y asimilarse a las costumbres perniciosas de los demás". Un poco más adelante, se lee: "¿Por qué no se interesa (el intendente de la penitenciaría, agr. aut.) en cuidar la salud y comodidad de esos pobres presos medio dementes, que viven hace meses, hacinados en un inmundo calabozo*, llenos de miseria y con una ropa que no han sacado del cuerpo durante todo ese tiempo?".(29)

En 1921, en la prensa local se denunciaba idéntica situación: "Nada más angustioso y desolador que contemplar el cuadro sombrío que presentan los enfermos mentales aislados en la alcaldía, donde permanecen días y días en una promiscuidad contraria a todos los preceptos higiénicos, ...". "Con repetida frecuencia hemos hecho desde estas mismas columnas, idénticas observaciones, señalando al mismo tiempo la necesidad apremiante de que se buscara la forma para remediar este mal que significa un caso de verdadera impiedad. Este evidente descuido es un síntoma de desidia de parte de los poderes públicos, ya que hasta ahora ninguno de ellos se ha preocupado de crear en nuestra ciudad una casa de salud en las condiciones que se requiere...".(25)

* N. del E. Las bastardillas en todo el artículo indican lo subrayado por el autor

En esos momentos, desde la facultad de Medicina, se estaba tramando la red psiquiátrica.

¿Cuál era la situación de los chicos "huérfanos de padre y madre"; sanos y defectuosos? El cronista de un semanario de actualidades, describió así a los chicos del "Asilo de Huérfanos" atendido por la Sociedad Damas de Beneficiencia: "es hora de recreo, cuatrocientos quince niños gritan su alegría... Los pibes pobres y abandonados juegan con *el loco* Luisito y *el pavito* Alfredo arranca hojas de un árbol en el que quiere grabar su nombre." Acto conmovedor y dramático, quizás intento de nombrarse, registrándose, en ese árbol metáfora de genealogía, porque Alfredo, informa el cronista, fue encontrado abandonado bajo un árbol en la plaza de Arroyo Seco. Sigamos con la crónica: "Chicos como el loco Luis y el pavo Alfredo, no son nada vulgares *aquí donde todos los niños se parecen en el traje. Clases y colores se confunden...* Pero sólo exteriormente: le prohíben a dos chicos sordomudos que jueguen con una bola de goma. Cuando esta discusión podía acabar en riña, tercia *la enanita* Albina. Es mujer; pero es un desencanto. Y sin saber por qué los chicos se dispersan".(30) Entre los muros del asilo las diferencias se uniforman y se ocultan a la mirada ciudadana. La infancia desvalida y abandonada será una década más tarde, el campo de operaciones privilegiado por uno de los componentes de la red psiquiátrica rosarina: la Neuropsiquiatría infantil con su escuela de ortopedia mental.

Como resultaba imposible, dentro de las leyes del capitalismo incipiente, transformar las condiciones estructurales productoras de estos efectos nocivos; se tornaba imperioso ordenar, blanquear, el crecimiento para asegurar la aventura del progreso infinito. Prosiguiendo esta lógica se verificaron durante la década del Centenario, una serie de operaciones civilizadoras, no transformadoras, sino, destinadas a clasificar y ordenar la sociedad rosarina. Lo que Juan Alvarez llama década del "florecimiento cultural" (1911-1920); es para nosotros la evidencia del funcionamiento de los dispositivos civilizadores, tal como los estamos describiendo.

Efectivamente, recordando sólo algunos ejemplos, el de 1910 un importante plan regulador del crecimiento espacial de la ciudad dirigido a organizar la creación de los nuevos barrios. Existirá entonces, una normativa para ocupar ese territorio urbano que insensiblemente se confundía con el campo.

En el mismo año, por suscripción pública —cuyos principales cotizantes serán los poderosos de la ciudad— se consiguen los fondos para construir un monumental hospital público: el Hospital del Centenario, anexado años más tarde a la Facultad de Medicina como hospital escuela.

En 1911 se reglamentó nuevamente el negocio de la prostitución para ocultarlo de las "decentes miradas ciudadanas", y, al mismo tiempo posibilitar aún más su desarrollo.(27)

También, en relación con la medicina, en esa época se fundó el Círculo Médico de Rosario. Es como si la corporación se estuviera preparando para el nuevo rol institucional que debía cumplir. El primer número de su revista, la Revista Médica del Rosario, apareció en 1911 y se lee entre sus propósitos: "En los cinco hospitales del Rosario funcionan no menos de treinta servicios clínicos. Se deben sumar siete sanatorios privados, varios asilos y una Asistencia Pública; todo lo cual representa una actividad científica intensa que necesita

ya de un centro donde se comuniquen y *controlen* las observaciones realizadas,..."(32)

Como se carecía de una facultad —espacio por excelencia de legitimación científica— era el Círculo Médico la institución que se ocuparía de regir, orientar y controlar la actividad médica; punto de reunión y de control, insistimos, de una práctica hasta entonces dispersa. Supervisión de una práctica médica y de la enseñanza que informalmente se impartía en los servicios. "Importa recordar que la formación médica se hacía exclusivamente en los hospitales. En cada uno de ellos había un grupo de maestros que polarizaba a los médicos nuevos, bajo cuyo influjo quedaban ligados para siempre".(12) Pero además de los "médicos nuevos", asistían los estudiantes rosarinos que cursaban la carrera en las universidades de Córdoba o Buenos Aires.(23)

Otro de los propósitos enunciados en la revista del Círculo Médico, era el de preparar el ambiente para que se instalase en Rosario una Facultad de Medicina con el correspondiente hospital escuela. Y así sucedió. En 1919 se creó la Universidad del Litoral con siete facultades, distribuidas dos en Santa Fe, una en Corrientes, otra en Paraná y tres en Rosario: Medicina, Ciencias Económicas y Ciencias Matemáticas.(3)

El organizador de la facultad de Medicina fue el Dr. Antonio Agudo Avila, psiquiatra; y, su secretario, el Dr. Raimundo Bosch, primer profesor de Medicina Legal. No es entonces fortuito que la psiquiatría rosarina se haya organizado al mismo tiempo que la medicina.

Si bien la psiquiatría fue promovida desde la Facultad de Medicina, es necesario buscar las causas de su rápido despliegue en las condiciones preexistentes que hemos señalado. La sociedad rosarina demandaba asimilar el misterio disolvente de la diferencia encarnada, y un modo de asimilarlo —coherente con el ideario político e ideológico dominante en la época— consistía en incorporar a dicho misterio en operaciones técnicas que si no lo develaban, por lo menos lo controlaran. Por eso no fue cualquier psiquiatría la que se desplegó en Rosario durante la década del veinte, casi nos tienta el afirmar que no podía ser otra que una psiquiatría marcada por el higienismo, por la esperanza en la recuperación y la enmienda, por la confianza en la prevención.

La trama de la red psiquiátrica

La psiquiatría promovida por Avila, por los Bosch y por Ciampi, anudó —en el centro de su trama— una respuesta técnica a los problemas de la enfermedad mental, con un discurso ideológico y social. La recuperación del enfermo y del "defectuoso" se enlazaba con la profilaxis social. En este sentido empalmó coherentemente con el discurso reformista y popular de la época.

Bien podría haber sido otra la primera psiquiatría rosarina, la representada por Teodoro Fracassi. En 1916 había inaugurado su propia institución: el Instituto Neuropático de Rosario; era miembro del Círculo Médico y tenía una excelente reputación profesional. Antes de los años veinte, fue el más conocido "médico de locos". Pero su formación neurológica hacía que concibiera al trastorno mental como consecuencia de un trastorno en el sistema nervioso, comprobado o a comprobar. Por otra parte, carecía de una propuesta superadora de la tradicional práctica individual, en lo que se refiere a lo asistencial. La neuropsiquiatría representada por Fracassi no estaba a tono con los tiempos, o por lo

menos, con ese especial momento histórico del país y de la ciudad.

Podemos representar del siguiente modo, y en forma sintética, la estructura institucional de la red psiquiátrica. La enseñanza fue compartida por tres cátedras, ubicadas en el quinto año de la carrera de medicina: *Psiquiatría-adultos* a cargo de Gonzalo Bosch, *Psicopatología Infantil* (después *Neuropsiquiatría Infantil*) dictada por Lanfranco Ciampi, y *Psicología Experimental*, en los comienzos su profesor era Arturo Mó pero, cuando funcionó efectivamente lo hizo a cargo de Ciampi y de José Alberti como jefe de laboratorio. En 1928, a propuesta del consejero Raimundo Bosch —profesor de Medicina Legal— las cátedras se organizan como *Instituto de Psiquiatría*; instituto que reemplazará al de Psico-neuro-patología dirigido por Fracassi, (1a, y 28) Para la asistencia de los enfermos se construyó, entre 1925 y 1930, el Hospital de Alienados, luego *Hospital Psiquiátrico* de Rosario. Dependía del Instituto de Psiquiatría y está emplazado al lado o enfrente —como se prefiera— de la Facultad. Clínica psiquiátrica para enfermos “agudos” y atención pública en consultorios externos, este hospital escuela se diferenció del tipo de institución manicomial característica del alienismo: el asilo; aunque, como se verá más adelante, no superó en su práctica, el modelo del tratamiento moral.

En el hospital psiquiátrico se instalaron tres laboratorios: el de Bioquímica, el de Histopatología del Sistema Nervioso, y, el de Psicología Experimental. Uno de sus pabellones fue asignado a la *Escuela para Niños nerviosos y retardados*; organizada en 1922 por Ciampi sobre el antecedente de un antiguo proyecto municipal, fue la clínica de ortopedia mental dependiente de la cátedra de Neuropsiquiatría Infantil. Ciampi fue el director del Hospital psiquiátrico desde 1927, el profesor Fracassi había sido originariamente propuesto para ese cargo. (17, 12 y 4).

En 1930, Ciampi organizó el *Comité Regional de la Liga Argentina de Higiene Mental*; institución encargada de coordinar la prédica y las acciones de profilaxis social, no superó en los hechos a la filantropía típica de las instituciones de beneficencia. (4)

El discurso médico y social de la psiquiatría se entrecruzó con otro, instituido simultáneamente en Rosario, el de la criminología, la *Medicina Legal* de Raimundo Bosch.

En la “Introducción” hicimos una aproximación crítica y de conjunto a la doctrina que circuló por la red psiquiátrica, seguidamente, pasaremos a caracterizarla un poco más en detalle.

La Psiquiatría como clínica de síndromes y la locura como desarmonía.

“La Psiquiatría es una de las ramas más modernas, complicadas y oscuras de la Medicina”. “...los criterios puestos en juego empeñosamente en pro de su adelanto, no han conseguido, ni remotamente saciar la aspiración de sus cultores”. (6 y 9)

Bosch y Ciampi creyeron que las “oscuridades” de la psiquiatría se debían al *uso unilateral* de los diversos criterios, sucesivamente dominantes, puestos en juego para explicar las particularidades de la locura. Esos criterios, que indicaban la determinación de la causa, eran: el hereditario, el orgánico, el químico y el psicológico. Ellos descartaron —por una cuestión de principios— el criterio hereditario, e intentaron hacer una *instrumenta-*

ción integrada de los restantes. Creyeron que las oscuridades se esclarecerían instrumentando una estrategia ecléctica, y no se dieron cuenta que el auténtico obstáculo estaba en lo intrínseco de cada uno de los criterios adoptados.

Imbuidos de humanismo y progresismo se opusieron a la teoría hereditaria como a todo lo que denotara inmutabilidad. Pero, por lo demás; quizás intentando construir lo sugerido por Bleuler en su fórmula: “Una psiquiatría sin psicología, es como una patología sin fisiología”, que tanto gustaban repetir; recorrieron yuxtaposiciones inconsistentes entre el “substractum” orgánico y la “superestructura” psicológica.

“No buscaremos del fenómeno la esencia, nos basaremos en la observación y experiencia, en la síntesis y el análisis”. (7)

La posición metodológica será, entonces, la de un positivismo elemental sostenido sin rigor. Primará la estrategia ecléctica; sincrética, pero no sintética. Sin buscar “las esencias” se llegará a una definición casi pitagórica de la locura.

“Pensamos que la unilateralidad de nuestros entusiasmos y disciplinas es también funesto y para no incurrir en ello, *debemos recostarnos en la Clínica Médica en general*, con sus puntales más sólidos: anatomía, fisiología, semiología, anatomía patológica, química y física y *no olvidarnos que la Psiquiatría es más que todo y por sobre todo, todo eso junto*, es decir Clínica Médica, con esta particularidad, de acuerdo a nuestro criterio y que a primera vista parecería paradójal: *clínica sin enfermedad* en la gran mayoría de los casos que nos es dado considerar, *formada casi exclusivamente a base de síndromes*”. (6)

Si la etiología orgánica era indiscernible, y, por otra parte, no se decidía entre la humoral (bioquímica) y la psicológica; no quedaba otro recurso que escamotear la etiología —la causa— para sustentarse en la constelación de signos (síndromes) por los cuales la locura se manifiesta. Este razonamiento más que a una paradoja, conduce a una antinomia irresoluble. Efectivamente, se estrella contra una de las piedras fundamentales del arte médico: la especificidad etiológica conectada con la particularidad morbosa, norma básica para diferenciar lo normal de lo patológico. Esta es una de las razones que justifica el vínculo siempre ambiguo entre medicina y psiquiatría: pertenencia y extrañamiento. Y esto mismo habrá estado en el fondo de las múltiples rencillas entre el grupo de los Bosch y Ciampi, y, el representado por el neurólogo Fracassi.

Para no perderse en el mundo de los signos: “Necesitamos, pues, adoptar una terminología clara y una clasificación uniforme para entendernos y ... ser bien interpretados” (8). En consecuencia, Bosch y Ciampi propusieron una *clasificación latinoamericana de las enfermedades mentales*; a partir de los siguientes criterios organizadores: a) no son netos los límites entre salud y enfermedad; b) no confundir síndrome con enfermedad, los síndromes pueden diferenciarse entre sí por las características de los síntomas que lo componen, por el mecanismo que los produce o por la anatomía patológica; c) los factores etiológicos endógenos y exógenos actúan simultáneamente; d) no existe enfermedad funcional pura, las neurosis dependen de “un error material en la organización del sistema nervioso, que deriva de un ectodermo lábil” (sic.) si bien es necesario estudiar la “constitución” de cada enfermo, deberá tenerse en cuenta que siempre existe un “factor realizador” del trastorno mental. (8)

La evaluación del grado de pérdida de la "autonomía Psíquica", fue el soporte sobre el que pivoteó la división de la nosología psiquiátrica en *cinco grandes grupos*: a) los estados pre-morbosos o constitucionales (las antiguas "psicosis degenerativas"; b) síndromes con debilitamiento temporario de la autonomía psíquica (histerismo, neurastenia, epilepsia, etc); c) síndromes con pérdida completa y temporaria de la autonomía psíquica (psicosis, esquizofrenia, etc.); d) síndromes con falta de desarrollo de la autonomía (oligofrenias, mongolismo, etc.); y e) síndromes con pérdida completa y definitiva de la autonomía (estados demenciales, delirios sistematizados crónicos, etc.).(8)

Los autores señalan la utilidad de esta clasificación no sólo para la tarea del psiquiatra, sino para la Medicina Legal. "Evaluación de la autonomía psíquica", he aquí la ligazón más evidente entre psiquiatría y criminología. La autonomía se vincula con la responsabilidad y la imputabilidad del delito. Por eso mismo, la nosología psiquiátrica responde a la necesidad de funcionamiento del sistema jurídico-penal. El examen y la interpretación de los signos, deberá ser prolija. ¿Cómo orientarse?

Ciampi organizó, un *modelo de historia clínica* en tres módulos: a) la investigación anamnésica; b) el examen morfológico externo o somático y, c) el examen psicológico. Los dos primeros tienen pocas diferencias con la historia clínica general. El examen psicológico sería quizás el más específico para el psiquiatra y Ciampi le asigna la mayor extensión de su artículo.(16) Consiste en evaluar las funciones psíquicas del sujeto en sus tres esferas: afectiva, volitiva, e intelectual. También debe evaluarse la capacidad mental y observar el comportamiento y las relaciones con el ambiente. Es imprescindible detectar las posibles perturbaciones del pensamiento, la conciencia y los sentidos.

En el mismo trabajo, Ciampi aconseja profundizar las investigaciones de los "reactivos mentales". Dichos "reactivos" pueden ser de dos clases; "tests psicológicos" como el de la inteligencia, respecto al cual aconseja utilizar el coeficiente de Stern en lugar de la escala Binet Simon(13); o, pruebas de laboratorio como el registro del reflejo "psico-galvánico".

Como toda historia clínica, la propuesta para el examen del enfermo mental, finaliza con una síntesis y la orientación clínica o diagnóstico provisorio.

En esta doctrina psiquiátrica; doctrina tensada entre lo orgánico y psicológico, eminentemente clasificadora, auxiliada por su anclaje en lo jurídico; en esta doctrina, ¿cómo se definió a la locura?

"Locura es un estado de la mente, es la conciencia desviada de sus normas habituales, es espejismo del conocimiento, fenómeno extraño de carácter objetivo y subjetivo que nos da placer o desplacer, que pone *desarmonía en los mecanismos afectivos e intelectuales del psiquismo*".(7)

Bosch caracteriza la locura desde un paradigma de desviación, extrañamiento y desarmonía de un psiquismo que supone integrado y armónico por naturaleza. Efectivamente: "El hecho psíquico es una integración, a no ser que se pierdan sus características esenciales. El elemento psíquico es la persona." Un poco más adelante: "Ya se ha dicho que la persona es una, entera e indivisa, y como tal debe ser estudiada por la ciencia"(7).

Dijimos más arriba, que cuidando de no caer en las "esencias" se terminaba en la metafísica, en una sin rigor, y, efectivamente, ¡cuánta metafísica hay en esta ca-

racterización de la locura! El elemento integrador es la persona, ¿acaso no se trata del "personalismo crítico" de Stern?. La persona es entera e indivisa, creemos entender que refiere a la unidad psicofísica, de ser así, ¿no evoca la metafísica inductiva de Fechner?. Finalmente la armonía. Bosch lo cita mucho a Nicolás Pende y su teoría de las cuatro armonías (¿virtudes?): salud, belleza, sabiduría y bondad. La locura sería un desequilibrio en estas armonías. Armonías que rigen la vida durante su evolución. ¿Modernos pitagóricos?

El tratamiento Psiquiátrico: entre la terapéutica general y la higiene mental.

La psiquiatría que se instaló en Rosario en los años veinte, carecía de recursos terapéuticos propios, específicos; y esto, subsidiariamente, se disimulaba recurriendo a la terapéutica médica en general. Lo cual no era ilegítimo —para los psiquiatras— si recordamos que se definió a la clínica psiquiátrica como "recostada" en la clínica médica en general (ut supra). Algunos ejemplos pueden ilustrar esta idea.

Como se pensaba que la esquizofrenia o demencia precoz no era una psicosis primitiva o degenerativa, y, que en sus estadios prodrómicos podía ser tratada; se prescribía: "Debe de hacerse un tratamiento hipotóxico, o atóxico, suprimir los focos infecciosos, amígdalas, apéndice, (testículos, ovarios, agregamos nosotros), etc., y apotérico en general, buscando el equilibrio humoral"(11). Unas líneas más abajo agregan los autores: "Dice Bumke que es seguro que la castración no provoca esquizofrenia" (sic.). Por eso nosotros nos sentimos autorizados a efectuar el agregado en la cita anterior.

El tema de las toxiinfecciones pone de relieve el valor inestimable del cirujano en la solución del desequilibrio mental, porque gracias a su intervención, muchas veces ocasional, se restituyen armonías alteradas.

No será extraño, entonces, que una intervención quirúrgica por una fístula rectal cure una psicosis de angustia; o, que el tratamiento de una afección dentaria, mejore notablemente un síndrome hístico-neurasténico.(10)

Si la cirugía, eliminando el foco infeccioso, restituía la armonía mental; también, justo es decirlo, se tenía la convicción que a veces la infección no era nociva y hasta podría llegar a curar, tal era el principio que regía a la "malioterapia" para tratar la parálisis general progresiva.

El otro recurso terapéutico de la psiquiatría, más inespecífico todavía que el anterior, fue la *higiene mental*. La Liga Argentina de Higiene Mental se fundó en la Argentina en 1929 y su primer presidente fue el Dr. Gonzalo Bosch; pero, el ideario higienista, de hecho, es antiguo. Tiene la antigüedad del humanismo, de la filantropía, las prácticas tutelares; en fin, de la reforma social sin el propósito de las transformaciones profundas de las verdaderas causas productoras de la injusticias que denuncia.

En 1922, Lanfranco Ciampi publicó un trabajo en el que difunde los criterios reformadores y modernos para la asistencia de los enfermos mentales.(14). Si se lo coteja con el discurso de Bosch(5) se encontrará una absoluta coincidencia. Lo sintetizamos del siguiente modo: todas las enfermedades mentales podrían evitarse si se ejerciera la higiene mental, porque la locura es curable. La higiene mental es una responsabilidad de toda la sociedad.

La higiene mental exige que a los enfermos se les brinde una asistencia especializada; que se distinga entre los recuperables y los irrecuperables, los primeros serán asistidos en hospitales psiquiátricos abiertos, mientras que para los otros se mantenía el modelo asilar con la variante —o el eufemismo— de “colonias de trabajo”. La función preventiva es esencial, se llevará a cabo en dispensarios ambulatorios y gratuitos. Se protegerá y vigilará especialmente a los sectores de la población que se considere más vulnerables: niños, inmigrantes, ancianos, trabajadores, adictos y delincuentes. Se necesitará una pedagogía médica dirigida a toda la sociedad, la que deberá ser permanentemente propagandizada. Se formará a profesionales para que auxilien en las distintas tareas: enfermeros, visitadoras sociales, psicopedagogos, etc. Se propiciará una legislación humanitaria y moderna para los trabajadores, los menores delincuentes y débiles mentales.

En los hechos, al menos en Rosario, el paradigma higienista fue una referencia permanente para la psiquiatría; pero, cuando se organizó el Comité Regional, en 1930, se lo dejó a cargo del sector de la burguesía acostumbrado a las prácticas benéficas.

Globalmente evaluamos que la primera psiquiatría rosarina si bien no reprodujo el modelo asilar, no pudo superar la otra cara del alienismo: el llamado tratamiento moral, tal como lo caracteriza Vezzetti. “...el tratamiento moral, que es una tecnología de sujeción y educación que nace con los manicomios, rescata muchos de los caracteres del personaje filantrópico: autoridad, presencia ejemplificadora, respeto a las jerarquías”.(33)

La pervivencia del tratamiento moral en el higienismo se torna evidente en la Neuropsiquiatría infantil.

Neuropsiquiatría Infantil y ortopedia mental

Lanfranco Ciampi se graduó en Medicina en 1913 en la Real Universidad de Roma. Su formación estuvo signada por la enseñanza de Sancte De Sanctis, particularmente en lo referido a la psicopedagogía y a la psicología experimental. Llegó a Rosario contratado por Agudo Avila para que organizara una escuela para niños “retardados”. En ella, en 1923, dictó el primer curso universitario de Neuropsiquiatría infantil.(20)

La neuropsiquiatría infantil fue una creación de Ciampi, un pliegue de la red psiquiátrica dirigido a operar sobre la “infancia desprotegida para “enmendar” sus deficits y protegerla de la delincuencia y la locura. Dentro de la doctrina psiquiátrica se ocuparía de constatar la actuación de los “factores realizadores” de la enfermedad mental, durante la “edad evolutiva”.

Frente a las “mentalidades iconoclastas” que en 1929 propiciaban una reforma del plan de estudios para que la Psiquiatría volviese a depender de la Neurología —Fracassi—(12); Ciampi justificaba del siguiente modo a la neuropsiquiatría infantil: “Las enfermedades mentales que se desarrollan en la época evolutiva, representan especificidades clínicas, ... que necesitan una psiquiatría específica”. “Las reacciones del cerebro infantil frente a los estímulos morbosos son diferentes de las que presenta el cerebro llegado a su madurez; y son el resultado del conflicto entre dos fuerzas: la ‘vis evolutiva’ destinada a hacer desarrollar el cerebro infantil y la fuerza inhibitoria provocada por la enfermedad misma”. (otra especificidad es el tratamiento). “Al tratamiento estrictamente médico se asocia en la mayoría de

los casos aquel procedimiento que va bajo el nombre de *Ortopedia Mental* (subry. nuestro) o tratamiento pedagógico. Esta particularidad terapéutica reclama al profesional una cultura especial que no se adquiere en ninguna otra disciplina universitaria”.(22)

La enfermedad motivada por factores humorales, tóxicos o emocionales, tendrá, durante la “edad evolutiva”, un efecto inhibitorio del cerebro infantil. Por eso, la “ortopedia mental” será correctiva, “enmendativa”; y sus recursos serán variados: ortofonía o reeducación del lenguaje; templanza del carácter y de la voluntad por medio del trabajo físico; actividades de laborterapia (encuadernación, cestería, tejido, etc.). ¿Cómo operaba la sociedad médico - pedagogo? “El médico debe tratar el terreno constitucional y la nerviosidad: tratamiento tónico a los niños debilitados y calmante para los emotivos. Cuidará de eliminar todo foco infeccioso. *Con su autoridad moral* persuadir, al enfermito de la posibilidad de librarse de su enfermedad (psicoterapia)”...“El médico confiará su enfermito únicamente a un maestro especializado en ortofonía: de otra manera empeorará el trastorno”.(18)

Nótese que la “psicoterapia” era una modalidad de ejercicio de la autoridad moral mediatizada por la persuasión. Esa misma autoridad podrá ser delegada por el médico no sólo al maestro especializado, sino a una institución adecuada como un internado de monjas, para la templanza moral del carácter y la sublimación de las tendencias instintivas.(15)

En un trabajo anterior nos hemos ocupado del análisis del efecto nocivo de un “choque emocional violento” (seducción precoz); y de una “toxiinfección” muy extraña y difundida en esos caos: “La encefalitis letárgica”.(26) No queremos dejar de puntualizar la instrumentación medico-legal que Ciampi efectúa con su teoría sobre los “factores realizadores” durante la infancia. Advierte a los criminólogos que “existen muchos niños los cuales sin presentar taras familiares (...) y después de una infancia normal, manifiestan, a raíz de una enfermedad —la encefalitis epidémica o letárgica— alteraciones y anomalías del carácter y de conducta, que se agravan con el tiempo hasta convertirlos en inadaptables al ambiente familiar y social: son los *niños perversos post-encefalíticos*”.(21)

La “encefalitis letárgica” fue una ficción médica. También lo fue el “perverso post-encefalítico”; pero la “Atrofia ética post-encefalítica” no fue ficción para la Medicina Legal. Es en el terreno del debate con las teorías lombrosianas que juntaban debilidad mental y delincuencia juvenil, que la “atrofia ética” por infección encefálica cobró entidad real.

La Psicología experimental

No tuvo la psicología experimental un programa sistemático de investigación. La cátedra, ejercida en los hechos por Ciampi, era una suerte de extensión de la de Neuropsiquiatría infantil. Y el Laboratorio, organizado y equipado por José Alberti —“uno de los técnicos más preparados del país”, según el Dr. Alfredo Palacios— funcionó mientras él estuvo presente en Rosario; luego, cayó en desuso, hasta que en 1956 fue rescatado y trasladado a la facultad de filosofía para que sirviera a la cátedra de Psicología experimental o de laboratorio, pero esto es tema de otra historia.

¿Cómo justificaba el Prof. Alberti el estudio de la Psicología en Medicina? Lo hacía en dos niveles. Uno

apuntaba a "humanizar" la formación demasiado técnica de los médicos con el estudio de Lógica y Filosofía aplicadas a la medicina. El otro, conectaba directamente con la psiquiatría: "El estudio de la psiquiatría implica el estudio previo de la psicología científica que constituye algo así como su espina dorsal. Bleuler ha dicho: 'una psiquiatría sin psicología es una patología sin fisiología'".(2)

Psicología, ¿propedéutica o espina dorsal de la psiquiatría? Son dos cosas diferentes, y optar por una u otra tiene diversas consecuencias. De todos modos, es una pendulación característica de las relaciones entre ambas disciplinas.

Más adelante se lee: "La psicología brindaría a la psiquiatría la interpretación patogenética de la alteración mental".(2) Vale decir, interpretación de la constitución y de la "superestructura" psicológica; tal como lo articulaba Ciampi en el examen del enfermo mental. En esta perspectiva la psicología no podrá aportar nada nuevo a la psiquiatría, ni siquiera la sal y la pimienta de la "psicología" de cada enfermo; porque así como la psiquiatría sistematizó síndromes, esta psicología sistematizó al sujeto.

Recordemos como Ciampi asignaba un espacio de intermediación —compartido por Alberti— entre el enfermo y el médico, a los "reactivos mentales". El profesor de psicología, se lamenta: "(El médico) se olvida o no sabe que existe un aparato llamado Takitoscopio para explorar experimental y científicamente la capacidad de fijación de la atención"(2). También están disponibles los aparatos inventados por Alberti: el plestimógrafo y el registrador mental. Décadas más tarde se acordarán de él —y por muy poco tiempo— los primeros estudiantes de Psicología. ¿Ironía de la vida, o, aunque efímera, justicia? Alberti *define a la psicología*: "...es la ciencia que estudia la psiquis sana y enferma, como parte preparatoria de la clínica, es decir de la psiquiatría".(2) Psicología como propedéutica, entonces. Pero también dice: "La psicopatología es y no puede ser otra cosa que una rama de la psicología; aquella que estudia los procesos y funciones que se desenvuelven en la mente enferma"(2). Psicología como "espinadorsal", mejor.

Esta falta de definición no es responsabilidad de Alberti; es un serio problema para una disciplina que al igual que la psiquiatría, le resulta imposible definir su estatuto, delimitar su campo epistemológico. La pendulación también se expresa, se reproduce, en los temas concretos que circulan dentro del laboratorio. O son experiencias auxiliares de la fisiología, por lo general banales, casi lúdicas; o, cuando se trata de pensar "la experiencia" (siempre después, nunca antes) se recrean viejos temas de la vieja filosofía. ¿A qué nos referimos? A la medición del reflejo psicogalvánico, por ejemplo. ¿Qué nuevo interrogante o qué nuevo dato puede aportar el registro de un cambio de potencial eléctrico cuando se lo estimula al sujeto de la prueba?. Que toda actividad psíquica se registra. Que los enfermos al igual que los sanos reaccionan a ciertos estímulos, pero no lo hacen o disminuye la reacción frente a otros. Debemos creer que para la época eran fenómenos muy interesantes. Ahora, ¿qué buscaban, a dónde dirigían la experiencia? Es aquí donde aparece el dislate: "... a desentrañar el mecanismo íntimo de la actividad neuro-psíquica"

Cuando se es menos pretencioso, es posible obtener alguna orientación gracias al experimento, como en el caso del estudio del valor diagnóstico de la "ilusión de los pesos". Luego de una experiencia comparada, se

concluye que en el "índice Demoor" no es apropiado para el diagnóstico del retraso mental en niños menores de ocho años, porque hasta esa edad interfiere considerablemente la sugestibilidad.(19).

De todos modos son experiencias que no superan el nivel de la evidencia sensible.

Cuando Alberti estudia la conciencia, la describe, establece distinciones, grados, relaciones; cuando intenta explicar lo hace desde distintas escuelas filosóficas casi reproduciendo sus nociones.

Nuestra hipótesis es que la psicología experimental dentro de la red psiquiátrica, cumplía con la función de mantener las esperanzas sobre la posibilidad de construir un marco político para la locura; positividad alternativa a la que, por sí misma, confería la lesión orgánica. Era esa necesidad esencial de autonomizar el dominio y el objeto de la psiquiatría, la que sostenía a todos los experimentos, por más triviales que hoy nos parezcan.

Después del treinta

leyendo los ejemplares del "Boletín del Instituto Psiquiátrico" publicados a partir de 1937, se tiene la impresión de que la psiquiatría ya era diferente. El "Boletín" mismo, que fue fundado en 1929 por Ciampi, no se editó durante varios años y cuando reapareció no lo hizo con la periodicidad de antes; si se lo considera como la memoria oficial de la psiquiatría, su interrupción, sus vacíos son desde ya significativos.

En sus registros no hay pasión, salvo las del terror post-convulsión, no hay polémica, no hay marcas de intentos descabellados pero ricos, creativos; hay, en síntesis ausencias de utopías.

El marco histórico y político era otro; los personajes también, Ciampi se nos aparece con honores pero solo, incluso sus escritos se nos imponen como gastados, quizás porque perdieron el contexto.

Son los años de las terapias convulsivantes apoyadas en fórmulas tales como: "la epilepsia y la esquizofrenia son incompatibles, de la que se infiere, sin más, la terapéutica: provocar convulsiones para acceder al mundo resistente, impenetrable, del loco".

El fracaso del higienismo se torna evidente, cada vez hay mayor insistencia en la imperiosa necesidad de construir asilos para los crónicos. En 1939 comenzó la construcción de la "colonia" en Oliveros y se inauguró en el 41. Mientras se levantaba el manicomio más grande de la provincia, se estudiaba la posibilidad de instalar otros dos, uno municipal y el otro nacional. Como si la ideología alienista, manicomial o asilar —no sólo la de los psiquiatras— hubiese renacido después de haber estado neutralizada por la primera psiquiatría rosarina y por los rosarinos, tan solo unos pocos años atrás.

Epílogo

Permítame quien lee compartir ciertos reconocimientos que debo, por este trabajo. En primer término, a quién se lo dedico, al Dr. Carlos Lambruschini que me honra con su generosa amistad. Al Dr. Juan Manuel Sialle, director del Hospital Psiquiátrico de Rosario, por seguir creyendo en una historia diferente. Al Dr. Fidel Oubiñas, ex profesor titular de Psiquiatría - adultos ■

BIBLIOGRAFIA.

Advertencia: La sigla BIP que se leerá en diversas referencias, corresponde al "Boletín del Instituto Psiquiátrico", órgano oficial de la Facultad de Ciencias Médicas - Rosario. Todos los ejemplares citados, fueron impresos en la "Imprenta de la Universidad - Santa Fe".

1. Actas del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina - Rosario
1 a. acta N° 106 del 23/4/28 .
1 b. acta N° 16 del 3/2/31.
2. Alberti, J., "Los estudios psicológicos en la Escuela de Medicina" BIP, 1929, 1, 30/39.
3. Alvarez, J., "Historia de Rosario". S. Fe. U.N. Litoral. 1981.
4. Araya, R., "Memoria". Decanato. T.III. Rosario. Romanos Hnos. 1926.
5. Bosch, G., "Los propósitos de la Liga Argentina de Higiene Mental". BIP, 1930, 5, 156/167.
6. Bosch, G., "Algunas consideraciones de orden psiquiátrico". BIP, 1930, 6, 181/187.
7. Bosch, G., "Concepto de la locura". BIP, 1933, 17 y 18, 164/179.
8. Bosch, G. y Ciampi, L., "Clasificación de las enfermedades mentales". BIP, 1930, 5, 111/122 .
9. Bosch, G. y Ciampi, L., "La organización de la enseñanza psiquiátrica en la facultad de Medicina de Rosario". BIP, 1930, 5 153/155.
10. Bosch, G. y Mo, A., "Toxiinfecciones comunes y psicopatías". BIP, 1930, 5, 133/135.
11. Bosch, G. y Mo Gatti, E., "Algunos conceptos e ideas personales sobre la demencia precoz". BIP, 1929, 1, 48/52.
12. Bosch, R. "Historia de la facultad de Medicina". Rosario. U. N. Litoral, 1966.
13. Ciampi, L., "Sobre el cociente de la inteligencia". Rev. de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal, 1922, IX, 257/265.
14. Ciampi, L. "La asistencia de los enfermos mentales según los criterios reformadores modernos". Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal. 1922, IX, 385/401
15. Ciampi, L., "Contribución a la Psicopatología sexual infantil". Centro de Estudiantes de Ciencias Médicas, 1923, 2, 25/30.
16. Ciampi, L., "El examen del enfermo mental". Revista del Centro de Estudiantes de Medicina, 1929, IX, 2346/57 y 2419/24.
17. Ciampi, L., "La organización de la enseñanza psiquiátrica en la fac. de ciencias Médicas de Rosario". BIP, 1929, 1, 5/39.
18. Ciampi, L., "Aspectos antiguos y nuevos sobre la patogenia de la tartamudez". BIP, 1929, 2, 647/82.
19. Ciampi, L., "La ilusión de los pesos". BIP, 1929, 3, 139/154.
20. Ciampi, L., "Títulos, antecedentes, labor docente y trabajos del Dr. Lanfranco Ciampi" Folleto, 1942, biblioteca fac. de Medicina, Rosario.
21. Ciampi, L. y Bosch, G., "Las toxiinfecciones y la delincuencia infanto juvenil", BIP, 1930, 5, 148/152.
22. Ciampi, L. y Bosch, G., "A propósito de la organización del plan de estudios de la fac. de Ccs. Médicas de Rosario". BIP, 1930, 7, 245/259.
23. Codazzi Aguirre, A., "Datos para la historia de la medicina en Rosario". Revista Médica del Rosario, 1945, 512/519.
24. "Comité Femenino de Higiene Mental de Rosario". BIP, 1930, 7, 284/285
25. "Enfermos Mentales". diario La Capital, 3/11/21, 5, col. 2 y 3.
26. Gentile, A., "El psicoanálisis en la trama de algunas historias rosarinas". Intercambios, 1990, 4, 44/47.
27. Ielpi, R. y Zinni, H., "Prostitución y Rufianismo". Rosario. la Bandera. 1986.
28. Lambruschini, C., "Notas sobre la evolución histórica de la Psiquiatría en Rosario". IV Congreso Argentino de Psiquiatría, Rosario, 1990.
29. "La Verdad Desnuda". Comité pro-presos de Rosario, Rosario, s/p/l/, 1910.
30. "Monos y Monadas". Semanario, 1910, I, 1. "Asilo de Huerfanos". 31) "Tercer Censo Municipal del Rosario". Rosario, de la República, 1910.
32. "Revista Médica del Rosario", 1911, I, N° 1, "Nuestros propósitos".
33. Vezzetti, H. "La locura en la Argentina". Bs. As. Paidós, 1985.

CLINICA DE DIA

"EL ALEPH"

Comunidad Terapéutica de Aprendizaje Social

DIRECTORES MEDICOS

Dr. Julio Moizeszowicz - Dr. Herbert Chappa

- Concepción Interdisciplinaria de la Comunidad Terapéutica.
- Psicoterapia grupal dinámica y cognitiva.
- Control psicofarmacológico.
- Terapia ocupacional
- Musicoterapia
- Recreación
- Plástica
- Educación Física
- Lectura dirigida.

Lunes a Viernes de 13 a 18 hs

GURRUCHAGA 2144

TEL: 71-4076



**LIBRERIA
PAIDOS**

CENTRAL DEL LIBRO PSICOLOGICO

Nuevo Servicio:

PSICOLIBRO

Con una Suscripción Anual de U\$S 10. -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**

CONFERENCIA INAUGURAL
de la
CATEDRA DE MEDICINA LEGAL*

pronunciada por el

PROFESOR DR. RAIMUNDO BOSCH

Medicina Legal y Psiquiatría se instituyeron simultáneamente en Rosario y las remisiones entre una y otra se entrecruzaron permanentemente. Los psiquiatras pensaron a la Medicina Legal como un campo de aplicación de ciertas nociones generadas por el estudio de esa forma de la diferencia que es la locura. Pero definieron a la locura como desequilibrio, como desvío de las normas, en fin, como disturbio en la autonomía de la persona. ¿No será, entonces, a la inversa? Norma, persona, autonomía de la persona, son términos que se determinan en lo jurídico. ¿Medicina legal y psiquiatría, no serán campos de aplicación de un orden jurídico para perfeccionar su propio funcionamiento?

Raimundo Bosch fue secretario de la Federación Universitaria y tesorero en la primera comisión directiva de la Federación Universitaria Argentina, aquella que organizó el Primer Congreso Nacional Universitario, en Córdoba, en 1918.

Entre 1919 y 1920 actuó como secretario organizador de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad del Litoral, en Rosario. En 1921 accedió a la cátedra de Medicina Legal, fue el primer profesor titular de la materia que se dictaba en el quinto año de la carrera.

Creador del Instituto de Psiquiatría de dicha facultad, en 1928.

Fundó y dirigió la Revista de Medicina Legal y Jurisprudencia Médica, cuyo primer número apareció en 1935.

Miembro fundador y vice presidente de la Sociedad de Psiquiatría, Psicopatología y Medicina Legal de Rosario, 1937.

Creador de los cursos para Médicos Legistas, 1938, y profesor de Criminología en los mismos.

En 1966 se editó su libro "Historia de la Facultad de Medicina de Rosario"

Señores Profesores:
Señores Estudiantes:

Sean mis primeras palabras de veneración y respeto para mis queridos maestros que supieron inculcarme el amor a la ciencia y el culto a la dignidad profesional, con el ejemplo y la prédica del altruismo de sus almas; sean mis primeros sentimientos de gratitud para las autoridades de esta Facultad que me permiten el honor de inaugurar y dictar la cátedra de Medicina Legal; y sean mis primeras frases cordiales, de amistoso saludo para vosotros señores estudiantes, que, con vuestra presencia, venís a darme aliento, y a prestigiar mi labor docente. Y al iniciarme en el desempeño de tan elevado cargo, tan lleno de responsabilidades, vengo a ofrecerles todo el entusiasmo de mis años y cuanto tenga de bondad mi corazón, para que a la manera de una amistad leal y sincera, pueda aquilatar en ella el oro fino de vuestros sentimientos estudiantiles, y así me sea posible realizar con íntima satisfacción, una de las mayores aspiraciones de mi vida universitaria, que es la de enseñar haciendo obra útil y de provecho.

La misión del médico en la sociedad moderna es vas-tísima y compleja. Debe contribuir a los elevados propósitos de la salud moral de su nación, cuidando, en primer término: la conservación de las vidas, con la honestidad puesta al servicio del arte de curar; enalteciendo la profesión con el ejercicio de la piedad, la abnegación y el altruismo; protegiendo a la humanidad de los horrores de las enfermedades que aniquilan y causan grandes estragos; inspirando sabias leyes en beneficio de la eugenesia; defendiendo a la infancia, a los desvalidos, a los alienados y a los incapaces; respetando a la inocencia, al infortunio y a la dignidad de las personas; auxiliando al obrero, en sus accidentes del trabajo, mediante justas apreciaciones científicas, para que sea debidamente recompensado en los casos de incapacidad temporaria, permanente o total; interviniendo en las pruebas periciales, con el mayor conocimiento de los hechos y de la ley, para que la demostración de la verdad sirva de luz a la justicia; y propendiendo al secuestro y

* Aparecida en "Publicación Oficial del Centro de Estudiantes de Ciencias Médicas". Universidad del Litoral - Rosario - Año I, N° 1, Julio 1923.

aislamiento de los delincuentes peligrosos, en razón directa de su grado de temibilidad; y seleccionando al soldado que es la fuerza y asegura la soberanía de la patria. Estos son los principales deberes que todo médico ha de cumplir, y tales son las cuestiones fundamentales que se estudian con método propio, en medicina legal. De ahí, la importancia de esta rama de la Ciencias Médicas.

La mayoría de las disposiciones establecidas en el Código sobre los estados de las personas y los actos que ellas ejecutan, no podrían hacerse efectivas, conforme al espíritu de justicia que hace al fundamento de la ley, sin el apoyo de la Medicina Legal. Esta ciencia proporciona a los jueces la mayor suma de los conocimientos técnicos, que sirven de base para el dictamen de sus fallos. Así, ella toma participación en las cuestiones del fuero civil, unas veces, y en las de fuero criminal, en numerosos casos. Tal sucede, por ejemplo, en psicopatología forense, cuando se trata de medir cuidadosamente la responsabilidad del acusado ante el derecho penal, sometido a un criterio más científico que en otras épocas, como cuando se deba juzgar de un presunto alienado; lo mismo pasa en las cuestiones de nulidad de matrimonio (asunto de orden civil), como en la violación o atentado al pudor (asunto de orden criminal); y de igual manera acontece en traumatología, cuando deba reconocerse la gravedad de una lesión para la aplicación de la pena, cuando haya de apreciarse la indemnización correspondiente al carácter que tiene la medicina legal, de ciencia asesora para la justicia.

De acuerdo a estos conceptos, la medicina legal, ha sido definida magistralmente por el eminente profesor Pedro Mata, con los siguientes términos, que es: "El conjunto de varios conocimientos, principalmente médicos y físicos, cuyo objeto es dar valor y significación genuina a ciertos hechos judiciales y contribuir a la formación de ciertas leyes".

En efecto, esta ciencia reside en los elementos de las otras ciencias médicas y naturales. Recurre a la Química, para la explicación de los envenenamientos de la sangre; con la Entomología llega a aproximarse a la determinación de la fecha de la muerte, fundándose en el estudio de los insectos, de los ácaros y de los crustáceos, que constituyen la conocida fauna cadavérica; mediante la Fisiología, procede a precisar la viabilidad; gracias a la Anatomía normal y patológica, la Histología, la Microscopía y la Patología, resuelve el mayor número de los arduos problemas que la medicina aclara a la justicia en las cuestiones que se relacionan a las heridas y lesiones corporales, a la identificación de las personas, a la importancia de las manchas de sangre y de esperma, al examen de las secreciones y partículas de los tejidos humanos, a la práctica de las autopsias, que son, al decir del sabio Lechar-Marzo, las que crearon la medicina legal y en fin, con los progresos de la Psiquiatría y de la Antropología Criminal, se desenvuelve científicamente, como reclamación de los derechos de la sociedad, ante los peligros del criterio de la responsabilidad del delincuente, y logra con la escuela positivista italiana, una de las conquistas más brillantes: la formación de un nuevo Código Penal.

Las doctrinas de las nuevas leyes penales siendo el resultado de las conclusiones de la psicopatología moderna, han tenido que despojarse de los dogmas y prejuicios de la rancia filosofía medioeval que la ciencia no respeta. Por eso, hoy, los nuevos principios de la reforma, convergen a asegurar la defensa social antes que detenerse a castigar el delito. Se propone la readaptación de los reformables y el secuestro de los irreformables. Y la represión del delincuente se funda sobre la temibilidad y no sobre su grado de responsabilidad.

El ejercicio de la medicina legal comenzó con el despertar de la civilización de los pueblos cuando las ideas de equidad fueron adquiriendo sus funciones naturales en la mentalidad de los semejantes, y a medida que la experiencia humana fué ampliándose a expensas de la formación de un sentimiento de solidaridad social. En las épocas remotas no existen vestigios de esta ciencia. Durante el Talión, aquél que mataba a otro, daría su vida, ojo por ojo, diente por diente, mano por mano, pie por pie, y sufriría quemadura por quemadura, herida por herida, contusión por contusión. En los tiempos del florecimiento romano, se dan a conocer autorizadas opiniones de Hipócrates y de Aristóteles. Así, refiere Lacassagne, que Adriano establece la duración de los partos, los que pueden tener lugar a los doce meses, previa consulta a los médicos.

Ziino entresaca de la historia, que la ley Aquilia fija las reglas para la determinación de la letalidad de las heridas y el reconocimiento del aborto. La ley Julia se ocupa del estupro, el adulterio y el matrimonio, y la ley Cornelia se encarga de los envenenamientos.

En el Medioevo, a pesar del obscurantismo religioso se señalan varias disposiciones legales, que se apoyan en la medicina. Los médicos debían dilucidar las cuestiones de la simulación de las enfermedades, sobre todo en los casos en que los duelistas, para no asistir a sus derrotas, se denunciaban enfermos. Por una decretal de Inocencio III, se obligaba a los peritos médicos a examinar heridas y juzgar de su gravedad.

Recién en el año 1374, la Facultad de Montpellier, obtiene permiso para hacer la autopsia de los cadáveres. Porque, hasta entonces, había prevalecido el concepto romano de que el reconocimiento de la muerte era cuestión reservada a la opinión del público. Los habitantes de la Ciudad, tenían derecho de visitar y dar su opinión sobre las causas probables de la muerte, ante el cadáver que era expuesto a la vista y consideración de todos. En la Constitución Carolina de 1532, quedó establecido que: "Antes de la inhumación de un individuo, muerto a consecuencia de un acto de violencia cualquiera, el cadáver fuera examinado detenidamente por los cirujanos, para que éstos den su informe".

Entre los documentos más antiguos que se conocen referentes a la autopsia judicial todavía se conservan los protocolos de las autopsias de Carlos IX, Enrique III, y Enrique IV. Desde esos tiempos, cuánto se ha avanzado en materia de autopsia. Estamos, hoy, muy lejos del célebre trípode vital de Bichat, quien afirmaba, solemnemente, que se muere por el pulmón, por el

cerebro o por el corazón. Son múltiples las explicaciones que, actualmente, proporciona la anatomía patológica.

Los adelantos de las diversas ramas de la medicina corren paralelamente con el crecimiento y la importancia de la medicina legal. Son los anatomistas en primer término, los que contribuyeron a la formación del juicio de los peritos. Desde Vesalio, Eustaquio, Falopio, hasta Matías Duval, Gegenbaur, His, Ramón y Cajal, Sappey y Testut, la cita de los inmortales es tan vasta como grandiosa la obra que, gracias a ellos, la ciencia biológica ocupa uno de los primeros rangos en el saber humano, como entre los elementos que sirven para asesorar a la justicia. Y luego, con los otros eminentes cultores de las ciencias médicas, van apareciendo aquí y allá, los tratadistas de los estudios médicos legales. Ambrosio Paré, dedica una de sus publicaciones a las relaciones para efectuar el embalsamamiento de los cadáveres, y fija los procedimientos que deben seguirse para la investigación de la virginidad de la mujer y la constatación de la impotencia en el hombre y la mujer; establece los signos que corresponden a la gravedad de las heridas; y precisa con claridad, muchos conceptos que al decir de Lacassagne, colocan a Paré en el sitial de padre de la medicina legal.

Surgen los trabajos magistrales con el andar de los tiempos. Pablo Zacchias se revela grande entre los grandes, con sus cuestiones médico-legales. En su libro dado a la publicidad el año 1561, resume los conocimientos de esta ciencia, hasta ese siglo. Más tarde, Lorry, intenta dilucidar los problemas que se relacionan con la supervivencia. Louis sorprende con sus declaraciones sobre la incertidumbre de los signos de la muerte, y procura explicar con Bertin Bouvard y otros, los nacimientos tardíos.

La producción de los publicistas de medicina legal, aumenta considerablemente, a medida que nos aproximamos a nuestros días, ampliándose más y más los estudios de todo orden de esta ciencia. Los nombres ilustres se repiten elocuentemente. Chaussie, Devergie, Legendre du Saulle, Tardieu, Tourdes, Brouardel, Thoinet, Lacassagne y Baltazard, en Francia; Pedro Mata y Lechamarzo en España; Codronchi, Fedele, Filippi, Ziino, el insuperable Lombroso y sus discípulos: Ferri, Morselli, Marre, Garofalo, Sighele, De Sanctis, en Italia, que es la cuna de la antropología criminal. Trailer, en Inglaterra, Krafft-Ebing, en Austria.

Entre nosotros, en el año 1875, se inauguraron los estudios de Medicina Legal conjuntamente con los de Toxicología. Es al genio de Eduardo Wilde a quien le cabe el mérito de iniciar esta ciencia en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, y por esa cátedra se suceden los doctores Antonio Blancas, Eduardo Pérez, Francisco de Veyga, y actualmente el doctor Domingo S. Cavia. Todos ellos han dejado valiosas publicaciones, destacándose las obras de Francisco de Veyga, en particular, su libro sobre "Estudios Médico-Legales sobre el Código Civil Argentino", y la bien autorizada réplica del profesor Cavia al dictamen fiscal del Dr. Ernesto Quesada en un juicio sobre nulidad de matrimonio.

En Córdoba se hace cargo de la cátedra de medicina legal, el ilustrísimo profesor Dr. J. Biale Massé, y a él le suceden los doctores Clodomiro Ferreyra, Amenábar Peralta, Nicasio Salas Oroño y en la actualidad, mi condiscípulo el doctor Gregorio Bermann.

Y fuera de la cátedra, se alzan los prestigiosos nombres de Juan Vucetich, autor universalmente conocido por su método y sistema de identificación dactiloscópica; José M. Ramos Mejía, prestigioso psiquiatra y escritor brillante; Lucio Meléndez, el astro mayor de nuestros alienistas; José Ingenieros, la figura más prominente que se admira en los círculos de la Psiquiatría Criminal, por su valiosa producción y por su inteligencia clara y despierta; Carlos de Arenaza, por su interesante libro, que trata de la Psicopatología sexual de los menores delincuentes; Fermín Rodríguez, Pedro Barbieri, Joaquín V. Gnecco, J. P. Beltrán, J. T. Borda, Brandán, Helvio Fernández, Eusebio Gómez, Emilio Coni, Faustino Trongé, que escribió una interesante monografía sobre la Obstetricia en sus relaciones con la medicina legal, y en estos últimos años, Héctor Tabora, uno de los jóvenes y más robustos cerebros de las nuevas generaciones, que hizo para los estudiantes un Compendio de Medicina Legal, que constituye un monumento si se tiene en cuenta el esfuerzo que le demandó esta labor, lejos de los centros de estudios, y que a no haberlo sorprendido la muerte, habría coronado con éxito su luminosa trayectoria en esta ciencia; A. Stucchi, que publicó un libro sobre estos estudios, con mucho acierto y acopio de doctrinas y leyes, Nerio Rojas, Osvaldo Loudet y tantos otros no menos dignos de mención.

La enseñanza de la medicina legal debe consistir en la preparación del médico-perito. Ha de educar el sentido crítico, y ha de disciplinar los conocimientos de los médicos en general, para que, al ser llamados por la justicia, puedan ilustrarla en los casos que sean de su incumbencia, con precisión y claridad, amoldándose a razonamientos apropiados. Para cumplir esta finalidad es que esta ciencia exige una sólida competencia intelectual, mucha capacidad y una suficiente ponderación para saber distinguir y seleccionar lo bueno y lo malo, lo fundamental y lo accesorio. Hace indispensable la posesión de los elementos principales de la medicina y de las leyes. Y más aún, impone al que ha de actuar como perito, que su ciencia no sea artificial y extraña, que sepa amar la verdad. Meterlink ya lo ha dicho: "No basta poseer una verdad, es menester que ella nos posea".

Señores Estudiantes:

Al declarar inaugurada esta cátedra, formulo mis mejores votos por el éxito siempre creciente de los estudios teóricos y prácticos de esta ciencia, y me permito a la manera de Hipócrates, invocar a los sentimientos más puros de todos vosotros para que, al ejercer la profesión, llevéis aprendida la doctrina del respeto a la humanidad y de la ética que debe ser la base de la dignidad personal ■



ACTUALIDAD: *Trastornos de las conductas alimentarias*

*Informe especial y reportaje a cargo
de Dominique Wintrebert*

En Abril de este año, tuvo lugar en París el encuentro científico más importante que se haya realizado hasta la fecha sobre el tema de los Trastornos de las Conductas Alimentarias (TCA). Organizado por la Sociedad Internacional de Psiquiatría de la Adolescencia y la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP), este Congreso permitió a sus casi mil participantes escuchar los aportes variados, y a veces contradictorios, de profesionales de la salud provenientes de los más diversos horizontes.

El nuevo y particular interés despertado por los TCA se concretizó en la apertura, a iniciativa del Prof. Samuel Lajeunesse (París), de una sección de la AMP que se dedicará al estudio de estas patologías.

Vertex consagró el Dossier de su N° 2 (Diciembre, 1990) a ellas.

En este número volvemos sobre el tema a fin de actualizarlo, informar de recientes investigaciones comunicadas en el Congreso que nos ocupa y situar los problemas fundamentales en discusión a los que, en las conclusiones de su informe, Dominique Wintrebert considera que la enseñanza de Jacques Lacan puede aportar un esclarecimiento.

El lector encontrará luego una entrevista al Prof. Philippe Jeammet centrada también en esta patología de la oralidad sobre la que hemos querido insistir en razón tanto de su frecuencia como de su gravedad y su cronicidad.

ANOREXIAS

Numerosos modelos han sido propuestos para la anorexia: desde los comportamientos de dieta o la enfermedad pituitaria hasta el síndrome poseedor de una psicodinámica propia, pasando por la asimilación a alguna otra enfermedad (depresión, histeria, trastorno obsesivo e incluso esquizofrenia).

La manera de concebir el trastorno anoréxico no goza de un consenso unánime hoy en día, ya que un grupo de trabajo de la Asociación Americana de Psiquiatría propone para el futuro DSM IV importantes modificaciones, la más importantes de las cuales es la

aparición de dos subclases (Walsh, EEUU):

- las anorexias que se acompañan de crisis bulímicas.

- las anorexias, sin crisis bulímicas, llamadas restringidas.

Los casos presentando accesos bulímicos serían estadísticamente de mayor edad, con más tiempo de evolución, con mayor impulsividad, con mayor frecuencia de abuso de alcohol y de drogas y más lábiles emocionalmente.

Los cuatro ítems propuestos para la anorexia serían:

1) rechazo a mantener un peso corporal mínimo;

2) temor intenso a aumentar de peso;

3) trastorno de la imagen del cuerpo;
4) amenorrea primaria o secundaria.

La anorexia nerviosa se caracteriza por una restricción tal de los aportes alimenticios como para que ella conduzca a una pérdida de peso superior al 20% del peso ideal.

Un trabajo presentado mostró que una mujer de cada cinco desea pesar menos. La edad promedio de aparición de los trastornos de la anorexia nerviosa permanece estable estadísticamente desde hace treinta años. Ella es de 17 años y medio para las mujeres siendo más tardía para los varones.

La extraordinaria prevalencia de la anorexia entre las jovencitas durante

la pubertad no ha recibido explicación satisfactoria. La incidencia de esta patología ha sido estimada en 4/10.000 habitantes en Gran Bretaña, país en el que se contabilizan 220 muertes por año causadas por complicaciones de la anorexia (Crisp, Londres). El tratamiento, generalmente de cinco años de duración, requiere un seguimiento posterior para evitar recaídas. Estas se estiman en un 42%, 2/3 de las cuales sobrevienen en el curso del primer año. El mismo estudio informaba de una mortalidad de 7% en la población de anoréxicas en tratamiento (Halmi, EEUU).

Anorexia y biología

La existencia de sustancias capaces de bloquear el apetito es conocida desde hace mucho tiempo. Su ejemplo paradigmático son las anfetaminas. Este tema suscitó numerosos trabajos de investigación que se orientaron particularmente sobre el control monoaminérgico de los mecanismos del hambre y la saciedad.

La esperanza de encontrar la fuente de anorexia por medio de estudios de base neurobiológica o genética exclusivamente, se ha reducido considerablemente al haberse constatado que las jovencitas que se someten a privaciones alimentarias para adelgazar, pero no presentan ningún trazo de patología anoréxica, presentan síntomas biológicos iguales a los de las anoréxicas.

Según el Prof. Pinke (Munich) hay sólo dos elementos que no son absolutamente explicables por la hipofagia:

1) se verifica una fuerte secreción de insulina, pero su efecto sobre la glucosa sanguínea es poco eficaz.

2) las colecistoquininas están aumentadas en las anoréxicas. Estas hormonas son segregadas en el curso de las comidas y producen la saciedad por medio de dos mecanismos: uno, central, ligándose a los receptores hipotalámicos correspondientes; el otro, periférico, al estimular la contracción del píloro lo que prolonga la permanencia de los alimentos en el estómago y por lo tanto aumenta la repleción gástrica.

La persistencia de estos trastornos en las anoréxicas curadas permitiría verificar que se trataría de una anomalía biológica esencial y no de una consecuencia de la hipofagia. Un problema de difícil solución para enfrentar estas investigaciones es la conformación de grupos testigo (para lo que se ha postulado utilizar sujetos que practican huelgas de hambre).

Anorexia y psicopatología

La multiplicidad de abordajes y modelos utilizados impone considerar

a la anorexia como una afección transestructural que puede aparecer tanto en una estructura neurótica como en una psicótica.

Generalmente se admite que los sujetos que padecen anorexia desarrollan una lucha activa contra el hambre, que la pubertad juega un rol muy especial en la aparición de la enfermedad, que ésta se acompaña de ciertos síntomas anexos como la hiperactividad física e intelectual, la cleptomanía, la hipersexualización y el ascetismo descrito por Anna Freud como mecanismo de defensa.

La cura psicoanalítica clásica aparece como imposible al inicio del tratamiento al menos en las adolescentes jóvenes, prefiriéndose frecuentemente la psicoterapia familiar. Las técnicas basadas en la teoría sistémica han encontrado aplicación en estos casos. Sus defensores proponen actuar generando la ruptura de los círculos de realimentación de la conducta patológica, desmontar las interacciones familiares patógenas y ajustar la distancia vincular. También ponen énfasis sobre la vigilancia y control de peso como parte del contrato terapéutico para dar el encuadre a un punto de reparo indestructible al desafío anoréxico. En esta perspectiva, por fin, la recuperación de un espacio personal por medio de la separación debe permitir al sujeto verificar que la vida es posible sin morir a causa del distanciamiento.

Inspirada en los trabajos de Hilde Bruch se comunicó en el Congreso una teoría explicando la anorexia como un defecto de integración.

En una inspiración más próxima al psicoanálisis, se propuso asimilar de manera analógica las relaciones que las anoréxicas establecen con otras personas con las que establecen con los alimentos, juzgando en esta perspectiva que un comportamiento anómalo podía servirles para encontrar una unidad que no tienen de otra manera. Se señaló también el rol de continente que juega la hiperactividad y se relacionaron los trastornos de la imagen corporal con una patología del narcisismo. La idea de la existencia de un fantasma de embarazo que estas pacientes se esforzarían por reprimir, otrora mencionada, fue criticada por su escasa especificidad y abandonada en este evento.

Pierre Fedida (París) haciendo el eje de su exposición sobre la relación del cuerpo de la madre con el objeto alimento propuso una revisión teórica de la clínica del objeto.

Lía Ricon (Buenos Aires), tomando de José Bleger el concepto de posición gliscocárica, se ocupó más particularmente de la vinculación de la anorexia con la psicosis.

Para Philippe Jeammet, el elemento

esencial es el rechazo a la introyección, este contrainvestimento del interior, que asociándose al sobreinvestimento del exterior, produce un efecto tal que las anoréxicas se sienten amenazadas cuando se intenta curarlas.

Algunos creen que cuanto más precoz es la anorexia mejor es el pronóstico, otros por el contrario, piensan que el inicio prepuberal del trastorno sería indicador de psicosis.

La idea de un factor autístico en la anorexia fue cuestionada, así como discutidas su vinculación con la toxicomanía, la melancolía y la histeria.

Se señaló en los varones anoréxicos una identificación femenina.

La anorexia del lactante

Al igual que en el caso de los adolescentes la anorexia del lactante no se presenta en forma unívoca.

Rosine Debray (París) considera que el síntoma anoréxico varía según la organización psíquica de la madre y el modo de funcionamiento de la triada padre-madre-hijo. Esta autora presentó varios ejemplos de desgraciados encuentros entre "la indisponibilidad materna y el rechazo hipertónico del bebé". Estos bebés según Debray rechazan la pasividad y exacerbaban su motricidad, caminan a los nueve meses, duermen poco y realizan proezas motrices. En apoyo de su trabajo presentó dos casos: en uno la niña debía dar su consentimiento como paso previo a aceptar la alimentación y en el otro la paciente no podía comer si no se la dejaba a solas con su biberón.

En oposición a estos cuadros de anorexia hipertónica por rechazo, el Profesor León Kreissler (París) presentó casos de anorexia por inercia caracterizados por pasividad y vómitos. Kreissler considera que estos son los verdaderos casos de anorexia del lactante, considerando la anorexia hipertónica como simple rechazo alimentario. Un señalamiento importante dado por el autor es la coincidencia, en los casos de anorexia por inercia, de madres muy deprimidas y angustiadas por el fantasma de la muerte segura de sus bebés.

Otro orador comunicó la información paradójica de que en las sociedades desarrolladas los niños amamantados por sus madres sufren mayor peligro de desnutrición que los que se alimentan a mamadera.

Serge Lebovici, citando el caso de un niño de cuatro años, aún amamantado por su madre con la que practicaba colecho, reflexionó sobre la bulimia precoz ante los ataques de ese niño al seno.

Todos los participantes señalaron la necesidad de una colaboración interdisciplinaria entre pediatras y psi-

quierras para el estudio y tratamiento de estas patologías del lactante.

Factores familiares, sociales y culturales.

No existen familias tipo, generadoras de casos de anorexia. En todo caso lo que se verifica es una fuerte cohesión intrafamiliar. En las fratrías de varias hermanas, Regina Casper (Chicago), verificó estadísticamente que la anorexia se presenta en la hermana mayor mientras que la que le sigue, en general menos inteligente y poseedora de una personalidad más indiferenciada, no desarrolla la enfermedad. La autora, que no encuentra explicación a ese dato clínico, propuso la inclusión de las hermanas en el estudio de la evolución a largo plazo de las anoréxicas.

Algunos trabajos presentados se centraron en el estudio de madres anoréxicas, constatando que frecuentemente alimentaban insuficientemente a sus bebés y encontrando un cierto parentesco de estos casos con los de síndrome de Munchhausen.

El Profesor Samuel Lajeunesse (París) recordó la existencia de anorexias en los ancianos. Los trastornos restrictivos son los más frecuentemente encontrados en los viejos, aconsejándose en ellos practicar una anamnesis exhaustiva para despistar episodios similares a lo largo de la vida.

Se informaron algunas particularidades según la influencia del ambiente cultural como, por ejemplo, la frecuencia de las automutilaciones acompañando la anorexia verificadas en Japón. El hecho de que la anorexia es una enfermedad de las clases acomodadas de los países desarrollados es una certeza compartida por todos los investigadores. Sin embargo, la existencia de ese fenómeno no pareciera despertar todo el interés que se podría esperar.

Algunas indicaciones sobre pronóstico y tratamiento.

El problema mayor que plantea el tratamiento de la anorexia es el de encontrar criterios de evaluación del mismo. Esta preocupación es más aguda en los anglosajones y, en general, en los investigadores en neurociencias. Los criterios psicopatológicos tales como imagen del cuerpo son rechazados por ser considerados poco fiables o inclusive indemostrables.

Mientras que, como se recordará, los trabajos pioneros en el tratamiento de la anorexia recomendaban la separación y aislamiento de la enferma respecto de su grupo familiar hoy día son pocos los que insisten sobre tal indicación. En efecto, la mayoría de

los autores se inclina por un abordaje que incluya a la familia y considera erróneo el aislamiento sistemático.

Russel (Londres) recomienda psicoterapia familiar en los casos de pacientes menores de dieciocho años y psicoterapia individual para los mayores de esa edad, señalando que esta última técnica arroja mejores resultados cuanto más tardíamente haya comenzado la enfermedad.

La panoplia completa de recursos terapéuticos incluye grupos de anoréxicas y grupos de padres de las mismas. Se coincide en que alguien del equipo debe centralizar en cada caso los datos evolutivos y la evaluación de los tratamientos y de sus indicaciones. Los antidepresivos, y en particular la Fluoxetina, fueron propuestos como coadyuvantes afirmándose que son más eficaces que los placebo. En las anoréxicas con fotomanía se debe atender al riesgo de edema cerebral y convulsiones por hiponatremia.

Es de señalar que un embarazo puede producirse antes del retorno de las menstruaciones en los casos de amenorrea. Los signos nutricionales que indican la hospitalización son: el peso (un adelgazamiento reciente es más peligroso que uno crónico); la tensión arterial sistólica inferior a 90 mmHg; bradicardia inferior a 50; hipotermia y Kaliemia inferior a 3,5 mEq/l. Para evaluar el peso conviene utilizar un índice (por ejemplo, el de Quetelot).

Apfeulbaum (París) alertó sobre el riesgo de las infecciones y/o diarreas como así también de los esfuerzos intensos, susceptibles de desencadenar descompensaciones irreversibles.

Desde el punto de vista pronóstico se considera que las anorexias más graves son aquéllas complicadas con crisis de bulimia y las que revelan la emergencia de una psicosis o se injeran sobre una psicosis ya desarrollada.

BULIMIAS

El cuadro clínico de estas afecciones ha sido individualizado recientemente. Su descripción original se atribuye a Russel (1979) o a Boskind-Lodahl (1976). El artículo de Wulff aparecido en 1932 es una extraordinaria anticipación al debate sobre el tema.

Los criterios de bulimia nerviosa propuestos por Walsh (EEUU) para el DSM IV son:

- episodios frecuentes de ingestión alimentaria con pérdida de control,
- comportamientos compensatorios para evitar el aumento del peso corporal,
- una frecuencia de al menos dos episodios por semana durante tres meses,

- preocupación exagerada por la forma y el peso corporales,

- que no exista previamente un cuadro de anorexia nerviosa.

Aquí también se proponen 2 subclases según que los pacientes se provoquen vómitos y utilicen laxativos y/o diuréticos (95% de los casos) o recurran al deporte, al régimen alimenticio en las intercrisis, etc. (5% de los casos)

Finalmente se propone también una nueva categoría de TCA para el D.S.M. IV los "Binge Eating Disorders", es decir, trastornos por hambre compulsiva con pérdida de control y sin comportamientos compensatorios. Estos cuadros según Spitzer explicarían el 30% de las obesidades.

Como en la anorexia el sexo femenino es más frecuente en la bulimia. Un trabajo de Allaz (Ginebra) señala una interesante diferencia entre bulímicas verdaderas y pacientes con trastorno de hambre compulsiva: el peso ideal respectivamente deseado por una y otra población difiere en promedio en 11 kg. (5 kg. por debajo del peso ideal para las bulímicas y 6 kg. por encima del peso ideal en las pacientes con trastorno de hambre compulsiva).

Los anglosajones proponen, en su mayoría, un tratamiento con técnicas cognitivo-comportamentales asociado frecuentemente a medicación antidepresiva. Otros autores, en especial los franceses, se inclinan por un abordaje psicoanalítico.

Laurence Apfelbaum-Igoïn (París) formuló como hipótesis que la bulimia cortocircuita la palabra funcionando como los demás síntomas y poniéndose al servicio de la resistencia. Esta autora sugiere la psicoterapia cara a cara y la indicación de llevar un cuaderno de notas alimentarias comparando su uso a un diario íntimo en el que cada uno escribe a su manera. La autora piensa que al significar la bulimia como anotable, la vergüenza deja lugar a la curiosidad. Y la coloca en el lugar de una señal que sin interferir con la transferencia es reintroducida en la psicopatología de la vida cotidiana al mismo título que los sueños o los lapsus. Al mismo tiempo el uso del cuaderno permite desdramatizar el retorno de la bulimia luego de la mejoría transitoria que se constata habitualmente al comienzo de los tratamientos.

El uso del cuaderno fue criticado por Philippe Jeammet que prefiere un tratamiento bifocal.

En la opinión de la mayoría de los asistentes al Congreso las bulimias acompañadas de vómitos provocados, que algunos consideran las únicas verdaderas bulimias, son las que presentan pronóstico más severo y en las

que el tratamiento se presenta como más aleatorio. El carácter constrictivo que acompaña a la crisis de bulimia ha llevado a que se las compare con los rituales obsesivos, sobre todo al haberse constatado que las crisis siguen frecuentemente un orden preciso que el paciente siempre respeta.

Al igual que la anorexia la bulimia puede presentarse en todas las estructuras de personalidad. Como la conducta bulímica invade la vida de los pacientes, y la convierte en un infierno cotidiano semejante al que viven los toxicómanos, algunos han comparado a las bulimias con las adicciones.

El propio cuerpo, portador de la excitación, puede ser sometido a conductas inmolatorias o transformarse en objeto persecutorio. La pubertad como acontecimiento traumático emerge en estas pacientes con una notable frecuencia.

Varios autores discurrieron sobre las relaciones entre bulimia y perversión (el objeto alimento de la conducta bulímica tendría características que lo aproximan al fetiche perverso). En algunas bulímicas se encuentran comportamientos masoquistas o exhibicionistas.

Jean Michel Porret (Suiza) presentó el término de fetiche negativo.

Detrás de la obesidad y la insatisfacción vergonzante que se liga a ella, aparece una identificación viril que recuerda la histeria.

Por fin, la temática depresiva muy frecuente en las bulímicas, dio lugar a que algunos autores no dudaran en ligarla a la melancolía.

ALIENACION, SEPARACION Y TCA

La impresión de confusión que se tiene al asistir a un Congreso como el que relatamos se debe, en parte, a la variedad de orientaciones doctrinarias de los participantes pero, más esencialmente, al hecho de que la clínica de los TCA es en sí misma complicada por varias razones: al borrarse los límites entre las anorexias y las bulimias, y pudiendo una y otra presentarse sucesiva o simultáneamente en el mismo sujeto, en forma espontánea o por influencia del tratamiento. Dejando de lado la bulimia, para la que los estudios con que contamos son aún insuficientes, un hecho que nos parece que debería constituir el punto de partida de toda consideración sería sobre la anorexia: esta enfermedad no existe en la gente que sufre hambre. Su incidencia en los países desarrollados parece directamente proporcional al número de refrigeradores por habitante. A diferencia de la psicosis, presente en todos lados, sin distinción de cultura o de clases sociales, la anorexia aparece

ligada a la abundancia, allí donde no hay ningún riesgo de que la necesidad alimentaria quede insatisfecha.

Que el hambre sea cuestionada en tanto instinto de autoconservación impone el recurso a otros conceptos y en especial, como lo plantea Derrida, revisar la teoría del objeto en tanto que objeto de la pulsión y no del instinto.

Se hace necesario, entonces, intentar comprender porqué allí adonde el objeto del instinto, es decir de la necesidad, no falta pueda aparecer una anorexia.

Nos parece útil aquí hacer una referencia a la teoría lacaniana, en particular desde ciertos señalamientos que debemos a Eric Laurent. Según Lacan para dar cuenta de la subjetivación del ser humano hay que partir de su necesaria inscripción en el campo de la palabra y del lenguaje.

Dos operaciones dan cuenta de esta subjetivación, estableciendo cada una de ellas una pérdida estructural, pérdidas que a su vez se recubren, por así decir, mutuamente. Para elaborar estos aspectos de su teoría Lacan recurre a la teoría de los conjuntos, planteando el conjunto del sujeto y el conjunto del Otro, la reunión y la intersección de ambos.

La primera de esas operaciones, la alienación, está del lado del sujeto del inconsciente y califica para él, el pasaje por los significantes de la lengua que están en el campo del Otro. La pérdida, aquí, corresponde al concepto freudiano de represión y de retorno de lo reprimido, es decir, lo que proveniente del Otro resiste al sentido.

La segunda operación, la separación, comporta para el sujeto la pérdida de una parte de sí mismo, la libra de carne, el objeto libidinal, ... este objeto llamado pequeño/a, irrepresentable, Lacan lo demostrará como relativo a la nada, nada más que vacío y lo formalizará situándolo del lado del Otro como causa del deseo.

En resumen, una falta del lado del Otro que afecta al sujeto y una pérdida del lado del sujeto, imputada al Otro; la alienación produciendo la carencia del ser, la separación permitiendo la recuperación en el campo del Otro.

Se concibe así cómo para que el sujeto pueda alojar su deseo, originado en su carencia de ser, en el Otro; sea necesario que ese Otro (que se encarna en la madre de la anoréxica) carezca de algo.

Una de las hipótesis precisas enunciadas por Lacan a propósito de la anoréxica es que el Otro al cual ella se confronta desvíe su demanda de alimento sobre su necesidad de amor.

"La satisfacción de la necesidad no aparece allí más que como el señuelo en el que se estrella la demanda de amor" ... "si el Otro", "en lugar de lo que no tiene, lo atiborra con la papilla asfixiante de lo que tiene, es decir, confunde sus cuidados con el don de su amor. Es aquel niño que alimentamos con el máximo de amor el que rechaza la comida y juega con su rechazo como de un deseo" ... "Al fin de cuentas, el niño negándose a satisfacer la demanda de su madre, ¿no le exige que ella tenga un deseo por fuera de él porque esa es la vía que le falta hacia el deseo?" (Écrits págs. 627, 628)

Lo que la madre no produce para su hijo en ese caso, es la posibilidad de una separación. El niño se hambrea para recordar a su madre que debe ir a desear en otro lado y producir de esta forma una falta en la que él pueda alojar su deseo.

En el mismo capítulo de los Escritos, ("La dirección de la cura y los principios de su poder") Lacan propone traducir al pie de la letra anorexia nerviosa como anorexia del deseo de las que sufren esas "vírgenes flacas" cuyo rechazo de comer está "simbólicamente motivado" (Écrits pág. 601). Aquí Lacan menciona el caso de un paciente motejado como "el hombre de los sesos frescos" al que presenta como un anoréxico cuya posición subjetiva se deduce de la cadena signifiante inconsciente.

En ese caso se podría hablar de una anorexia de alienación diferente de la anorexia de separación. E. Laurent opone estos dos tipos de anorexia afirmando que la segunda es menos susceptible de intervención terapéutica porque esa forma de la enfermedad cuestiona el fantasma materno.

Cabría preguntarse si no es factible encontrar en las dos operaciones teorizadas por Lacan un aporte esclarecedor para comprender los dos tipos de anorexia del lactante así como la distinción hecha por P. Jeammet (ver entrevista adjunta) entre trastornos de la identificación y trastornos de la identidad.

Por último estos aportes nos permitirán aclarar porqué allí donde la alimentación falta naturalmente como objeto de la necesidad, no pueda venir a asfixiar la demanda del niño ■

Entrevista al Prof. Philippe Jeammet

Vertex: *En la alocución de apertura de este Congreso Ud. señaló que las muy variadas orientaciones teóricas de los participantes aportan una gran riqueza y son también una suerte para los pacientes. Sin embargo, ese eclecticismo ¿no tiende a borrar los aspectos contradictorios de ciertas teorías?*

Jeammet: Si, y eso es un riesgo. Yo no querría que ese eclecticismo arribara a una síntesis sin sentido. Pero debemos tomar en cuenta dos realidades. Primero: si hay tal diversidad es porque ella corresponde a un cierto número de hechos. Un tal fenómeno no se dió por azar y hay que tomarlo en consideración. Segundo: la experiencia nos muestra que es muy difícil tratar a esos pacientes por el hecho mismo de su extrema dependencia respecto de toda persona que entra en relación con ellos. La contrapartida de esta dependencia es una constante búsqueda de escape para ir a encontrar otra cosa. Creo que es necesario dejarles esta posibilidad de diversidad y creo también que puede haber en ella una complementariedad. Lo peligroso se da cuando uno entra en el juego del poder, de la omnipotencia, ofreciéndose como la única solución, con una perspectiva totalitaria y los atemoriza. Creo que nosotros, terapeutas, no debemos entrar en ese juego y debemos aceptar una diversidad que corresponde a diferentes demandas y sobre todo a momentos diferentes de la evolución, a condición de no excluirnos nosotros mismos los unos a los otros.

Vertex: *Actualmente asistimos a un notable incremento de los trastornos de las conductas alimentarias (TCA), me refiero particularmente a los problemas que plantean las regurgitaciones, las potomanías, los cuadros de bulimia nerviosa y los simples trastornos bulímicos o las anorexias con bulimia y las anorexias no bulímicas. También vemos una ampliación multidisciplinaria en la perspectiva de estudio de esos cuadros. ¿Podría darnos Ud. precisiones sobre esos desarrollos?*

Jeammet: Es cierto que cuanto más nos ocupamos del tema más nos apercebimos de una cierta unidad que yo, personalmente, veo sobretodo en una comunidad de destinos y riesgos. Pero, más allá de esa unidad hay una diversidad de formas de expresión que corresponde seguramente a niveles de gravedad diferentes. Ud. citó lo esencial. Podemos agregar las que toman laxativos; las que se asocian a otros

trastornos del comportamiento como las automutilaciones que se ven más frecuentemente en ciertos contextos culturales, como en el Japón por ejemplo, aunque tampoco son raras entre nosotros; también podemos citar las que se asocian a tentativas de suicidio, todo lo cual muestra que es necesario buscar detrás del aspecto proteiforme de estos comportamientos la unidad de la personalidad y de sus dificultades.

Vertex: *¿Que opina Ud. de la afirmación del Profesor Samuel Lajeunesse según la cual la dificultad de evaluación de los trastornos de la imagen del cuerpo ha conducido a un abandono del uso de ese criterio que, por otro lado él opone a la interesante renovación de las hipótesis endocrinológicas, estas últimas cuantificables? Dicho de otra manera, ¿hay oposición entre una clínica orientada por la estadística y otra que toma los casos individualmente?*

Jeammet: Yo no vería una oposición sino un enriquecimiento. Cada posición encontrara sus límites, hay que dejar que decanten las cosas. En 1914, con la descripción de la caquexia de Simmonds, se dijo que atribuir un origen psíquico a la anorexia carecía de sentido y que se trataba de una enfermedad de origen hipofisario. Decourt, un endocrinólogo, escribía todavía en 1953, que sus colegas de la especialidad habían dejado morir una cierta cantidad de anoréxicas por pretender ver en ellas una enfermedad puramente endócrina, cosa que los hechos han desmentido. Por otro lado sería absurdo decir que no hay incidencia de mecanismos biológicos ya que aún no sabemos lo que se debe a un factor etiológico eventual y lo que proviene de un factor de autoretoalimentación. Hay que ocuparse de los hechos; de lo que haya en ellos de problemas emocionales y afectivos, de relación y somáticos. Hay que pensar su articulación y evitar oposiciones estériles.

Vertex: *Ud. aísla la anorexia como un fenómeno bastante específico de la adolescencia. ¿No elimina de esa manera la anorexia que sobreviene en otras edades de la vida? ¿Qué estatus otorgarle, por ejemplo, a la anorexia de un melancólico?*

Jeammet: Ese tipo de síntoma forma parte de los TCA. Hemos insistido menos en él porque es menos específico y no puede ser confundido con la anorexia mental. La anorexia del melancólico está incluida en un contexto semiológico completamente diferente en el que no existe la asociación de signos clínicos característica de la anorexia nerviosa.

Vertex: *¿Nunca se encuentra la culpabilidad delirante?*

Jeammet: Puede haberla. Ud. sabe que en la discusión de modelos se ha retomado el modelo melancólico que podemos encontrar más frecuentemente en la bulimia pero también en la anorexia bulímica. Hay lazos en ese tipo de anorexia con la problemática melancólica en un plano psicopatológico; en cuanto al de la biología se han hecho muchas investigaciones para encontrar un parentesco con la psicosis maníaco-depresiva. Es cierto en un cierto número de casos pero es muy limitado. Los TCA están vinculados con la problemática depresiva, eso es indudable. Pero es muy distinto de la anorexia que acompaña a una melancolía franca, el investimento de la anorexia en ese caso no se realiza de la misma manera: no hay denegación de la delgadez ni trastorno de la imagen corporal; la anorexia es secundaria a la problemática de repliegue sobre sí mismo y de abandono de investimentos de la melancolía, no está sobreinvertida como lo está en el caso de la anorexia nerviosa. Incluso uno podría ver al contrario la anorexia de la anoréxica nerviosa como una defensa contra un eventual riesgo melancólico.

Vertex: *Para el futuro DSM IV ha sido propuesta una distinción entre una anorexia con crisis de bulimia y una anorexia no bulímica. También escuché en el Congreso un trabajo en el que se hacía una oposición interesante entre una anorexia del lactante con rechazo activo de la alimentación y una anorexia pasiva acompañada de vómitos. Esta última distinción parece análoga a la que mencionó para el DSM IV. ¿Cómo interpretar esos dos casos teniendo en cuenta que como Ud. ha dicho antes, el hambre está presente en todos los casos?*

Jeammet: El fantasma bulímico está presente en todas las anorexias, incluso en las más restrictivas. Algunas ceden a él, otros realizan un contrainvestimento por un refuerzo de comportamientos de control y una cierta obsesionalización, que muestran por la negativa el empuje del fantasma bulímico. La bulimia es la obsesión de todo anoréxico. Algunos ceden, otros no, pero no creo que se pueda decir que el fantasma bulímico no es una constante. Clínicamente, el hecho de que algunas resistan significa algo en relación a las que ceden. Hay una justificación clínica para separarlas a condición de no olvidar la problemática psicopatológica común a ambas formas. De allí la importancia de la diversidad de modelos que hace que no haya únicamente una clasificación clínica sino también un pensamiento psicopatológico. Uno no excluye al otro. Hacer esta diferencia es interesante en el plano clínico a efectos terapéuticos o pronósticos, aunque esta menos justificada en el nivel psicopatológico.

Vertex: *¿Qué piensa de la analogía que a veces se hace entre la anorexia y la toxicomanía?*

Jeammet: Yo soy uno de los que defienden esta comparación ya que pienso que hay ciertos comportamientos de adicción que tienen una cierta comunidad en su problemática de dependencia. He escrito un cierto número de artículos sobre el tema. Creo que esa problemática es particularmente aguda en la adolescencia. Y parte de una vulnerabilidad particular ligada a defectos de interiorización de una relación de seguridad durante la infancia. Esta vulnerabilidad va a hacer que ciertos conflictos propios de la adolescencia, en especial los relativos a la sexualidad en los vínculos o los de autonomización con las inquietudes narcisistas que provocan, se tornen agudos y empujen a estos adolescentes a una situación que he llamado paradójica. A saber, que esos adolescentes vulnerables van a tener una necesidad de nutrirse del aporte de los adultos y en particular de

aquellos a quienes están más ligados, o sea, sus padres. Esta proximidad, esta necesidad de nutrirse para llenar su falta narcisista, su vulnerabilidad ligada a la infancia va a ser vivida como una amenaza para su autonomía naciente. La paradoja será entonces, que cuanto más necesidad tienen de los otros, menos podrán tolerarlo. Es a esta paradoja que buscan responder los trastornos del comportamiento en los que vamos a encontrar, a nivel del comportamiento mismo y del objeto ligado a ese comportamiento, la misma problemática de dependencia: la droga, el alcohol, los trastornos de las conductas alimentarias, y también lo que los anglosajones llaman promiscuidad sexual y nosotros ninfomanía. Detrás de todos estos fenómenos hay una problemática común, por supuesto que bajo formas diferentes, pero en los que las jugadas fundamentales son del mismo tipo y pueden ser reunidos bajo el término adicción.

Vertex: *¿El desplazamiento de las teorías psicoanalíticas desde un modelo próximo al de la histeria hacia uno ligado a la patología de la incorporación no tiende a aislar lo que sería un mecanismo propio a esta patología a la que sin embargo Ud. llama transnosográfica? La incorporación de la que Freud encuentra el modelo mítico en la comida totémica y que coloca al principio de la identificación originaria, nos llevaría en dirección a una problemática identificatoria compartida por todas las anoréxicas. Podríamos relacionar con ella, la separación siempre aconsejada del medio familiar. Por un lado la incorporación "patológica" por el otro la separación necesaria. ¿De qué hay que separarse?*

Jeammet: Son muchas preguntas. En principio hay algo central, fundamental: todas estas patologías de adicción arriban a conflictos de identificación. En efecto, las relaciones de apropiación no se hacen tanto bajo la forma de la introyección como de la incorporación; no se trata de una cualidad del objeto, es directamente tomar el lugar del objeto y ser eventualmente invadido por este objeto o haberlo destruido. Es una relación excesiva, a todo o nada, lo cual hace que la apetencia por el objeto sea una amenaza narcisista fundamental. Me parece que toda la problemática de esos trastornos del comportamiento consiste en encontrar una suerte de compromiso que les permita mantenerse al mismo tiempo en la frontera entre el adentro y el afuera. El acontecimiento fundamental en la explicación de esos comportamientos es que ellos corresponden a un ordenamiento perverso de la relación: es necesario que el objeto esté allí constantemente próximo, dominado, controlado, pero siempre exterior, jamás retomado al interior. De allí que la anoréxica tenga, sin cesar, necesidad de excitar su hambre, de dominarla, de tener sensaciones a nivel de su cuerpo. Lo mismo pasa con las bulímicas. Pero estas pacientes no pueden aprovechar las cosas y están obligadas a mantenerlas en el exterior como la anoréxica, o a vomitarlas, es decir hacerlas abortar, como la bulímica. Todo ello se convierte en el prototipo del conjunto de sus relaciones. Es decir, no sacar nunca provecho o placer de esta relación, no poder interiorizarla y al mismo tiempo tener siempre necesidad de la misma. Ellas tratan de controlar esto focalizándolo sobre un objeto sustitutivo, alimento o droga y guardar ese objeto bajo su control entre el afuera y el adentro, es decir, a nivel de la sensación, a nivel del percepts, sirviendo al contrainvestimento del trabajo fantasmático. Las emociones son así reemplazadas por las sensaciones; la ensoñación y la asociación fantasmática por el recurso al percepto.

Vertex: *¿Cómo explicar la mayor prevalencia de la anorexia en las clases alta y media de la sociedad y su ausencia en los países en los que hay escasez de alimentos?*

Jeammet: Aunque esto aparezca como un hecho indudable no tenemos respuesta clara para ello. Es, sin embargo, algo

importante. Lo que puedo decir es que cuando el hambre está a nivel de la necesidad no está sobreinvertida por los conflictos. Lo empieza a estar cuando no juega más como una necesidad y puede ser portadora de un valor simbólico en el que los elementos afectivos de la relación predominan sobre las necesidades fisiológicas. Por otro lado, hay en nuestra civilización como un desplazamiento de la culpa ligada a la sexualidad, sobre los alimentos. No se culpabiliza más nuestra sexualidad pero sí nuestra manera de alimentarnos. Hay probablemente algo sutil que juega a reforzar esta sexualización de todo lo que toca a la alimentación. Volviendo a la pregunta sobre las clases sociales, se trata más bien de sectores sociales en vía de ascenso, más que de sectores elevados económicamente. Sectores en los que las insatisfacciones narcisistas, las dudas sobre sí mismo, se han mutado en un deseo de promoción acompañado de las angustias y los temores que eso supone. Esos niños crecen en un baño de avidez por el éxito, de refuerzo narcisista y al mismo tiempo de ansiedad ligada a la duda de no poder lograrlo. Creo que son castigados de lleno por ese tipo de cosas. Esto sería congruente con la evolución de nuestra civilización, que ha limitado las prohibiciones, pero que por otro lado ha aumentado las angustias narcisistas al plantear exigencias de éxito personal y de autonomía mucho mayores que antes.

Vertex: En el curso de estas Jornadas hemos escuchado varias advertencias sobre la nocividad de ciertos encarnizamientos terapéuticos ya denunciados el siglo pasado por Lasègue quien sugería esperar a que un real estado de aflicción de la familia relanzara el deseo. ¿Cree Ud. que un tal encarnizamiento juegue un rol en los impresionantes porcentajes de casos de muerte que algunos han citado (7%)?

Jeammet: Esa cifra es clásica. Hace mucho tiempo que es de ese orden. Varía muy poco. Yo no creo que se deba a eso, al contrario, creo que se debe a que se deja arrastrar las cosas demasiado. Es porque se llega demasiado tarde. En donde el encarnizamiento terapéutico puede jugar un rol negativo es cuando uno queda atrapado en un conflicto de poder con la paciente. Pero las muertes son, en general, ligadas a una intervención demasiado tardía y también a problemas de suicidio, particularmente cuando el sujeto vira a la bulimia y siente que no puede controlarse más. Allí el paciente tiene necesidad de estar extremadamente encuadrado para evitar tal evolución. No creo de ninguna manera que se puedan ligar causalmente los dos fenómenos que Ud. menciona. Evidentemente toda relación comporta un opuesto. Mantenerse demasiado a distancia es muy peligroso. Es allí, pienso, que el contrato como tercer elemento, es decir un elemento que viene a limitar esa relación de poder, es un factor movilizador para que podamos llegar a hablar de otra cosa que del peso corporal. Pero no se puede eludirlo porque es rápidamente demasiado invasor y vemos frecuentemente sujetos que se lanzan en relaciones y controlan este investimento vincular por medio de una agravación de sus síntomas; como un medio de afirmar su identidad en relación a la voracidad. En ese momento es necesario un tercero, una mediación.

Vertex: ¿Cómo explica Ud. la extraordinaria prevalencia de estos casos en las chicas en relación a los muchachos?

Jeammet: Es complejo. Lo que podemos observar es que todos los ataques contra el cuerpo, las tentativas de suicidio, las automutilaciones, son más frecuentes en las chicas. Creo que es porque ellas tienen el mismo cuerpo que la madre, y por lo tanto, una manera de conflictualizar su dependencia en relación a su madre es atacar su cuerpo. El muchacho está diferenciado de la madre. El va a actuar mucho

más a nivel de la agresividad, del comportamiento, de la oposición y mucho menos a nivel del propio cuerpo. Las quejas por problemas corporales son más frecuentes en las jovencitas quienes juegan a nivel de su cuerpo los más mínimos problemas; los muchachos deben tener una identificación femenina mayor para que ataquen severamente su cuerpo. Es por ello que con los varones se está más frecuentemente en las fronteras de la psicosis y que tanto los trastornos alimentarios como el suicidio son más graves en ellos. Con respecto al suicidio, es sabido que hacen tres veces menos tentativas que las chicas pero tienen tres veces más éxito cuando lo intentan. Hay algo que plantea el problema de la identidad en el varón, mientras que en la mujer estamos en el nivel de conflictos de identificación que pueden ser bastante banales ya que el cuerpo es el representante privilegiado de la madre.

Vertex: Para concluir, ¿como evalúa Ud. las actividades desarrolladas en este Congreso?

Jeammet: Tanto por el número de sus participantes como por la diversidad de horizontes de los que ellos provienen, este Congreso es el más importante que se ha tenido en el mundo sobre este tema. Lo que ha construido su éxito es, entre otras cosas, la decisión de haber reunido gente muy diferente, tanto a nivel de su práctica (nutricionistas, endocrinólogos, pediatras, psicoanalistas, etc.), como a nivel de las corrientes psiquiátricas que representan, puesto que hemos ido desde la biología hasta el psicoanálisis pasando por el comportamiento; intentando, no una síntesis, porque cada uno mantendrá su posición, sino mostrar que lo que nos une es un mismo paciente. Hay una unidad fundamental en la que hay que pensar para relativizar nuestras respectivas aproximaciones ■

Dominique Wintrebert

CEFYP

Centro de Familias y Parejas

Director General: Dr. Adolfo Loketek

Directora de Asistencia: Lic. María Rosa Glasserman

Directora de Docencia: Lic. Silvia Crescini

Formación de Terapeutas Sistémicos.

Apertura del Curso Clínico-Teórico

Pasantías para profesionales del Interior y exterior

Reunión informativa:

Miércoles 11/12/91 de 19:00 a 14:00 hs.

ó de 20:30 a 21:20 hs.

Informes: 801-3485 / 6394

LECTURAS & SEÑALES

LECTURAS

Donzelot, Jacques, La Policía de las Familias, Pre-Textos, Valencia, 1990, 241 págs.

Dice Deleuze en el epílogo: "Le- yendo a Donzelot se aprenden muchas cosas inquietantes sobre la Escuela de Padres, sobre los comienzos de la planificación familiar... ¿de dónde procede ese poder del psicoanálisis para investir un sector mixto, lo social, para trazar en él una nueva línea?" Apoyado en conceptualizaciones de Foucault y respaldado por gran cantidad de datos, el texto se interna como una nueva vuelta de tuerca sobre el rol social de lo familiar, como articulación entre el individuo y las normas del estado, desde el "Ancient Regime" hasta el presente. No se desliza sobre la vía de la historia, sino desde lo que podemos denominar la microsociología de los pequeños saltos de la cotidianidad: aparecen prácticas, disposiciones e ideas que modifican las perspectivas del accionar familiar —lugares del hijo, transmisión paterna de las leyes, regulaciones contractuales de la pareja de los progenitores—. Más que historia, siguiendo la "gongoriana" tradición intelectual francesa de los últimos años, el autor reflexiona: "aquí es donde interviene la historia de las mentalidades. Rompiendo con esta lectura política muestra la existencia de un régimen de transformación propio de los sentimientos, a las costumbres, a la organización de la cotidianidad".

Este texto es un aporte esperado, que en este momento del auge y del esplendor de toda clase de técnicas en terapia familiar, puede orientar y contribuir a contestar una serie de preguntas básicas, pero curiosamente eludidas por la gran mayoría de los autores que se ocupan del tema:

¿qué es o son síntomas en familia? ¿En qué consisten los elementos que tienden a la curación? ¿De qué familias (antropológica y socialmente) se habla? ¿Las significaciones sociales de las familias tienen algún invariante? Y así sucesivamente.

Vertex

Zieher, L. M. y Rojtenberg, S. L., Depresión y Antidepresivos, Ed. CTM, Buenos Aires, 1991, 274 págs.

Dentro de la enorme complejidad y la cantidad desmesurada de explicaciones que intentan dar cuenta de los fenómenos depresivos, así como la difusión desorbitada de nuevas sustancias activas para contrarrestar sus síntomas; este aporte marca un camino ancho y luminoso, que permite una orientación científica y humanística para contribuir a derrotar el padecimiento depresivo.

De lectura clara y medulosa, el texto recorre los niveles de comprensión del proceso depresivo —inhibición, tristeza, culpa— y los analiza en su compromiso biológico, patobiográfico y social, para luego adentrarse en los efectos de los fármacos, sus mecanismos de acción —desde el nivel molecular pasando los sistemas neuronales específicos e inespecíficos— y arribar a los efectos globales sobre el comportamiento del sujeto que padece.

Vemos aquí plasmada y con una excelente actualización, aquella mesa redonda que los autores sostuvieron en Vertex en noviembre del año pasado (Vertex, Vol. 1, Nº 2, 1990), y que reabre la siempre renovada polémica sobre la complementación de las diferentes eficacias de lo psicoterapéutico y lo psicofarmacológico.

Es un libro indispensable, que entre otros elementos valiosos, pone al día características etiopatogénicas de los diferentes tipos de depresión; posee una gran claridad para explicar los elementos neurobiológicos básicos y hasta aporta un *va demecum* muy útil sobre los fárma-

cos antidepresivos presentes en nuestro país. En un número próximo de nuestra revista publicaremos una nueva polémica sobre la interrelación entre los niveles psicoterapéuticos y biológicos que este libro expone.

Vertex

Nathan, Tobie, El semen del diablo, Elementos de etnopsiquiatría, Ed. Losada, Buenos Aires, 1991, 202 págs.

Ya en la introducción este trabajo, fundamentado y lúcido, afirma taxativo: "la psiquiatría occidental no ha logrado asegurar la salud psíquica de los miembros de las sociedades tradicionales, tanto en los países de origen, como en los de inmigración". De ahí en adelante se interna en las distintas técnicas puestas en escena por chamanes, brujos o curadores, en las sociedades no occidentalizadas, buscando las razones de su eficacia terapéutica. Navega las aguas complejas del océano de las conductas individuales y sociales de más del 60% de la comunidad internacional que no pertenece a los sistemas curativos de los países "desarrollados" y encuentra cuáles con las formas en que puede reestablecerse un sentido alterado y las significaciones simbólicas perdidas en la enfermedad mental. Habitantes no sólo localizados fuera del Norte, sino inmersos dentro de las "civilizaciones desarrolladas" y para quienes la psiquiatría moderna no ofrece soluciones. A partir de una exhaustiva investigación de casos clínicos en Francia y en zonas de África, el autor va recorriendo uno a uno los velos, los lenguajes y rituales que —por provenir de otro sistema productor de significaciones simbólicas— nos hacen incomprensibles las técnicas de los curadores de las sociedades tradicionales y ofrece explicaciones y la traducción de aquellos sistemas que resultan altamente eficaces. Es entonces que nos enseña que la psiquiatría a pe-

sar de todos sus avances necesita indispensablemente de una actitud no dogmática y del concurso de muchas disciplinas para develar las determinaciones múltiples que hacen a la enfermedad mental.

El autor polemiza con antropólogos de la talla de Lévi-Strauss y otros, mientras rescata nombres como George Mead y la labor de escucha del psicoanálisis en todas sus variantes, en tanto respetuoso del decir y sentir del paciente. El libro merece una lectura atenta y cuidada, sobre todo en nuestro país, donde nuestra población se encuentra atravesada por una hibridación cultural inventada y además, porque es necesaria la profundización de estos temas en la formación del psiquiatra, quien se encuentra en el cruce de diferentes formas de enfermar, determinadas por las culturas que lo contienen.

Vertex

Katz, Jay, El médico y el paciente. Su mundo silencioso, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1989, 446 págs.

Podría haber sido más corto, pero el contenido apunta una serie de insuficiencias y preguntas que tienden a reubicar drásticamente el lugar del médico y su paciente. A lo largo de un estudio histórico minucioso y fundamentado, Katz señala que luego de casi 3000 años el médico recién ahora acepta, que debe explicarle a su paciente qué le sucede, y qué es lo que cree que debe hacerse y recurre al paciente para que acepte el tratamiento ofrecido,

Este cambio no tiene más de 30 años. Se pregunta cuáles fueron las causas por las que durante siglos el médico no informaba y qué sucedía con los pacientes que guardaron respetuoso y cuasi religioso silencio frente a esa figura endiosada. No aclara totalmente el tema pero muestra una serie de líneas directrices para continuar elaborando estos temas.

Se interna también en los mecanismos transferenciales y contra-transferenciales de la relación médico-paciente, aportando datos de juicio y la fundamentación de lo que se conoce en la actualidad como "consenso informado". Son interesantes también los capítulos donde se puntualizan las polémicas entre derecho, psicología, saberes e ignorancia.

Luego de leer este libro, útil para profesionales y pacientes, queda abierta la posibilidad de formular nosotros, en tanto psiquiatras y psicoterapeutas, otras preguntas: ¿Cuánto debe conocer el paciente de su afección? ¿Qué técnica curativa se le ofrece y cuáles son sus fundamentos? ¿Cuál es el pronóstico probable? ¿Qué tipo de colaboración terapéutica se dará entre paciente y terapeuta? ¿Simetría y alianza? ¿Abstinencia, asimetría, supuesto saber?

Vertex

Jorge Ciprian-Ollivier (compilador) Psiquiatría Biológica. Fundamentos y aplicación clínica, Científica Interamericana, Bs. As., 1988 (reimp.) 207 pág.

La reimposición del texto que nos ofreciera Jorge Ciprian-Ollivier prolonga la presencia a disposición del público especializado de un instrumento indispensable en su tema. Difícil encontrar en castellano una revisión tan completa de los conceptos fundamentales que la vertiente biológica aporta al conocimiento psiquiátrico.

En línea directa con la tradición de Edmundo Fisher, pionero en nuestro medio de la investigación neurobiológica, el nutrido grupo de colaboradores convocados por Ciprian-Ollivier recorre todos los capítulos desde la Psicogenética hasta la Neurocirugía del sistema límbico, pasando por la Psicofarmacología, los trastornos del sueño y la vigilia en su enfoque neurofisiológico y los trastornos bioquímicos de los desórdenes psiquiátricos recalando extensamente en la discusión de las hipótesis biológicas etiopatogénicas de las depresiones, las esquizofrenias, la psicosis maniaco-depresiva y el desorden obsesivo-compulsivo. Un importante momento del texto es el de la presentación de los Trastornos de las conductas alimentarias encuadradas en el concepto de disorexia central.

En resumen, un libro para estudiar y consultar, siempre vigente, compilado por quién ocupa, desde hace unos meses, el cargo de Presidente de la Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica, merecido galardón que premia una larga y esforzada trayectoria.

Vertex

AHORA PUEDE APRENDER

**INGLES
FRANCES
ALEMAN**

EN 150 HORAS

Metodología utilizada por:

la N.A.S.A.

el Ejército Israelí

las Escuelas Salesianas

**También Cursos Intensivos
y Clases Individuales**

**LABORATORIO INTERNACIONAL DE IDIOMAS
LAPRIDA 1369 - P.B. casi Av. Santa Fe
Tel. 825-9615**

37º Congreso Internacional de Psicoanálisis (IPAC 91)

Continuando con nuestro informe dedicado al tema (ver "Entrevista a R. H. Etchegoyen, presidente electo de la I.P.A."; "XI Pre-Congreso de I.P.S.O." y "Algunas consideraciones sobre el lugar actual del trabajo de investigación en psicoanálisis" de René Epstein (publicadas en Vertex N° 5) presentamos en este número el comentario que nos hace llegar el Dr. Berenstein, miembro de nuestro Comité Científico y Co-Presidente del 37º Congreso Internacional de Psicoanálisis.

El 37º Congreso Internacional de Psicoanálisis (IPAC 91) se realizó entre el 28 de Julio y el 2 de agosto de 1991, en Buenos Aires. Este informe fue realizado casi tres meses después, lo cual me permitió tener un poco de distancia respecto del momento de su realización. Es un relato escrito casi al correr de mis impresiones.

El 37 IPAC 91 constituyó un evento significativo. Desde el punto de vista científico lo más relevante fue el hecho de acercarse otra vez más a la base empírica y por eso hubo un énfasis mayor en las lecturas clínicas. El tema central: *Cambio Psíquico. Desarrollos en la teoría de la técnica* dió a su vez más lugar a la participación del analista en el proceso analítico y supongo que como registro de ello el tema para el próximo Congreso de Amsterdam será *La mente del analista*, tema fundamental y verdaderamente valiente si puede ser enfocado con el coraje necesario. También se fueron multiplicando los temas llamados "de medio día": Investigación empírica, Antisemitismo, Consecuencias del Holocausto, Historia del Psicoanálisis en América Latina, Pareja y Familia, Violencia Social, Encuentro entre dos Mundos: conquista y sacrificios, Aproximación Psicoanalítica a Borges, Sida y otros temas de actualidad e interés.

En los diez días que hubo, un poco antes y un poco después, se realizaron una serie de Congresos aprovechando los visitantes, mu-

chos de ellos de reconocida jerarquía. Como es habitual se realizó la Quinta Conferencia de Analistas Didácticos (el Precongreso Didáctico), esta vez con el tema *Entre el caos y la Fossilización. Los problemas de la integración de los distintos marcos de referencia teórico-clínicos en la formación del Psicoanalista*; el 11º Precongreso de IPSO, la Organización Internacional de Estudios de Psicoanálisis, esto es la agrupación de los candidatos de los Institutos de Psicoanálisis; el Congreso de WAIPAD (Asociación Mundial de Psiquiatría Infantil y Disciplinas Aliadas); otro de Psicósomática. Además las instituciones psicoanalíticas así como las universitarias pudieron contar con destacadas personalidades aprovechando su estadía en esta ciudad. O sea, Buenos Aires vivió algo así como una exposición intensiva a lo más granado del conocimiento psicoanalítico.

El 37 IPAC 91 tuvo un total de 3.261 inscriptos de los cuales 1580 fueron argentinos, 652 de Brasil, 292 de Estados Unidos, 84 de España y los restantes participantes pertenecientes a los 33 países que se vieron así representados. Fueron muchos inscriptos, muchos más que en cualquier otro Congreso Internacional de Psicoanálisis, lo cual es lógico desde la perspectiva de que en la Argentina y en Buenos Aires especialmente hay un gran número de psicoanalistas así como los hay en Brasil. Pero en nuestro país hay además un gran interés y expansión del psicoanálisis, para bien y para mal. Para bien porque la difusión del conocimiento del psicoanálisis en lo referido al mundo mental inconsciente así como su conexión con la salud, la educación y la aplicación a otras ramas del conocimiento genera una perspectiva nueva, no posible de tener de otra manera. Pero en la misma difusión está el riesgo del desgaste, de la repetición, la conversión en clichés y en un discurso plano, falto de relieve, la absorción y la banalización llevadas a cabo por el medio social sobre todo aquello que amenaza con hacer cambiar sus creencias y convicciones. El riesgo es mayor cuanto mayor sea el éxito social del psicoanálisis, ciertamente grande en nuestro país.

Este fue el primer congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA) realizado en América Latina y Buenos Aires fue elegida

como su sede. Una forma de reconocimiento porque prácticamente el psicoanálisis se asentó aquí hacia finales de la década del 30 y desde esta ciudad se difundió al resto de los países latinoamericanos, cuyos psicoanalistas venían a nuestras asociaciones para formarse y luego volvieron a sus lugares de origen dando lugar a las asociaciones locales. Pero también fué un reconocimiento al número y a la obra de los analistas de este área que con Europa (junto con Medio y Lejano Oriente) y Norteamérica son las tres representadas en el Comité Ejecutivo de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Esto ya se había reflejado en su organización que tiene tres vicepresidentes por cada una de las tres áreas así como en la reciente disposición a realizar el Congreso una vez en cada área en la medida de las posibilidades de organización respectivas.

Un Congreso Psicoanalítico Internacional también tiene un espacio político pues en él se votan las autoridades que dirigirán la Asociación Psicoanalítica Internacional. A partir de este Congreso se implementará un sistema distinto como es el voto por correo con lo cual se ampliará la base de consulta que entonces no quedará restringida a los que concurren al citado Congreso. Hasta 1989 la elección tenía un candidato único. En el de Roma, por primera vez se postularon dos para ser elegidos como presidente: el Prof. Joseph Sandler, de la Sociedad Psicoanalítica Inglesa y la Sra. Janine Chasseguet-Smirguel de la Sociedad Psicoanalítica de París, a la sazón ambos vicepresidentes. Triunfó el primero de ellos que es el Presidente actual. En Buenos Aires se elegirá por primera vez al que se llamará Presidente Electo, esto es que asumirá dos años después, en este caso en Amsterdam. En estos dos años tomará contacto y se adiestrará con las complejas funciones administrativas y políticas de la IPA que reúne al día de hoy alrededor de 7.000 miembros con una perspectiva demográfica de llegar a los 10.000 o un poco más para el año 2.000. En Buenos Aires hubo dos candidatos a Presidente Electo: el Dr. Horacio Etchegoyen de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA) y el Dr. Jorge García Badaracco, de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA). El primero de ellos ganó la elección. Hubo una campaña previa, con todo el conte-

nido emocional que tienen las contiendas electorales pero mi impresión personal es que fue bastante contenida y ello habla de la madurez en las relaciones entre ambas instituciones psicoanalíticas de Buenos Aires.

Desearía comentar algo del Comité de Organización que fue copresidido por la Dra. Susana Lustig de Ferrer por APA y por mi en representación de APdeBA. De ahí en más toda la comisión (como co-Secretarios la Dra. Sara Zac de Filc, por APdeBA y el Dr. Miguel Angel Rubinstein por APA, y como co-Tesoreros el Dr. José G. Plaza de Ayala de APA y el Dr. Samuel Zysman de APdeBA) y las diversas subcomisiones tuvieron por partes iguales representantes de cada una de estas Asociaciones. Diría que en forma implícita y sin habérselo propuesto generamos un ámbito donde la cuestión electoral no entrara. No debería tomarse esta afirmación como un rasgo de ingenuidad sino como más cercano a la descripción de la experiencia. La pertenencia institucional exacerbada por el deseo de triunfo de "su" candidato operaba y supongo que cada uno podía tratar de hacer llegar una pequeña ventaja a su causa, pero con un extremo cuidado de mantenerse dentro del borde, esto es no desbordarse dada la magnitud del evento en el que estábamos comprometidos. Respecto a la relación entre el 37º Congreso Psicoanalítico Internacional y nuestro medio diré dos cosas. La primera es que fue de utilidad para marcar más claramente el límite, el borde del área correspondiente a las Instituciones analíticas con pertenencia a la Asociación Psicoanalítica Internacional de aquellas otras muchas que hay en Buenos Aires y que tienen otras pertenencias institucionales. Todo lo que delimite, haga más preciso y no establezca límites ficticios me parece que despeja y hace bien. Ello incidirá tanto sobre el afuera como sobre el adentro de nuestras Asociaciones y su evolución se verá en el futuro. Con relación al medio social y cultural diré que es de mucha aceptación y no obstante de no menos resistencia y diría que tradicionalmente no se le perdona al psicoanálisis hacer evidentes niveles que la cultura desea mantener ocultos o escindidos. Claro que la manifestación de ese conflicto se da a través de un desplazamiento al detalle y esta vez fue el revuelo hecho en la prensa alrededor de Borges en algo semejante a una comedia de enredos

que no tuvo mucho que ver con lo tratado en el congreso: la aproximación psicoanalítica a Borges a través de su obra, sino más que ver con una tónica informativa característica de nuestro medio como es la búsqueda del 'raiting', de las noticias 'fuertes' y con un contenido importante de desinformación, de lo cual algún medio de prensa se exceptúa. En la medida que tuvimos reuniones frecuentes con los medios de información todos los días del Congreso había circulación de noticias pertinentes al objetivo de informar. No es pertinente tener acceso a las discusiones clínicas que son altamente técnicas y deben estar amparadas por la privacidad que se le debe a un material tan personal como es el mundo psíquico.

Una última reflexión. Participar desde la posición de co-Presidente del 37 Congreso Internacional de Psicoanálisis me significó una experiencia que hasta ahora no había tenido a pesar de haber presidido otro congreso, el Primer Congreso Argentino de Psicoanálisis de Familia y Pareja y de haber participado en la organización de otros. Pero esto fue una experiencia singular dada la vinculación con las oficinas centrales en Londres y con colegas de otras latitudes con quien hubimos de comunicarnos frecuentemente. Ello me dió contacto con experiencias emocionales intensas, entre otras la fuerte trama de prejuicios entretejida en la relación entre el Norte y el Sur así como tomar con-

tacto con cómo la estructura de dependencia socioeconómica atraviesa todos nuestros lugares. Esto me parece de una importancia suma y coincido con Hanna Segal cuando en la conferencia de prensa, que ningún medio de prensa local publicó, acerca de la posición de los Psicoanalistas contra la Proliferación de las Armas Nucleares dijo que ahora que la confrontación Este-Oeste (de naturaleza paranoica) había dejado de tener vigencia el conflicto era Norte-Sur y con una cualidad de sometimiento y dependencia puesto que entre otras cosas el Norte tenía armamentos nucleares y el Sur no. Verdaderamente es para reflexionar si la cuestión nuclear nos involucra o no.

Por otra parte y para terminar diría me gustó mucho hacer algo para ayudar a dar de nuestro país una imagen que no fuera sólo la que llega al extranjero y que habita en las primeras páginas de nuestros diarios. Hay otra Argentina un poco más silenciosa dedicada al trabajo, a la creatividad, a la ética y al respeto de los valores personales ■

Isidoro Berenstein

L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE

Revue des psychiatres des hôpitaux

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

A. P. S. A.

Asociación psiquiatras argentinos
Instituto de formación de post-grado
Curso superior de médico especialista
en psiquiatría
Unidad Académica de Post-Grado
de la U.B.A.
Reconocido por el Ministerio de Salud
y Acción Social de la Nación

Informes e inscripción: Sede APSA:
V. Cevallos 180 - 4º piso - (1077) Capital
T. E.: 46-2702, 45-9219

Instituto Superior de Formación de Post-Grado

Fue creado en 1987 por la Comisión Directiva de APSA, como respuesta a la necesidad de ofrecer un espacio coherente y sistemático que permita una formación permanente en la especialidad, teniendo en cuenta el vigoroso crecimiento de conocimientos y técnicas de continua producción en el campo de la Psiquiatría.

En todo momento se promueve a través del Instituto un fluido devenir de entrecruzamientos en los que se intentan síntesis integradoras de lo diverso, con un absoluto respeto de lo plural tanto en lo científico y técnico, como en lo ideológico, que permita precisar en forma actualizada y rigurosa, entre otras cosas, el rol y la identidad de la psiquiatría que nuestra comunidad demanda.

En el contexto de este proyecto de formación continua que el Instituto representa, el eje que articula estas acciones es fundamentalmente la *Carrera de Médico Especialista en Psiquiatría* de 3 años de duración, reconocida como Unidad Académica de Post-Grado de la facultad de Medicina de la UBA y por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Esta carrera prioriza la *Formación Activa en Servicio* como una herramienta operativa de enorme trascendencia, en especial si se tiene en cuenta que centraliza sus acciones en el Hospital General, con supervisiones y controles; ateneos clínicos, ateneos bibliográficos, pasantías por centros de Trabajo Comunitario, Guardias, salas de internación, etc.

Un aspecto importante de la carrera lo constituye el *Grupo de Reflexión* de los dinamismos que genera el espacio formativo en el grupo de alumnos y en los docentes y las instituciones. Todo este rico material es generosamente trabajado y capitalizado para la formación.

Otros aspectos tenidos en cuenta son los que hacen a las *Metodologías de Investigación* que se favorecen a través de la incorporación en proyectos concretos y el de la *Docencia* con la gradual y progresiva participación de los egresados en dicha función.

En torno al eje de la carrera de especialistas discurre una rica oferta de cursos específicos de especialización en diferentes áreas.

El primer Director del Instituto fue el Prof. Dr. Miguel Angel Materazzi.

"LA PRACTICA DE LA PSIQUIATRIA, HOY"

Organizado por APSA tuvo lugar, el 31 de octubre y el 1 y 2 de noviembre, con este título, el VII Congreso Argentino y el 3er Encuentro Latinoamericano de Psiquiatría en la ciudad de Mar del Plata. Vertex entrevistó en esa ocasión a su Presidente el Dr. Alberto Bertoldi, quién es también vicepresidente de APSA.

Vertex: ¿Cuáles son sus apreciaciones sobre el desarrollo de esta reunión?

Alberto Bertoldi: Extremadamente positivas por supuesto: la asistencia, ha superado los mil inscriptos, las actividades científicas se están desarrollando según lo previsto y la calidad de las exposiciones colma nuestras expectativas. APSA, es sin lugar a dudas, el eje aglutinante y el ente convocante de la psiquiatría argentina. Desde sus comienzos se ha recorrido un largo camino, participativo, democrático e integrativo, abierto al diálogo. Un lugar en donde se encuentren todas las tendencias y modalidades terapéuticas con el objetivo de propender a la prevención y atención de los desórdenes mentales.

Vertex: ¿Cuáles han sido los temas sobre los que han puesto mayor énfasis?

Bertoldi: Hemos dedicado Simposios especiales a los temas: Desórdenes de ansiedad y crisis de pánico, Depresión, Actualizaciones en Psicofarmacología y Psicoterapias y la Realidad de la Práctica de la Psiquiatría en América Latina hoy en día. También se organizaron grupos de trabajo sobre Rol e Identidad del Psiquiatra, Realidades Institucionales Pública y Privada, Docencia, Transdisciplina, Drogadependencia, Legislación y Ética, Psiquiatría y enfermedad HIV-SIDA, Psiquiatría y Medicina, Arte y Psicopatología, además de cursos de actualización en diversos temas y la tradicional presentación de trabajos libres.

Vertex: ¿Quiénes son las figuras de relevancia internacional que han concurrido a este Congreso?

Bertoldi: Una presencia fundamental es la del Dr. Sheehan de la Universidad de Miami que expuso sobre Desórdenes de ansiedad y ataques de pánico, como Ud. sabe, está en el Comité de Redacción de los DSM; en el mismo Simposio del que

participó Sheehan estuvo el Dr. Ayuso de la Universidad Complutense de Madrid. El Dr. Dose investigador del Instituto Max Planck hasta 1989 y actualmente de un hospital psiquiátrico cercano a Núremberg, habló sobre el uso de los anticonvulsivantes: carbamacepina, oxcarbacepina, valproato en psiquiatría, con él participó el Dr. Smutze, Jefe del laboratorio de drogas anticonvulsionantes de Ciba-Geigy en Basilea. De Boston asiste el Dr. Calvert, especialista en bioética en el área de nuestra especialidad.

Vertex: También hay una participación nutrida de colegas latinoamericanos.

Bertoldi: Asisten los presidentes de las sociedades de Psiquiatría de Uruguay, Brasil, Chile, Paraguay y Colombia. También hay representantes de organismos oficiales y no oficiales que tienen que ver con la planificación e implementación de planes de Salud Mental nacionales y provinciales de Argentina y de diversos países de América Latina. Se están desarrollando grupos de debate sobre los llamados SILOS (Reforma de la Atención Psiquiátrica en los Sistemas Locales de Salud).

Vertex: ¿La inclusión de la Declaración de Caracas entre los documentos entregados por el Comité Organizador a los Congresales indica que APSA apoya resueltamente el cierre de los hospitales psiquiátricos?

Bertoldi: Si, pero la propuesta no es solamente cerrarlos sino también desarrollar métodos alternativos. Sería un absurdo hacerlo sin antes crear propuestas que los reemplacen. Todos sabemos que el manicomio tal cual está no cumple un objetivo terapéutico, pero cerrarlos debe tener como paso previo y simultáneo el desarrollo de centros comunitarios, residencias a medio camino, hospitales de día y servicios de psicopatología de hospital general. No queremos que pase como en Nueva York en donde se encuentra el fenómeno de los "home less", gente sin vivienda que duerme y vive en las calles: un 40% de ellos son enfermos mentales que no tienen adonde ir. Obviamente no queremos que en nuestro país o en Latinoamérica pase eso ■

Título de Especialista en Psiquiatría

El médico interesado en obtener el título de especialista en psiquiatría debe verificar si cumple con las exigencias siguientes, las que estipula la ley 17.132 del año 1967, artículo 21, inciso C.

1º. Se considerará también válida la certificación de haber realizado un curso de post-grado de la especialidad de no menos de 3 años de duración con características similares a los cursos de especialistas en psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y de otros países. Se aceptará también la solicitud de quienes hayan completado una Residencia Médica en Psiquiatría o de aquellos que certifiquen antecedentes de no menos de 5 años de cursos y actividades formativas en la especialidad en instituciones nacionales o extranjeras suficientemente acreditadas para garantizar una adecuada capacitación. En todos los casos en que un médico solicite el título de especialista en Psiquiatría será requisito indispensable además la presentación de una monografía sobre un tema de la especialidad, la que deberá ser defendida ante un tribunal de tres calificados docentes de Psiquiatría, designados *ad hoc* por la Comisión Directiva de APSA, el que deberá expedirse por mayoría de votos. En este acto el tribunal deberá elevar a la Comisión Directiva una fundamentación del dictamen, así como un informe con respecto a las condiciones personales del postulante al título.

2º. Haber aprobado el curso Superior de Médico Psiquiatra de la Facultad de Medicina de la UBA o 5 años de concurrencia debidamente certificados a un servicio oficial de la especialidad en el país.

3º. Si el interesado cumple con los requisitos antes mencionados debe dirigir una nota al presidente de APSA, solicitando el otorgamiento del título de Médico Psiquiatra en virtud de la Disposición Nº 229 del 11 de febrero de 1988 de la Subsecretaría de Regulación y Control del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación que otorga a APSA idoneidad para otorgar certificados de especialista en Psiquiatría.

4º. Entregar junto con la anterior nota un curriculum firmado en cada hoja por cuádruplicado junto con las certificaciones y constancias correspondientes.

5º. Trabajo Científico: Se presentará un trabajo científico que deberá estar avalado por un tutor quién debe pertenecer al claustro de profesores de la Facultad de Medicina de Salud Mental o de reconocida trayectoria en la especialidad.

6º. Propuesta: La propuesta llevará: a) Nombre del trabajo b) Nombre del Tutor. Si la misma es aceptada, se deberá realizar la entrega en un plazo no mayor de 3 meses y por cuádruplicado.

7º. Características del Trabajo: El trabajo deberá estar relacionado directamente con la especialidad y apuntar a contener 3 aspectos básicos: Originalidad, Metodología y Aporte. Dicho trabajo, deberá ser defendido ante el jurado establecido *ad hoc* para evaluar sus antecedentes en fecha a determinar.

Declaración de Caracas

Adoptada por Aclamación por la Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina

Caracas, Venezuela, 11-14 de noviembre de 1990

Este es el texto de la Declaración adoptada el 14 de noviembre de 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) convocada por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/ OPS) con el apoyo técnico y financiero del Instituto de Investigaciones Mario Negri de Milán, Centro Colaborador en Salud Mental de la OMS y el auspicio de las siguientes entidades:

Asociación Mundial de Psiquiatría
Asociación Psiquiátrica de América Latina

Centro Colaborador en Salud Mental de la OMS, Universidad de Umea, Suecia

Centro de Estudios e Investigación en Salud Mental de la Región de Friuli, Italia

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, (OEA)

Consejería de Sanidad de Asturias, España

Diputación Provincial de Valencia, Servicio de Salud Mental, Valencia, España

Dirección General de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Andalucía, España

Instituto Andaluz de Salud Mental
Federación Mundial de Salud Mental

Servicio de Psiquiatría de la Unidad Sanitaria Local de Livorno, Italia

Servicio Psiquiátrico del Servicio Sanitario de Reggio Emilia, Italia

Sociedad Interamericana de Psicología
Sociedad Venezolana de Psiquiatría

Participaron en la reunión representantes de las entidades patrocinantes; juristas; miembros de los Parlamentos de Brasil, Chile, Ecuador, España, Mendoza (Argentina), México, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela; y delegaciones técnicas de Brasil, Colombia, Costa Rica, Curazao, Chile, Ecuador, Estados Unidos de América, México, Nicaragua, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

Presidente: Prof. Dr. Jorge Costa e Silva (Brasil)

Delegados de la Región Latinoamericana:

Prof. Dr. Antonio Pacheco Hernández (Venezuela)

Prof. Dr. Roger Montenegro (Argentina)

DECLARACION DE CARACAS

Las Organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas reunidos en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud.

Notando,

1. Que la Atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva;

2. Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al:

a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera, mayor discapacidad social,

b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo,

c) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental,

d) impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores.

Considerando,

1. Que la Atención Primaria de Salud es la estrategia adoptada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y refrendada por los países Miembros para lograr la meta Salud para Todos en el Año 2000;

2. Que los Sistemas Locales de Salud (SILOS) han sido establecidos por los países de la Región para facilitar el logro de esa meta, por cuanto ofrecen mejores condiciones para desarrollar programas basados en las necesidades de la población y de características descentralizadas, participativas y preventivas;

3. Que los programas de Salud Mental y Psiquiatría deben adaptarse a los principios y orientaciones que fundamentan esas estrategias y modelos de organización de la atención de salud.

Declaran

1. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;

2. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;

3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben:

- a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles,
- b) estar basados en criterios racionales y técnicamente adecuados,
- c) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario;

4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:

- a) Aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales,
- b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento;

5. Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración.

6. Que las Organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la reestructuración, y al monitoreo y defensa de los derechos humanos de

los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.

Para lo cual,

Instan

A los Ministerios de Salud y Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región ■

a-compañar

Asistencia y formación en Salud Mental

Dir.: Guillermo J. Altomarro
Coor.: Lic. Silvia M. Azpillaga

Fundada en 1982

- El **ACOMPANAMIENTO PSICOTERAPEUTICO** es una función de **CONTENCION ALTERNATIVA** que se integra al tratamiento en problemáticas agudas y crónicas en niños, adolescentes y adultos.
- Las distintas modalidades estratégicas permiten implementar coberturas que comprenden desde algunas horas por semana a 24 hs. por día, según se trate de situaciones de:
 - INTERNACION: Domiciliaria o Institucional
 - EXTERNACION - RECUPERACION
 - COMPENSACION - CRONICIDAD

Rodríguez Peña 286 Piso 2 - Capital - Tel.: 46-6966

LUDIAS

LUGAR DE DOCENCIA, INVESTIGACION
Y ASISTENCIA EN SEXUALIDAD
DIRECTOR: Dr. JUAN CARLOS KUSNETZOFF

**CURSO DE POSGRADO EN SEXOLOGIA CLINICA
DESTINADO A MEDICOS Y PSICOLOGOS CLINICOS**

ABIERTA LA INSCRIPCION CICLO 1992

Informes:

802-4806 / 72-0268

Araoz 2636 - 4° B - (1425) Capital Federal

FUNDACION

Cisam

DESDE 1971

Director: Lic. RUBEN MARIO DIMARCO

HOSPITAL DE DIA para niños,
adolescentes, jóvenes. **TALLER
CONSULTORIOS EXTERNOS**

También para adultos, parejas y familia.
Cursos, Seminarios y Supervisiones.

Armenia (ex Acevedo) 1788

Tel. 71-3386