



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

114



CULTURA Y PSIQUIATRÍA

*Aceves Pulido / Alarcón / Matusevich / Mondin
Rojas Malpica / Vaschetto / Villaseñor Bayardo / Vommaro*

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

Volumen XXV – Nº 114 Marzo – Abril 2014 - ISSN 0327-6139

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

Comité Científico

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

Comité Editorial

Martín Agrest, Patricio Alba, Norberto Aldo Conti, Juan Costa, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusevich, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Federico Rebok, Esteban Toro Martínez, Hugo Pisa, Fabián Triskier, Daniel Vigo, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

Corresponsales

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

Corresponsales en el exterior

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

Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

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

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXV Nro. 114 MARZO - ABRIL 2014

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

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

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

Informes y correspondencia:

VERTEX, Moreno 1785, piso 5
 (1093), Buenos Aires, Argentina
 Tel./Fax: 54(11)4383-5291 - 54(11)4382-4181
 E-mail: editorial@polemos.com.ar
 www.editorialpolemos.com.ar

Corrección técnica de textos:

Laura Carosella

Diseño

Marisa G. Henry
 marisaghenny@gmail.com

Impreso en:

Sol Print SRL,
 Araoz de Lamadrid 1920, Avellaneda

SUMARIO

VERTEX
*Revista Argentina de
Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

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

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com.ar

Ilustración de tapa
Artista: Laura Suarez Orozco

Sin título

Técnica: grafito y acuarela
20 x 23 cm
Año 2014

lauso@hotmail.com

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

• Tratamiento con vitamina D y enlentecimiento de la progresión a estadio severo en enfermedad de Alzheimer

Marcelo Chaves, Ana Toral, Ana Bisonni, Juan Ignacio Rojas
Cecilia Fernández, María José García Basalo, Daniel Matusevich,
Edgardo Cristiano, Ángel Golimstok pág. 85

• Cambios en la hemodinamia cerebral en consumidores crónicos de paco y cocaína: estudio de casos y controles

Ignacio Previgliano, Silvia Cortese, Victoria Di Nardo,
Enrique Lara, Sabrina Da Ré, Orlando Villareal, Julieta Poliszuk,
María Eugenia Fernández, Mónica Quinteros,
Carlos Damín, Myriam Nuñez pág. 92

• Consideraciones éticas de la comunicación diagnóstica en la enfermedad de Alzheimer prodrómica

Cecilia M. Serrano, Patricia Sorokin, Fernando Taragano pág. 99

DOSSIER

CULTURA Y PSIQUIATRÍA

pág. 102

• Componentes culturales en DSM-5: logros, ilusiones y esperanzas

Renato D. Alarcón pág. 105

• Viajeros, locos, errantes

Emilio Vaschetto pág. 113

• La Psiquiatría Cultural en América Latina

Sergio Javier Villaseñor Bayardo, Carlos Rojas Malpica
Martha Patricia Aceves Pulido pág. 122

• Institución, subjetividad y psiquiatría

Horacio Vommaro pág. 131

• Aplicación de una red social a la práctica y el aprendizaje de la psiquiatría

Estefanía Mondin, Daniel Matusevich pág. 144

• Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales (GLADET A.C.). Entrevista a Sergio Javier Villaseñor Bayardo

Juan Carlos Stagnaro pág. 149

EL RESCATE Y LA MEMORIA

• Los indígenas y la locura

Lucio Meléndez pág. 152

CONFRONTACIONES

• Declaración de Santiago. I Conferencia Latinoamericana del Espectro Autista. Santiago, Chile, 2013

pág. 155

LECTURAS Y SEÑALES

• La medicina del nuevo siglo. Evidencias, narrativas, redes sociales y desencuentro médico-paciente. Apuntes críticos.
Daniel Matusevich pág. 159



EDITORIAL



¿Cuál es la ubicación del psiquiatra en el mundo contemporáneo? ¿Cuál es su función? Estas preguntas que hubieran tenido no hace mucho tiempo una respuesta obvia, hoy son pertinentes. En efecto, cualquiera sabe, al menos de manera teórica, que el psiquiatra es un médico que atiende a personas que tienen una demanda o que llegan de manera obligada, pero hoy resulta que el tipo de presión y demanda que se le presentan al psiquiatra está cambiando rápidamente, y que eso incide de manera determinante en la misma definición del rol profesional.

Ambas circunstancias motivadoras de la consulta se encuentran condicionadas como nunca antes por el ideal cientificista y las exigencias políticas. Se podrá decir que esto no es nuevo, más aún, siempre fue así, pero lo que queremos significar enfáticamente es la probabilidad de que nunca fue "tan" así: nunca los factores externos, ya sea que se manifiesten a través de la subjetividad de los consultantes o de las condiciones de la práctica profesional, ejercieron una presión tan intensa y determinante sobre los fenómenos de la estructura interna del saber psiquiátrico.

Por otro lado, nunca antes en los dos siglos y medio de su existencia la psiquiatría había visto tan menoscabada, desvalorizada y secundarizada, su principal fuente de reflexión, de actualización de su praxis y, por ende, garantía de efectividad en sus actos terapéuticos, es decir, nunca se había visto tan relegada la clínica. Clásicamente elaborada en el diálogo con el paciente y la discusión con los colegas, la clínica, proveyó el material sobre el cual se edificó una disciplina propia y singular; conceptualizada en sus fenómenos causales por las teorías psicopatológicas que mejor la explicaron en cada momento de la evolución del paradigma psiquiátrico. Esta tradición clínica de la entrevista y el debate psicopatológico, había instalado a la psiquiatría en una dimensión muy particular que privilegiaba el discurso, cualquiera que fueran las opiniones y las teorías que se formaban a partir de estos intercambios.

Sin embargo, empujada por las corrientes tumultuosas de la cultura de fines del último medio siglo, esa dimensión clínica de la psiquiatría se vio reemplazada por un pragmatismo elemental con pretensiones científicas expresado en clasificaciones supuestamente ateóricas. A esa manera de categorizar los trastornos psiquiátricos se le agregó una apresurada e ingenua concepción de la alteración del sustrato biológico del cual se desprendió una convicción, también exagerada, del valor "curativo" de los psicofármacos y las psicoterapias derivadas de las teorías cognitivas y conductuales. El puerto de destino de la psiquiatría eran las omnipresentes neurociencias, hoy en franca declinación de su prestigio por la caída en sus previsible aporías. Tejido con ese fenómeno reduccionista biológico comenzó a insinuarse su polo opuesto: la psiquiatría debía diluir su especificidad en un equipo de profesionales de la salud mental. Las enfermedades o síndromes mentales devinieron algo inespecífico y dimensional a la pena de vivir, sin fronteras netas con ella: el padecimiento o sufrimiento mental. Lo social, la comunidad, el trabajo en red, fueron la panacea que nos redimiría de tanto desvarío biológico y de tanta pretensión hegemónica de la medicina, al tiempo que los cierres de instituciones asilares, a la eterna espera de la apertura de otras nuevas en la comunidad, dejaba como saldo solo ahorros presupuestarios y pacientes en las cárceles y en la calle. En ese nuevo texto reduccionista sociológico había, nuevamente, una gran ausente: la clínica. Afortunadamente, cada vez más colegas se suman a la convicción de que solo volviendo a ella, y a las enseñanzas que nos proporcionan en ese contexto de escucha quienes nos vienen a consultar, podremos formular las teorías que expliquen el fenómeno de la locura en nuestro tiempo y responder las preguntas del principio ■

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

MÉTODO DE ARBITRAJE

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

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2014

Vertex 113 / Enero - Febrero
DMS-5: LUCES Y SOMBRAS

Vertex 114 / Marzo - Abril
CULTURA Y PSIQUIATRÍA

FE DE ERRATAS

En el número 113 de *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría* apareció publicado en los pies de página "2013" como el año vigente. En su lugar debía decir "2014".

En el artículo "Trastorno bipolar y DSM-5: aún lejos de la enfermedad", de los Dres. Diego J. Martino y Sergio A. Strejilevich, aparecido en el número 113 de *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, en los encabezados de la tabla 3, donde dice "DSM-IV" y "DSM-5" debió decir "Modificación DSM-5" y "Comentarios", respectivamente.



*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Tratamiento con vitamina D y enlentecimiento de la progresión a estadio severo en enfermedad de Alzheimer

Marcelo Chaves

*Servicio de Neurología, Hospital Italiano de Buenos Aires.
E-mail: marcelo.chaves@hospitalitaliano.org.ar*

Ana Toral

Servicio de Neurología, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Ana Bisonni

Servicio de Neurología, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Juan Ignacio Rojas

Servicio de Neurología, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Cecilia Fernández

Servicio de Neurología, Hospital Italiano de Buenos Aires.

María José García Basalo

Servicio de Neurología, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Daniel Matusevich

Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Edgardo Cristiano

Servicio de Neurología, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Ángel Golimstok

Servicio de Neurología, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Introducción

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la principal causa de demencia en el mundo, transformándose en una importante carga económica y social para los sistemas de salud (1). A la fecha se desconoce su etiología, aunque se considera una enfermedad multifactorial y compleja en la que se genera un proceso neurodegenerativo como vía final común (2, 3, 4, 5).

La vitamina D es una hormona esteroidea con múltiples funciones biológicas sistémicas, mediadas por un receptor específico que se encuentra en diversos tejidos entre los que se destacan la piel, el hueso y el cerebro, entre otros (5). Se han descrito efectos específicos de la vitamina D a nivel cerebral, regulando la función de determinados neurotransmisores, así como se ha identificado un efecto neuroprotector y neuromodulador de la actividad neuronal y de la astrogliá (6). Existe también evidencia de que el receptor de vitamina D intervendría en la expresión de ciertas neurotrofinas esenciales para el funcionamiento normal del cerebro (7, 8, 9).

Siguiendo los hallazgos obtenidos *in vitro* sobre la acción de la vitamina D a nivel cerebral, estudios observacionales recientes han reportado la existencia de una eventual asociación entre el déficit de esta vitamina y la presencia de EA (10, 11, 12), postulando que su déficit podría inducir fallas en la inhibición del proceso inflamatorio, provocar daño endotelial y, consecuentemente, predisponer al proceso de neurodegeneración descrito en la EA.

Buell y colaboradores encontraron que niveles séricos bajos de vitamina D se asociaron con mayor ries-

go para todas las causas de demencias, incluyendo la EA (13). Otro estudio observacional, realizado por Annweiler y colaboradores, concluyó que el déficit de esta molécula se asoció significativamente con mayor deterioro cognitivo en mujeres añosas (14). Un trabajo llevado a cabo por Wilkins y colaboradores también mostró que el déficit de vitamina D se asoció con deterioro cognitivo en pacientes añosos (15). En un estudio con diseño tipo caso-control sobre el metabolismo del calcio en pacientes con EA, Martyn y colaboradores, evidenciaron que la concentración plasmática media de esta vitamina fue menor en los casos que en los controles (16).

Más allá de estas escasas observaciones, no existen aún reportes sobre el efecto del tratamiento con vitamina D sobre la evolución del deterioro cognitivo en pacientes con EA.

El objetivo del presente trabajo es analizar el efecto del tratamiento con vitamina D sobre la progresión de la EA.

Materiales y métodos

Entorno

La población estudiada pertenece a miembros del Plan de Salud del Hospital Italiano (PSHIBA), una organización para el cuidado y mantenimiento de la salud. El PSHIBA ofrece servicios médicos a más de 145000 afiliados que viven principalmente en el área urbana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina. Todos los socios tienen una cobertura de salud estable

Resumen

El objetivo del trabajo fue analizar el efecto del tratamiento con vitamina D sobre la progresión de la enfermedad de Alzheimer. Realizamos un estudio retrospectivo donde se incluyeron pacientes con enfermedad de Alzheimer leve, con al menos 4 años de seguimiento. Se evaluaron como variables independientes factores de riesgo cardiovasculares, osteoporosis, tratamiento con inhibidores de la acetilcolinesterasa, memantina y vitamina D. Se analizó como variable dependiente el tiempo de progresión a enfermedad de Alzheimer moderada y severa. El análisis se realizó con modelo de regresión lineal multivariado, análisis de Kaplan Mayer, Chi cuadrado y T test. Doscientos dos pacientes cumplieron los criterios de inclusión. El 11% (n=23) permaneció en el estadio leve, el 54% (n=110) progresó al estadio moderado en un tiempo medio de 3 ± 1.4 años, y el 35% (n=69) progresó a la forma severa en un tiempo medio de 4.6 ± 1.4 años. El tiempo de progresión a la forma severa fue más lento en aquellos pacientes tratados con vitamina D respecto a los pacientes sin tratamiento (5.4 ± 0.4 años vs. 4.4 ± 0.16 años respectivamente, $p=0.003$). El tratamiento con vitamina D podría ser un factor protector independiente para la progresión de la enfermedad de Alzheimer.

Palabras clave: Demencia - Deterioro cognitivo - Enfermedad de Alzheimer - Vitamina D.

TREATMENT WITH VITAMIN D AND SLOWING OF PROGRESSION TO SEVERE STAGE OF ALZHEIMER'S DISEASE

Abstract

The aim of the study was to analyze the impact of treatment with vitamin D in the progression of Alzheimer's disease. We performed a retrospective study including patients with mild stage of Alzheimer's disease with more than four years of follow-up. The presence of cardiovascular risk factors, osteoporosis, treatment with memantine, acetylcholinesterase inhibitors drugs and vitamin D were analyzed as independent variables. Time of progression to moderate and severe Alzheimer's disease was analyzed as dependent variable. The analysis was done using multivariate linear regression model, Kaplan Meier analysis, Chi-square and T test. Two hundred and two patients met the inclusion criteria. 11% of the patients (n 23) remained in the mild stage of the disease, 54% (n=110) developed the moderate form in a mean time of 3 ± 1.4 years while 35% (n=69) developed the severe form in a mean time of 4.6 ± 1.4 years. Time of progression to severe stage of Alzheimer's disease was slower in patients under treatment with vitamin D compared with those without treatment (5.4 ± 0.4 years vs. 4.4 ± 0.16 years respectively, $p=0.003$). Treatment with vitamin D may be an independent protecting factor in the progression of Alzheimer's disease.

Key words: Alzheimer's disease - Cognitive impairment - Dementia - Vitamin D.

con un médico clínico de cabecera y seguimiento por especialistas de acuerdo a las necesidades de cada paciente. La CABA tiene una población aproximada de 2965403 habitantes (17) y cubre un área de 202 Km².

Diseño y pacientes

Para evaluar el objetivo primario se diseñó un estudio de cohorte retrospectivo, donde los datos de los pacientes incluidos fueron tomados de las historias clínicas informatizadas del Hospital Italiano de Buenos Aires. En base al sistema ICD-9 (International Classification of Diseases) (18), se examinaron retrospectivamente todas las historias clínicas informatizadas de internación y de ambulatorio en las que figuraban los códigos diagnósticos para EA (331.0), en el período que abarcaba desde el primero de enero de 2002 y el 31 de enero del 2010.

Se incluyeron sólo aquellos pacientes con EA según criterios diagnósticos del DSM-IV para Demencia tipo Alzheimer y del NINCDS-ADRDA para EA Probable (19, 20), y que tuvieran un deterioro leve de la enfermedad al momento del diagnóstico. Así mismo, sólo se incorporaron aquellos pacientes que tuvieron seguimiento clínico y evaluación neuropsicológica periódica por un equipo multidisciplinario, que incluye un médico experto en demencia (neurólogo o geriatra) y neuropsicólogos durante al menos 4 años. Todos los pacientes incluidos fueron evaluados cognitivamente con una batería neuropsicológica completa en la evaluación basal y durante el seguimiento, para confirmar el diagnóstico así como el grado de deterioro cognitivo. La batería incluyó los siguientes tests: Mini-mental test de Folstein, Addenbrooke's Cognitive Examination, Rey Auditory Verbal Learning Test, subtest de Memoria lógica del Weschler Memory test, Trail Making Test (A and B), subtest del Weschler Adult Intelligence Scale (Dígitos-símbolos, Span de dígitos, Diseño con cubos, Analogías), Wisconsin Card Sorting Test, Boston Naming test, test de fluencia verbal (FAS), escala de Beck para detección de depresión y el cuestionario "Neuropsychiatry Inventory" (NPI) para detección de patología conductual asociada a demencia. El grado de deterioro en EA fue estadiado en leve (1), moderado (2) y severo (3) según la Escala Clínica de Demencia-CDR (Clinical Dementia Rating) (21), reportado por el médico especialista.

Se excluyeron aquellos pacientes con otros tipos de demencia diagnosticadas en evaluación basal, así como pacientes que desarrollaron enfermedad neoplásica y/o accidente cerebrovascular (ACV) durante los años de seguimiento. También se excluyeron aquellos pacientes que presentaron cualquier otro factor agudo o crónico que pudo haber modificado la evolución del *status* cognitivo del paciente.

Variables

Se registraron las siguientes características basales demográficas de los pacientes: sexo, fecha de nacimiento,

edad al diagnóstico de EA y fecha del diagnóstico de EA. Más allá de las características basales previamente descriptas, se evaluaron las siguientes variables de análisis como posibles determinantes de progresión de la EA: a) presencia de osteoporosis, reportada por médico endocrinólogo según datos de densitometría ósea; b) consumo de vitamina D; c) hipertensión arterial (HTA); d) diabetes (DBT); e) dislipemia (DLP); y f) enfermedad coronaria. También se registró el tratamiento con anticolinesterásicos y memantina en los pacientes incluidos, con el fin de ajustar el modelo por el consumo de dichos medicamentos. Sólo se tuvieron en cuenta aquellas drogas que fueron recibidas durante más de un año en forma constante.

Respecto a los pacientes tratados con vitamina D, sólo se analizaron los tratados con vitamina D₂ (ergocalciferol) en forma estable durante todo el seguimiento, tanto en aquellos con osteoporosis como sin la enfermedad (tratamiento preventivo). Se eligió este tipo de tratamiento para el análisis, por ser la formulación utilizada habitualmente en nuestro hospital durante el periodo estudiado.

La variable de resultado dependiente fue definida como el tiempo de progresión desde el estadio leve de la EA, en el que fueron ingresados los pacientes, al estadio moderado y severo de la misma.

El presente estudio fue realizado con la aprobación del Comité de Ética de la Institución.

Análisis estadístico

Las características basales de la cohorte evaluada fueron reportadas en porcentajes para los datos categóricos y en media con su desvío estándar (DS) para los datos continuos. Los datos fueron comparados mediante test de Chi cuadrado y T test para datos categóricos y continuos respectivamente. El análisis de la asociación entre variables clínicas y paraclínicas con el tiempo de progresión de la enfermedad a la forma severa de EA ajustando por las variables independientes se realizó a través de un análisis de regresión lineal multivariado. La función de sobrevida fue estimada mediante las curvas de Kaplan Meier. Valores de $p < 0.05$ fueron considerados significativos. La recolección y el análisis de los datos se realizaron con el programa STATA 9.1.

Resultados

Se revisaron 980 historias clínicas electrónicas y sólo 202 pacientes cumplieron los criterios de inclusión sin presentar ninguno de exclusión. El 79.2% ($n=160$) de la muestra fue de sexo femenino. La edad media de inicio fue de 80 ± 6 años (rango 62-102 años). El tiempo medio de seguimiento fue de 5.5 ± 1.5 años (rango 2-9 años). Las características basales de la muestra en estudio se observan en la Tabla 1.

En el seguimiento retrospectivo se evidenció que el 11% de los pacientes ($n=23$) se mantuvo en el estadio leve de la enfermedad, el 54% ($n=110$) progresó hasta el estadio moderado en un tiempo medio de 3 ± 1.4 años

Tabla 1. Características generales de los pacientes incluidos en el estudio (n=202).

Características	Pacientes con EA estable (n=23)	Pacientes con EA moderada (n=110)	Pacientes con EA severo (n=69)
Sexo femenino, n (%)	22 (95.6)	87 (79.1)	62 (90)
Edad media al diagnóstico (años)	82.4 ± 4.9	82.6 ± 6.7	80 ± 5
Hipertensión arterial, n (%)	14 (60)	68 (61)	38 (55)
Diabetes, n (%)	2 (9)	16 (15)	9 (13)
Dislipemia, n (%)	4 (17)	12 (11)	8 (12)
Enfermedad coronaria, n (%)	1 (4.5)	2 (2)	3 (4)
Osteoporosis, n (%)	2 (9)	17 (15.4)	17 (25)
Tratamiento con vitamina D, n (%)	2 (9)	15 (14)	22 (32)
Tratamiento con memantina, n (%)	5 (23)	39 (35)	40 (58)
Tratamiento anticolinesterásicos, n (%)	22 (96)	105 (95)	69 (100)

(rango 1-7 años) y el 35% (n=69) evolucionó a la forma severa en un tiempo medio de 4.6 ± 1.4 años (rango 2-9).

El 19.3% (n=39) de los pacientes incluidos en el estudio recibieron tratamiento con vitamina D de forma estable durante todo el seguimiento. De estos, 2 permanecieron en el estadio leve de la EA, 15 progresaron al estadio moderado y 22 alcanzaron el estadio severo de la enfermedad. El tratamiento con vitamina D que fue empleado en todos los pacientes fue vitamina D2 (ergocalciferol) vía oral.

No hubo asociación significativa entre las variables analizadas (sexo, edad al diagnóstico, HTA, DLP, DBT, enfermedad coronaria, osteoporosis, uso de fármacos anti-

colinesterásicos, memantina y tratamiento con vitamina D) y el tiempo de progresión de EA leve a moderada.

En el análisis multivariado, se observó que el tiempo de progresión a EA severa estuvo significativamente asociado con el uso de vitamina D, siendo más lento el tiempo de progresión en aquellos pacientes bajo tratamiento con vitamina D comparativamente con los pacientes sin tratamiento con vitamina D (5.4 ± 0.4 años vs. 4.4 ± 0.16 años respectivamente, $p=0.003$) ajustado por las variables investigadas (ver Tablas 2 y 3, ver Figura 1). No se observó asociación con las otras variables estudiadas respecto al tiempo de progresión al estadio severo de la EA (ver Tabla 3).

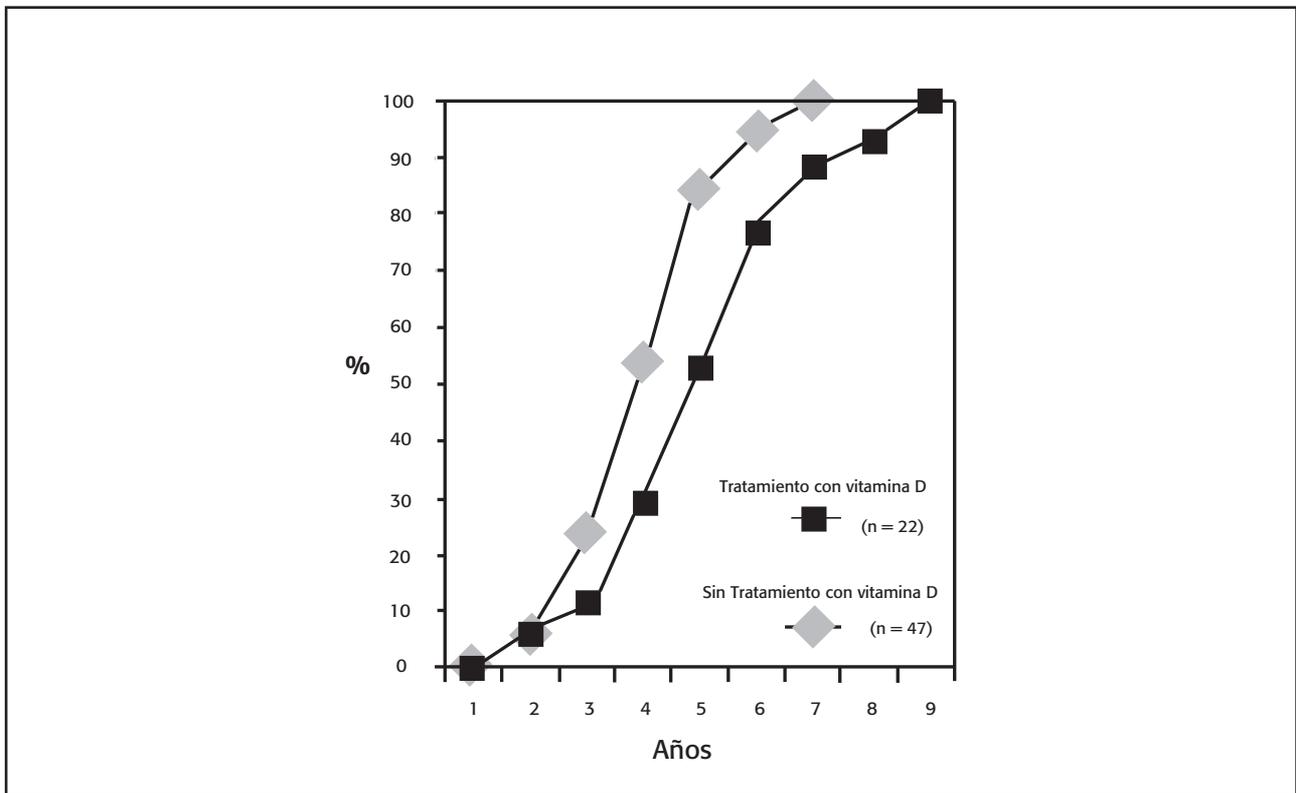
Tabla 2. Características del grupo que progresó al estadio severo de EA (n=69).

Características	Pacientes tratados con vitamina D (n=22)	Pacientes no tratados con vitamina D (n=47)
Sexo femenino, n (%)	21 (95)	41 (87)
Edad media al diagnóstico (años)	80 ± 5	80 ± 5
Hipertensión arterial, n (%)	10 (58)	28 (54)
Diabetes, n (%)	2 (12)	7 (13)
Dislipemia, n (%)	2 (12)	6 (11.5)
Enfermedad coronaria, n (%)	1 (6)	2 (4)
Osteoporosis, n (%)	14 (63)	3 (6)
Memantina, n (%)	12 (61)	28 (59)
Anticolinesterásicos, n (%)	22 (100)	47 (100)
Tiempo medio de progresión de leve a severo	5.4 ± 0.4	4.4 ± 0.16

Tabla 3. Análisis multivariado del tiempo de progresión de la forma leve de EA a severa, ajustando por las variables independientes.

Características	Valor de p	Coefficiente β	IC 95%
Sexo	0.45	.14	-.17 -.36
Edad media al diagnóstico	0.12	.19	-.16 -.39
Hipertensión arterial	0.22	.31	-.12 -.59
Diabetes	0.23	.39	-.17 -.65
Dislipemia	0.24	.54	-.23 -.71
Enfermedad coronaria	0.33	.64	-.33 -.98
Osteoporosis	0.06	-.38	-.48 -.02
Tratamiento con vitamina D	0.003	-.85	-1.12 -.32
Memantina	0.09	-.35	-.78 -.19
Anticolinesterásicos	0.14	-.27	-.45 -.11

Figura 1. Tiempo de progresión a EA severa según tratamiento con vitamina D.



Discusión

En el presente estudio, se observó un significativo enlentecimiento de la progresión a estadio severo de la EA en aquellos pacientes bajo tratamiento con vitamina D comparado con pacientes que no lo estaban. No se encontró asociación entre la progresión de la EA y las otras variables exploradas al incluir las mismas en el modelo de análisis multivariado.

Como hemos marcado anteriormente, esta diferencia sólo se evidenció en el grupo de pacientes que progresó hasta el estadio severo de la enfermedad. Esta observación podría explicarse por el hecho de que las alteraciones biológicas asociadas a niveles séricos bajos de vitamina D estarían implicadas en procesos fisiopatológicos presentes una vez desencadenada la cascada inicial de injuria cerebral de la EA, y no con el proceso de iniciación de la enfermedad. Esta hipótesis, también tendría

relación con hallazgos previos en otros procesos neurodegenerativos, donde el déficit de vitamina D tendría un rol fisiopatológico posible, tal como se propone en EA e incluye a la enfermedad de Parkinson, el daño cerebrovascular y la Esclerosis Múltiple (22, 23, 24).

Por otro lado, nuestros resultados están en línea con recientes trabajos observacionales que correlacionan el déficit de la vitamina con la presencia de un mayor deterioro cognitivo en pacientes adultos (25, 27); principalmente con el estudio de Buell mencionado previamente, donde la presencia de niveles séricos bajos de vitamina D se asoció con mayor riesgo para todas las causas de demencias, incluyendo la EA, luego de controlar los posibles confundidores relevantes.

Si bien algunas publicaciones encontraron asociación entre el pronóstico de la EA y los factores de riesgo vasculares (28, 29), en nuestro trabajo no encontramos ninguna modificación en el pronóstico de la enfermedad asociada a ellos. Esto puede ser debido a que dichos factores podrían representar un mayor riesgo para padecer la enfermedad, pero no necesariamente influir en fases más avanzadas de la misma.

Una limitación del estudio es el diseño retrospectivo del mismo y, si bien se tuvieron en cuenta diversas variables que podrían modificar la progresión de la enfermedad, es posible que existan otros potenciales confundidores no evaluados; un ejemplo de esto es el uso de psicotrópicos que no fue incluido en el análisis debido a la alta variabilidad de dosis utilizada y tiempo de tratamiento.

Otra limitación es que sólo pudimos evaluar pacientes tratados con ergocalciferol pero no con otras formas farmacéuticas de la vitamina que podrían tener efectos diferentes a nivel cerebral. Así mismo es importante destacar que no contamos con los niveles séricos de vitamina D en los pacientes incluidos. De esta forma, no se pudo tener un registro exacto de los valores de dicha vitamina circulante durante el seguimiento.

Dentro de las fortalezas de nuestro trabajo se destacan la gran cantidad de pacientes estudiados y el tiempo de seguimiento que tuvieron los mismos. También se distingue la base de datos utilizada, la cual dispone de un registro informatizado de historias clínicas que permitió disponer de todos los datos fechados y supervisados de cada paciente. De esta manera, se pudo registrar con confiabilidad la presencia de eventuales factores modificadores de la progresión del deterioro cognitivo, los cuales fueron tenidos en cuenta para la inclusión de pacientes y en el análisis de los datos. Otra fortaleza se basa en el hecho de que todos los pacientes incluidos fueron evaluados con batería neuropsicológica completa que incluyó todas las áreas cognitivas, permitiendo disponer de un diagnóstico clínico más preciso para criterios de EA probable. Por último, cabe recalcar que sólo se incluyeron pacientes que tuvieron seguimiento y evaluación periódica por médicos expertos en demencias. Si bien esto limitó el número de pacientes finalmente incluidos y analizados, le otorga mayor confiabilidad a las variables medidas durante el seguimiento de los mismos.

En conclusión, el presente estudio demostró una asociación independiente entre el tratamiento con vitamina D y la evolución de la EA en materia de progresión de la enfermedad. Aquellos pacientes bajo tratamiento mostraron una evolución más lenta en comparación con aquellos pacientes no tratados, independientemente de otras variables investigadas.

Los presentes hallazgos justificarían futuros estudios prospectivos de mayor calidad metodológica para esclarecer la presente observación y evaluar la eficacia eventual de esta intervención así como su seguridad en pacientes con EA ■

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses con la investigación realizada.

Referencias bibliográficas

1. Mayeux R. Epidemiology of neurodegeneration. *Annu Rev Neurosci* 2003; 26: 81-104.
2. Blennow K, de Leon MJ, Zutterberg H. Alzheimer's disease. *Lancet* 2006; 368 (9533): 387-403.
3. Borenstein AR, Copenhagen CI, Mortimer JA. Early life risk factors for Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2006; 20 (1):63-72.
4. Martins IJ, Hone E, Foster JK, Sunram-Lea Si, Gnej A, Fuller SJ, et al. Apolipoprotein E, cholesterol metabolism, diabetes, and the convergence of risk factors for Alzheimer's disease and cardiovascular disease. *Mol Psychiatry* 2006; 11: 721-736.
5. Decarli C. Vascular factors in dementia: an overview. *J Neurol Sci* 2004; 226 (1-2):19-23.
6. Kiraly SJ, Kiraly MA, Hawe RD, Makhani N. Vitamin D as a neuroactive substance: review. *ScientificWorldJournal* 2006; 6: 125-139.
7. Kalueff AV, Tuohimaa P. Neurosteroid hormone vitamin D and its utility in clinical nutrition. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2007; 10: 12-19.
8. Jorde R, Waterloo K, Saleh F, Haug E, Svartberg J. Neuropsychological function in relation to serum parathyroid hormone and serum 25-hydroxyvitamin D levels. The Tromso study. *J Neurol* 2006; 253: 464-470.
9. Sutherland MK, Somerville MJ, Yoong LK, Bergeron C, Haussler MR, McLachlan DR. Reduction of vitamin D hormone receptor mRNA levels in Alzheimer as compared to Huntington hippocampus: correlation with calbindin-28k

- mRNA levels. *Brain Res Mol* 1992; 13: 239-250.
10. Holick MF. Vitamin D deficiency. *N Engl J Med* 2007; 357: 266-281.
 11. Sato Y, Asoh T, Oizumi K. High prevalence of vitamin D deficiency and reduced bone mass in elderly women with Alzheimer's disease. *Bone* 1998; 23: 555-7.
 12. Sato Y, Kanoko T, Satoh K, Iwamoto J. Menatetrenone and vitamin D2 with calcium supplements prevent nonvertebral fracture in elderly women with Alzheimer's disease. *Bone* 2005; 36: 61-8.
 13. Buell JS, Dawson-Hughes B, Scott TM, Weiner DE, Dallal GE, Qui WQ, et al. 25-Hydroxyvitamin D, dementia, and cerebrovascular pathology in elders receiving home services. *Neurology* 2010; 74: 18-26.
 14. Annweiler C, Schott AM, Allali G, Bridenbaugh SA, Kressig RW, Allain P, et al. Association of vitamin D deficiency with cognitive impairment in older women: cross-sectional study. *Neurology* 2010; 74: 27-32.
 15. Wilkins CH, Sheline YI, Roe CM, Birge SJ, Morris JC. Vitamin D deficiency is associated with low mood and worse cognitive performance in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14: 1033-1040.
 16. Martyn CN, Singh S, Wood PJ. Calcium metabolism in Alzheimer's disease. A case-control study. *Gerontology* 1989; 35: 153-7.
 17. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo 2010 [Internet]. Disponible en: www.indec.gov.ar/censos/.
 18. World Health Organization. International classification of diseases, injuries, and causes of death. 9th Revision. Geneva: World Health Organization; 1979.
 19. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Sadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. *Neurology* 1984; 34: 939-944.
 20. American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Pub, Inc; 1994.
 21. Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry* 1982; 140: 566-572.
 22. Wang TJ, Pencina MJ, Booth SL, Jacques PF, Ingelsson E, Lanier K, et al. Vitamin D deficiency and risk of cardiovascular disease. *Circulation* 2008; 117 (4): 503-511.
 23. Mowry EM, Krupp LB, Milazzo M, Chabas D, Strober JB, Belman AL, et al. Vitamin D status is associated with relapse rate in pediatric-onset multiple sclerosis. *Ann Neurol* 2010; 67 (5): 618-624.
 24. Cantorna MT. Vitamin D and multiple sclerosis: an update. *Nutr Rev* 2008; 66 Suppl 2: S135-S138.
 25. Przybelski RJ, Binkley NC. Is vitamin D important for preserving cognition? A positive correlation of serum 25-hydroxyvitamin D concentration with cognitive function. *Arch Biochem Biophys* 2007; 460 (2): 202-5.
 26. McCann JC, Ames BN. Is there convincing biological or behavioral evidence linking vitamin D deficiency to brain dysfunction? *FASEB J* 2008; 22: 982-1001.
 27. Annweiler C, Allali G, Allain P, Bridenbaugh S, Schott AM, Kressig RW, et al. Vitamin D and cognitive performance in adults: a systematic review. *Eur J Neurol* 2009; 16: 1083-9.
 28. Giovannucci E, Liu Y, Hollis BW, Rimm EB. 25-hydroxyvitamin D and risk of myocardial infarction in men: a prospective study. *Arch Intern Med* 2008; 168 (11): 1174-1180.
 29. Dobnig H, Pilz S, Scharnagl H, Renner W, Seelhorst U, Wellnitz B. Independent association of low serum 25-hydroxyvitamin D and 1,25-dihydroxyvitamin D levels with all-cause and cardiovascular mortality. *Arch Intern Med* 2008; 168 (12): 1340-9.



**Centro
Psitopatológico
Aranguren**



Desde 1989
CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL
CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
Y RESOCIALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS

Directores: Dr. Pablo M. Gabay - Dra. Mónica Fernández Bruno

Paysandú 661 - (C1405ANE) Ciudad Autónoma de Buenos Aires -
Tel. (011)4431-6396 Web: www.centroaranguren.com.ar
Correo Electrónico: info@centroaranguren.com.ar

Cambios en la hemodinamia cerebral en consumidores crónicos de paco y cocaína: estudio de casos y controles

Ignacio Previgliano

Unidad de Neurointensivismo y Gestión en Procuración de Órganos y Tejidos para Trasplante, Hospital General de Agudos J. A. Fernández, GCBA

Silvia Cortese

División de Toxicología, Hospital General de Agudos J. A. Fernández, GCBA

Victoria Di Nardo

División de Toxicología, Hospital General de Agudos J. A. Fernández, GCBA

Enrique Lara

Unidad de Neurointensivismo y Gestión en Procuración de Órganos y Tejidos para Trasplante, Hospital General de Agudos J. A. Fernández, GCBA

Sabrina Da Ré

Unidad de Neurointensivismo y Gestión en Procuración de Órganos y Tejidos para Trasplante, Hospital General de Agudos J. A. Fernández, GCBA

Orlando Villareal

Unidad de Neurointensivismo y Gestión en Procuración de Órganos y Tejidos para Trasplante, Hospital General de Agudos J. A. Fernández, GCBA

Julieta Poliszuk

Unidad de Neurointensivismo y Gestión en Procuración de Órganos y Tejidos para Trasplante, Hospital General de Agudos J. A. Fernández, GCBA

María Eugenia Fernández

Unidad de Neurointensivismo y Gestión en Procuración de Órganos y Tejidos para Trasplante, Hospital General de Agudos J. A. Fernández, GCBA

Mónica Quinteros

Unidad de Neurointensivismo y Gestión en Procuración de Órganos y Tejidos para Trasplante, Hospital General de Agudos J. A. Fernández, GCBA

Carlos Damín

División de Toxicología, Hospital General de Agudos J. A. Fernández, GCBA

Myriam Nuñez

Cátedra de Matemática, Departamento de Físico Matemática, Facultad de Farmacia y Bioquímica, UBA

Introducción

La cocaína inhibe la recaptación de adrenalina y noradrenalina en neuronas adrenérgicas presinápticas, también aumenta la liberación de noradrenalina y bloquea la recaptación de dopamina y serotonina. Esto resulta en un aumento del tono simpático, causando estimulación del sistema nervioso central (SNC), provocando taquicardia, hipertensión arterial (HTA), hipertermia, vasoconstricción, agregación plaquetaria y formación de trombos (1).

El consumo crónico de cocaína, independientemente de la vía, provoca vasoespasmo en las arterias cerebrales, que afectaría el flujo sanguíneo cerebral (FSC) (2). Este mecanismo sostenido, provocado por el consumo continuado, debería tener consecuencias en las arterias cerebrales encargadas de la autorregulación cerebral, que deberían objetivarse en alguna medición del FSC o velocidad de FSC.

El Doppler Transcraneal (DTC) estima la velocidad de flujo sanguíneo en las arterias del polígono de Willis mediante la emisión de una onda de ultrasonido de 2 MHz a través de la escama del temporal, del agujero occipital o de la órbita, midiendo la frecuencia de las ondas de sonido reflejadas por el movimiento de los glóbulos rojos. La velocidad de los glóbulos rojos es proporcional a la diferencia en la frecuencia entre las ondas

de sonido emitidas y reflejadas, conocido como desplazamiento o movimiento doppler (Doppler shift). La primera descripción de la utilidad del doppler transcraneal fue realizada por Aaslid en 1982 (3), desde entonces es cada vez mayor la utilidad de este procedimiento en el paciente neurológico crítico. Mediante esta técnica se mide, no sólo velocidad de FSC sino también índices derivados, del cual el más importante es el Índice de Pulsatilidad (IP) de Gosling (4); el mismo surge de evaluar la diferencia entre la velocidad sistólica de flujo (VSF) y la velocidad diastólica de flujo (VDF) dividida por la velocidad media de flujo (VMF), y evidencia el grado de variabilidad de las velocidades a lo largo del ciclo cardíaco, dependiente de la resistencia vascular cerebral.

Nuestra hipótesis de trabajo es que los cambios en la circulación cerebral se deberían manifestar en el IP y en la presión de perfusión cerebral (PPC), con diferencias en la circulación anterior y posterior, en virtud de la discrepancia existente entre ambas en los mecanismos de autorregulación nerviosa (5) que se desarrollarán posteriormente.

Para objetivar si nuestra hipótesis no había sido testeada previamente realizamos una búsqueda en PubMed bajo la estrategia "transcranial doppler" [All Fields] AND "cocaine" [All Fields] AND "humans" [All Fields], encontrando 8 citas, todas de la Sección de Neuropsiquiatría Molecular del Instituto Nacional de Drogas de

Resumen

Objetivo: Comprobar si existen diferencias en la hemodinamia cerebral, evaluada por doppler transcraneano mediante las velocidades de flujo, índice de pulsatilidad y cálculo de presión de perfusión cerebral, entre consumidores crónicos de cocaína y voluntarios sanos.

Método: Estudio prospectivo, de hipótesis, observacional, de casos y controles. Se analizaron sexo, edad, tiempo y frecuencia de consumo, signos vitales y hallazgos del doppler. El análisis estadístico se realizó con test de normalidad, test de Wilcoxon para muestras no paramétricas, test de la T de Student.

Resultados: Se estudiaron 53 consumidores y 35 voluntarios. Se encontraron diferencias en edad, menor en consumidores ($p=0.008$), en la presión arterial diastólica ($p=0.006$) y en el índice de pulsatilidad en arterias cerebrales medias y anteriores ($p<0.001$), mayores en consumidores y en la presión de perfusión en todas las arterias cerebrales ($p<0.001$), menores en los consumidores.

Conclusiones: Los cambios revelan hipoperfusión cerebral global; con aumento de la resistencia vascular en circulación anterior, con resistencia normal en la posterior, por efecto simpaticomimético. La evaluación de los consumidores con doppler permitiría evaluar la magnitud del daño cerebral en el consultorio y una resucitación más agresiva en los casos de trauma grave.

Palabras clave: Cocaína - Doppler transcraneano - Presión de perfusión cerebral - Hipoperfusión.

CHANGES IN CEREBRAL HEMODYNAMICS IN CHRONIC USERS OF "PACO" AND COCAINE: CASE-CONTROL STUDY

Abstract

Objective: To assess if there are changes in brain hemodynamics evaluated by means of transcranial doppler's flow velocity, pulsatile index and cerebral perfusion pressure, between cocaine chronic abusers and healthy volunteers.

Method: Prospective, case and control, observational study. Sex, age, user history, vital signs and transcranial doppler findings. Statistical analysis was performed by means of normality test, Wilcoxon's test for non parametric samples and T Student test.

Results: Fifty-three abusers and 35 healthy volunteers were studied. Statistical differences were found for a diminish in age ($p=0.008$) and cerebral perfusion pressure in all cerebral arteries ($p<0.001$) in abusers and for an increase in diastolic arterial pressure ($p=0.006$) and pulsatile index of mean and anterior cerebral arteries ($p<0.001$).

Conclusions: Our findings of global cerebral hypoperfusion associated to an increased cerebral vascular resistance in the anterior circulation and normal in the posterior one, could be attributable to the cocaine's sympathomimetic effect. Transcranial doppler allows cerebral damage evaluation at the office and would indicate an aggressive resuscitation in severe trauma patients in the critical care setting.

Key words: Cocaine - Transcranial doppler - Cerebral perfusion pressure - hypoperfusion.

Abuso (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13). El análisis detallado de las mismas nos reveló que se trata de sub-análisis de una base de datos que fue creciendo en el tiempo. De cualquier manera los autores afirmaban que se encontraba aumento del IP y disminución de velocidades en Arterias Cerebrales Anteriores (ACA) y Medias (ACM) en Consumidores Crónicos (CC) respecto a Voluntarios Sanos (VoS) (10), sin arriesgar ninguna hipótesis fisiopatológica.

En ninguno de los trabajos se analizó la PPC ni los cambios en la Arteria Basilar (Ba), permitiéndonos comprobar que nuestra hipótesis había sido evaluada parcialmente, por lo que continuaba siendo original y ameritando ser probada.

Material y método

Diseño de estudio: Estudio prospectivo, de hipótesis, observacional, de casos y controles. Muestra consecutiva.

Lugar: Hospital General de Agudos J. A. Fernández, CABA, Argentina, afiliado a múltiples universidades.

Criterios de inclusión: 1) CC con criterios de dependencia del DSM-IV TR (14) (Tabla 1), sin consumo comprobado en las últimas 48 hs, internados en la Unidad de Toxicología; se denomina paco a diferentes productos donde la constante en su composición es el alcaloide cocaína, que puede estar en diferentes concentraciones con otras sustancias como cafeína y bicarbonato de sodio (15); la cocaína que se utiliza esnifada o intravenosa es clorhidrato de cocaína; 2) VoS sin historia de consumo de drogas de abuso.

Tabla 1. Criterios de dependencia del DSM-IV TR (2002).

DSM-IV-TR. Dependencia
Patrón desadaptivo de consumo que conlleva malestar o deterioro (físico, psicológico o social) y junto al que han de darse, al menos, tres de los siguientes criterios en algún momento de un período continuado de 12 meses.
Tolerancia
Abstinencia
La sustancia es consumida en cantidades mayores o durante más tiempo de lo que se pretendía en un principio.
Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de interrumpir el consumo o de controlarlo.
Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, consumo o recuperación de sus efectos.
Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo.
Se continúa consumiendo a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo.

Criterios de exclusión: 1) Enfermedad psiquiátrica grave (trastorno unipolar: depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo o esquizofrenia); 2) examen neurológico anormal; 3) anemia definida por hemoglobina < 10 g%.

Intervenciones: ninguna.

Instrumentos: Se utilizó un equipo de DTC marca DWL Multidop con transductor de 2 MHz. El equipo tiene un software que informa las velocidades sistólica, media y diastólica y IP en ACA, ACM, Arteria Cerebral Posterior y Ba.

Datos analizados: Sexo, edad, tiempo y frecuencia de consumo, otras drogas de abuso, presión arterial (PA) sistólica (PAS), diastólica (PAD) y media (PAM), doppler transcraneal: VSF, VDF, VMF, IP y PPC estimada en ACM derecha e izquierda, ACA derecha e izquierda y Ba.

La PPC se calculó con la fórmula de Belfort (16) ($PPC = (VFM / (VFM - VFD)) * (PAM - PAD)$) en ACM y Ba. Si

bien esta fórmula se desarrolló en mujeres embarazadas ha sido validada por nosotros (17) en 480 mediciones en 74 pacientes con patología neurológica crítica.

Se analizaron los datos en Ba debido a que presenta anatomía y fenómenos de Autorregulación (AR) diferentes que las ACM y ACA.

Debido a que el DTC es un examen de rutina no invasivo no se requirió consentimiento informado para su realización. Los pacientes firman un consentimiento amplio al ingreso a la sala de internación de toxicología. Los VoS se reclutaron entre los médicos residentes y estudiantes de medicina del Hospital, los que prestaron su consentimiento para el estudio.

Análisis estadístico: Test de normalidad, test de Wilcoxon para muestras no paramétricas, test de la T de Student. Si se verificaban los supuestos de Normalidad (Test de Shapiro Wilks) y Homogeneidad de Varianzas (Test de Levene), se aplicó para cada una de las variables

en estudio, un Test de Student para muestras independientes. En caso de no verificarse el supuesto sobre la homogeneidad de varianzas se aplicó un Test de Student considerando varianzas no homogéneas. Si ninguno de los dos supuestos se verificaba, se analizaron los datos mediante el test no paramétrico equivalente (Wilcoxon). En todos los casos se consideró que la diferencia es estadísticamente significativa cuando el valor de p era menor de 0.05.

Para el análisis de los datos se utilizó el software estadístico SPSS 16.0® (con licencia legal).

Resultados

Del 31 de julio de 2010 al primero de agosto de 2011 se estudiaron 53 CC de paco o cocaína ingresados conse-

cutivamente a la Unidad de Internación de Toxicología y 35 VoS, un número total de 88 sujetos.

Pertenecían al sexo masculino 68% de los CC y 46% de los VoS ($p=0.06$). La edad promedio de los CC fue de 26.45 años y la de los VoS fue de 29.25 ($p=0.008$), mediana 26 años (rango 18-44 años) y 29 años (rango 19-49 años).

El 52% de los CC consumían cocaína y el 48% paco. El tiempo promedio de consumo fue de 11.22 años.

Las drogas asociadas fueron tabaco 71%, marihuana 26%, cocaína 21%, alcohol 15%, paco 11% y opioides 2% en los CC; y tabaco en el 29% de los VoS. Ninguna de ellas tiene un efecto agudo conocido sobre la circulación cerebral de acuerdo a nuestra revisión bibliográfica.

En la Tabla 2 se muestran los promedios de presión arterial, velocidades de flujo, IP y PPC.

Tabla 2. Valores hallados para cada una de las Variables con su correspondiente Desvío Estándar, Test y valor de p ($p<0.05$ se considera significativa).

Variable	CC	VoS	Test	Valor de p
TAS	111.32 ± 11.66	114.42 ± 10.87	Wilcoxon	0.19
TAD	70 ± 10.87	64 ± 9	Wilcoxon	0.006
TAM	83.77 ± 9.64	80.62 ± 9	Student	0.13
ACM I VMF	62.26 ± 15.67	61.22 ± 12.40	Student	0.74
ACM I VDF	45.52 ± 11.99	45.34 ± 9.98	Student	0.94
ACM I IP	0.96 ± 0.23	0.80 ± 0.23	Wilcoxon	0.0029
ACM I PPC	53.32 ± 15.28	65.09 ± 8.46	Student	<0.0001
ACM D VMF	60.79 ± 13.79	59,91 ± 12,32	Student	0,76
ACM D VDF	43.92 ± 10.60	44.60 ± 9.79	Student	0.76
ACM D IP	1.04 ± 0.42	0.74 ± 0.17	Wilcoxon	<0.0001
ACM I PPC	51.52 ± 15.60	66.49 ± 9.56	Student	<0.0001
Ba VMF	44.88 ± 9.78	44.51 ± 10.45	Student	0,86
Ba VDF	33.67 ± 7.55	33,27 ± 8,26	Student	0,81
Ba IP	0.87 ± 0.23	0,78 ± 0,15	Student	0.10
Ba PPC	56.35 ± 14.82	69.18 ± 13.36	Student	<0.0001
ACA I VMF	40.63 ± 9.01	37.04 ± 8.28	Student	0.64
ACM I VDF	29.65 ± 7.36	27,90 ± 6,40	Student	0.35
ACM I IP	0.98 ± 0.24	0,81 ± 0,22	Wilcoxon	<0.0001
ACM D VMF	40.26 ± 10.28	39.18 ± 6.68	Student	0.64
ACM D VDF	29.32 ± 7.36	29.09 ± 5.18	Student	0.82
ACM D IP	1.08 ± 0.42	0.76 ± 0.17	Wilcoxon	<0.0001

No se observan diferencias en PAS y PAM, tampoco en la VSF, Media y Diastólica en ambas ACM y ACA y Ba. No se encontró diferencia en el IP en la arteria Ba.

Se observan diferencias significativas en los valores de PAD, en los del IP en ambas, ACM y ACA, y en la PPC en ambas, ACM y ACA, y en Ba.

El 49% de los CC presentaban PPC por debajo de 50 mmHg, considerado el umbral menor de la autorregu-

lación cerebral en humanos en condiciones normales (18).

Discusión

Nuestros resultados demuestran que existen diferencias entre los CC y los VoS: 1) menor edad; 2) aumento del IP en la circulación anterior (ACM y ACA), sin cam-

bios en la Arteria Ba; 3) aumento de la PAD; 4) disminución de la PPC estimada.

Desde el punto de vista del análisis de velocidades y PPC, que exista una diferencia significativa en la edad no es importante, ya que todas las tablas y bases de datos de valores normales toman como punto de corte inicial entre 10 y 29 años (19), porque no existe una gran variabilidad entre los valores.

El IP (4) refleja el estado de la resistencia vascular cerebral (RVC). Así IP altos son sinónimos de resistencias altas. El aumento de la RVC puede ser secundario al hipertono simpático sostenido debido al efecto simpaticomimético del alcaloide cocaína, presente tanto en el paco como en el clorhidrato de cocaína.

¿Tiene alguna importancia el tono simpático en la regulación del FSC?

Desde la descripción original de la teoría de la regulación metabólica por Roy y Sherrington en 1890 (20) se considera que el incremento de concentración de los productos finales metabólicos (H⁺, K⁺, adenosina) se traducen en un aumento del FSC. Sin embargo esta teoría no puede explicar los cambios instantáneos que se producen en el FSC frente a determinadas situaciones, por ejemplo la respuesta del síndrome general de adaptación de Selye (21). Por lo tanto, existe la probabilidad de que los estímulos neurogénicos a través de las terminaciones nerviosas perivasculares puedan actuar como iniciadores rápidos para inducir un ajuste dinámico momento a momento del FSC a las demandas metabólicas, y que el mantenimiento posterior de estos parámetros ajustados esté garantizado por los factores metabólicos y químicos. Las terminaciones nerviosas perivasculares fueron identificadas en la capa externa del músculo liso de las arterias cerebrales, arteriolas y venas. Sus terminales axónicas contienen una gran variedad de neurotransmisores, a menudo localizados en vesículas sinápticas. La estimulación de los nervios resulta en un aumento de transmisores en las hendiduras sinápticas neuromusculares en el músculo liso vascular cerebral, cerca de los sitios receptores específicos en la pared de los vasos. A pesar de estos hechos y de la gran cantidad de nuevas evidencias experimentales, el papel del control nervioso del sistema cerebrovascular se subestima tanto en los libros de medicina como en el conocimiento médico común desde hace décadas (5).

Las vías periféricas que alcanzan los vasos cerebrales son el simpático, parasimpático, trigémino-vascular y sensorial (somatosensorial y órganos sensoriales).

Las fibras simpáticas llegan a las arterias cerebrales por 3 rutas: 1) hay una inervación de los vasos en el territorio carotídeo vía post-ganglionar que se originan en el ganglio cervical superior; 2) la inervación del territorio vertebro-basilar por las fibras surgen del ganglio estrellado; 3) las fibras que se originan en el ganglio estrellado, siguen las arterias carótidas común e interna y pueden inervar la parte rostral del polígono de Willis (22, 23, 24, 25, 26).

La inervación simpática de las arterias que surgen

del sistema carotídeo interno es más densa que en los vasos del sistema vertebral, al igual que la composición de las uniones estrechas de la barrera hematoencefálica. Aproximadamente 60-90% de las arteriolas en el cuerpo geniculado medial, cortezas parietal y temporal, el núcleo caudado, colículo inferior, tálamo e hipotálamo están inervados, en contraste con el 10-30% de arteriolas en el bulbo, corteza occipital y cerebelo. Esto ha sido estudiado recientemente por Hamner en humanos (27), y discutido por Strandgaard y Sigurdsson en una interesante controversia del Journal of Applied Physiology (28).

Una manera indirecta de demostrar la importancia de las diferencias en la inervación simpática entre la circulación anterior y posterior, son los hallazgos anatómicos y radiológicos en la leucoencefalopatía posterior reversible (29) y en la eclampsia (30). En los mismos, la hipótesis fisiopatológica (29, 31, 32, 33) predominante los explica por una menor distribución de la inervación simpática, presentando una menor respuesta vasoconstrictora frente a los aumentos de la PA y favoreciendo la formación de edema vasogénico.

Hallazgos opuestos, aumento del IP en circulación posterior y no en la anterior, fueron encontrados por nosotros en pacientes con enfermedad de Fabry, en los cuales el depósito de esfingoglicolípidos en el endotelio aumenta la resistencia vascular cerebral con disminución de las velocidades (34).

De la misma manera, el aumento de la PAD en los CC también puede relacionarse con el hipertono simpático producido por el alcaloide cocaína. Es sabido desde la fisiología básica que la PAD depende fundamentalmente de la resistencia vascular periférica. Se refiere al efecto de distensibilidad de las paredes de las arterias, es decir el efecto de presión que ejerce la sangre sobre la pared del vaso.

Al analizar la PPC, más allá de las diferencias significativas en el valor absoluto, encontramos que el 49% de los CC presentaba valores por debajo de 50 mmHg comparado con el 2% de los VoS. Esto hace presumir que los CC presentan hipoflujo cerebral crónico y sostenido.

Los estudios realizados con tomografía por emisión de positrones (PET) y por emisión de fotón simple (SPECT), que si bien reúnen pocos pacientes, parecerían ser coincidentes con nuestros hallazgos, ya que demuestran hipoflujo en reposo y en actividad, fundamentalmente en región prefrontal y frontal (35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44); ningún estudio detalla compromiso del territorio vertebro-basilar.

¿Cuál podría ser la aplicación práctica de nuestra investigación?

La última encuesta del SEDRONAR (45) reveló una prevalencia de vida de consumo de cocaína en el 2.6% de la población adulta y de paco en el 0.3% de la misma. Esto da la magnitud del problema, ya que estos datos, de acuerdo a la opinión de especialistas, subestiman a los CC reales.

Un estudio, realizado por nosotros, reveló que el 32% de los politraumatizados ingresados a una UTI de

alta complejidad presentaba triage positivo para cocaína (46). Estos pacientes tenían una mayor estadía en la UTI y mayores secuelas, destacándose, entre otras, la poli-neuropatía del paciente crítico.

Probablemente, de acuerdo a nuestros hallazgos, la reanimación de los CC del alcaloide cocaína deba ser más agresiva, buscando alcanzar presiones diastólicas y medias más altas, con el fin de lograr una mejor PPC.

Desde el punto de vista de las actividades de la vida diaria muy probablemente el hipoflujo crónico influya en la baja performance intelectual y laboral presente en los CC. Como establece London (38), conocer que el paciente presenta hipoflujo probablemente permita una base para el estudio de drogas que lo modifiquen.

Desde el punto de vista del clínico o toxicólogo, el DTC sería una herramienta interesante para valorar cuánto ha influido el alcaloide cocaína en la circulación cerebral de su paciente consumidor ocasional o recreativo. Esto está basado principalmente en que es un estudio de fácil realización y no requiere de exposición a radiaciones o radiotrazadores como la tomografía, el SPECT o el PET.

¿Qué sugiere nuestro estudio a futuras investigaciones?

Las debilidades de nuestra investigación se centran en la falta de un estudio neurocognitivo profundo, baterías de test de autorregulación cerebral y evaluación del compromiso vascular sistémico. También, evaluar si estos hallazgos se mantienen más allá de las 48 hs de

abstinencia, si bien Herning en su trabajo demuestra que los cambios en la circulación anterior persisten a más de un mes de abstinencia (11).

Como sugerencia para futuras investigaciones proponemos: 1) evaluación neurocognitiva completa; 2) correlacionar con hallazgos de laboratorio (función renal, eje tiroideo); 3) correlacionar con ecocardiograma y doppler de arterias renales y periféricas; 4) correlacionar los hallazgos con SPECT o PET.

Conclusiones

Los CC del alcaloide cocaína presentan diferencias respecto a los voluntarios sanos:

1. Aumento del IP en la circulación anterior (ACM y ACA), sin cambios en la Arteria Ba
2. Aumento de la PAD
3. Disminución de la PPC estimada

Partiendo de la hipótesis de las diferencias en circulación anterior y posterior, como hemos tratado de demostrar en la discusión, estos hallazgos se pueden explicar por la actividad simpática del alcaloide a la luz de las teorías de control neurológico de la circulación cerebral; donde el tono simpático predomina en la circulación anterior.

Nuestros hallazgos pueden ser de utilidad para la evaluación y tratamiento del consumidor crónico del alcaloide cocaína tanto en la situación de emergencia cuanto en el consultorio del clínico general o especializado en toxicología ■

Referencias bibliográficas

1. Hollander JE. Cocaine. In Vicello P, editor. Emergency Toxicology. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Raven; 1998. p. 903-908.
2. Volkow ND, Mullani N, Gould KL, Adler S, Krajewski K. Cerebral blood flow in chronic cocaine users: a study with positron emission tomography. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 641-8.
3. Aaslid R, Markwalder TM, Nornes H. Noninvasive transcranial Doppler ultrasound recording of flow velocity in basal cerebral arteries. *J Neurosurg* 1982; 57: 769-774.
4. Gosling RG, King DH. Arterial assessment by Doppler-shift ultrasound. *Proc R Soc Med* 1974; 67: 447-449.
5. Sándor P. Nervous control of the cerebrovascular system: doubts and facts. *Neurochem Int* 1999; 35: 237-59.
6. Copersino ML, Herning RI, Better W, Cadet JL, Gorelick DA. EEG and cerebral blood flow velocity abnormalities in chronic cocaine users. *Clin EEG Neurosci* 2009; 40: 39-42.
7. Herning RI, Better WE, Tate K, Umbricht A, Preston KL, Cadet JL. Methadone treatment induces attenuation of cerebrovascular deficits associated with the prolonged abuse of cocaine and heroin. *Neuropsychopharmacology* 2003; 28: 562-568.
8. Herning RI, Tate K, Better W, Cadet JL. Cerebral blood flow pulsatility deficits in HIV+ poly substance abusers: differences associated with antiviral medications. *Drug Alcohol Depend* 2002; 65: 129-135.
9. Herning RI, Better WE, Tate K, Cadet JL. Antiviral medications improve cerebrovascular perfusion in HIV+ non-drug users and HIV+ cocaine abusers. *Ann N Y Acad Sci* 2001; 939: 405-412.
10. Herning RI, Better W, Nelson R, Gorelick D, Cadet JL. The regulation of cerebral blood flow during intravenous cocaine administration in cocaine abusers. *Ann N Y Acad Sci* 1999; 890: 489-94.
11. Herning RI, King DE, Better WE, Cadet JL. Neurovascular deficits in cocaine abusers. *Neuropsychopharmacology* 1999; 21: 110-118.

12. King DE, Herning RI, Cadet JL. Subclinical neurological and neurovascular deficits in cocaine dependence. Gender and psychosocial considerations. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 825: 328-331.
13. Herning RI, King DE, Better W, Cadet JL. Cocaine dependence. A clinical syndrome requiring neuroprotection. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 825: 323-327.
14. López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
15. Arnedo M, compilador. Guía de orientación a la magistratura para adecuada atención de personas consumidoras de sustancias psicoactivas. 1ra edición. Buenos Aires: Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2010.
16. Belfort MA, Tooke-Miller C, Varner M, Saade G, Grunewald C, Nisell H, et al. Evaluation of a noninvasive transcranial Doppler and blood pressure-based method for the assessment of cerebral perfusion pressure in pregnant women. *Hypertens Pregnancy* 2000; 19: 331-340.
17. Previgliano I, Vera D, Corral MM, et al. Estimación de la presión intracraneana y de la presión de perfusión cerebral mediante el doppler transcraneano: ¿mito o realidad? *Medicina intensiva*. 2008, Suplemento 18º Congreso Argentino de Terapia Intensiva.
18. Goldenberg F, Previgliano I. Hipertensión endocraneana. En: Michelli F, editor. Tratado de neurología clínica. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2003. p. 282-306.
19. DeWitt LD, Rosengart A, Teal PA. Transcranial Doppler ultrasonography: normal values. In: Babikian VL, Wechsler LR, editors. Transcranial doppler ultrasound. St. Louis: Mosby; 1993. p. 29-51.
20. Roy CS, Sherrington CS. On the regulation of the blood supply of the brain. *J Physiol* 1890; 11: 85-108.
21. Selye H. A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature* 1936; 138: 32.
22. Nielsen KC, Owman C. Adrenergic innervation of pial arteries related to the circle of Willis in the cat. *Brain Res* 1967; 6: 773-776.
23. Hernández-Pérez MJ, Raichle ME, Stone HL. The role of the peripherals sympathetic nervous system in cerebral blood flow autoregulation. *Stroke* 1975; 6: 284-292.
24. Edvinsson L, Owman C, Siesjö EB. Physiological role of cerebrovascular sympathetic nerves in the autoregulation of cerebral blood flow. *Brain Res* 1976; 17: 519-523.
25. Edvinsson L, Aubineau P, Owman C, Sercombe R, Seylaz J. Sympathetic innervation of cerebral arteries: prejunctional supersensitivity to norepinephrine after sympathectomy or cocaine treatment. *Stroke* 1975; 6: 525-530.
26. Edvinsson L, MacKenzie ET, McCulloch J, editors. Cerebral blood flow and metabolism. New York: Raven Press; 1993.
27. Hamner JW, Tan CO, Lee K, Cohen MA, Taylor JA. Sympathetic control of the cerebral vasculature in humans. *Stroke* 2010; 41: 102-109.
28. Strandgaard S, Sigurdsson ST. Point: Counterpoint: Sympathetic activity does/does not influence cerebral blood flow. Counterpoint: Sympathetic nerve activity does not influence cerebral blood flow. *J Appl Physiol* 2008; 105: 1366-7; discussion 1367-1368.
29. Hinchey J, Chaves C, Appignani B, Breen J, Pao L, Wang A, et al. A reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. *N Engl J Med* 1996; 334: 494-500.
30. Previgliano I. Sección 5. Complicaciones neurológicas, pulmonares y hepáticas en la preeclampsia y eclampsia. En: Voto L, editor. Hipertensión en el embarazo. 1ª edición. Rosario: Corpus; 2008
31. Schwartz RB. Hyperperfusion encephalopathies: hypertensive ncephalopathy and related conditions. *Neurologist* 2002; 8: 22-34.
32. Bartynski WS. Posterior reversible encephalopathy syndrome, part 2: controversies surrounding pathophysiology of vasogenic edema. *AJNR* 2008; 29: 1043-1049.
33. Lee VH, Wijidicks EF, Manno EM, Rabinstein AA. Clinical spectrum of reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. *Arch Neurol* 2008; 65 (2): 205-210.
34. Previgliano IJ, Politei JM, Pagano. Hipoflujo en circulación posterior y ausencia de autorregulación cerebral presora en la enfermedad de Anderson Fabry: Un estudio de casos y controles con doppler transcraneano. *Rev Neurol Arg* 2004; Sup 1: 19.
35. Mena I, Giombetti RJ, Miller BL, Garrett K, Villanueva-Meyer J, Mody C, et al. Cerebral blood flow changes with acute cocaine intoxication: clinical correlations with SPECT, CT, and MRI. *NIDA Res Monogr* 1994; 138: 161-173.
36. Strickland TL, Miller BL, Kowell A, Stein R. Neurobiology of cocaine-induced organic brain impairment: contributions from functional neuroimaging. *Neuropsychol Rev* 1998; 8: 1-9.
37. Ernst T, Chang L, Oropilla G, Gustavson A, Speck O. Cerebral perfusion abnormalities in abstinent cocaine abusers: a perfusion MRI and SPECT study. *Psychiatry Res* 2000; 99: 63-74.
38. London ED, Bonson KR, Ernst M, Grant S. Brain imaging studies of cocaine abuse: implications for medication development. *Crit Rev Neurobiol* 1999; 13: 227-242.
39. Adinoff B, Devous MD, Best SE, Harris TS, Chandler P, Frock SD, et al. Regional cerebral blood flow in female cocaine-addicted subjects following limbic activation. *Drug Alcohol Depend* 2003; 71: 255-68.
40. Adinoff B, Williams MJ, Best SE, Harris TS, Chandler P, Devous MD Sr. Sex differences in medial and lateral orbitofrontal cortex hypoperfusion in cocaine-dependent men and women. *Gen Med* 2006 Sep; 3 (3): 206-222.
41. Adinoff B, Devous MD Sr, Williams MJ, Best SE, Harris TS, Minhajuddin A, et al. Altered neural cholinergic receptor systems in cocaine-addicted subjects. *Neuropsychopharmacology* 2010; 35: 1485-1499.
42. Bell KM, Milne N, Lyons KP. Regional cerebral blood flow and cocaine abuse. *West J Med* 1994; 161: 412-413.
43. Volkow ND, Mullani N, Gould KL, Adler S, Krajewski K. Cerebral blood flow in chronic cocaine users: a study with positron emission tomography. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 641-8.
44. Tucker KA, Browndyke JN, Gottschalk PC, Cofrancesco AT, Kosten TR. Gender-specific vulnerability for rCBF abnormalities among cocaine abusers. *Neuroreport* 2004; 15: 797-801.
45. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Estado de situación del consumo y tráfico en Argentina 2010 [Internet]. Disponible en: www.sedronar.gov.ar.
46. Corral M, Previgliano IJ, Lerman D, et al. Incidencia de intoxicación por drogas de abuso en pacientes con politraumatismos internados en Terapia Intensiva y su repercusión en la morbimortalidad. *Medicina Intensiva*. 2008; Suplemento 18º Congreso Argentino de Terapia Intensiva.

Consideraciones éticas de la comunicación diagnóstica en la enfermedad de Alzheimer prodrómica

Cecilia M. Serrano

*M.D.; Ph.D.; Servicio de Investigación y Rehabilitación Neuropsicológica SIREN
Instituto Universitario CEMIC
E-mail: ceciliamserrano@yahoo.com.ar*

Patricia Sorokin

*Mg.; Servicio de Investigación y Rehabilitación Neuropsicológica SIREN
Instituto Universitario CEMIC*

Fernando Taragano

*M.D.; Servicio de Investigación y Rehabilitación Neuropsicológica SIREN
Instituto Universitario CEMIC*

En los últimos 50 años, el envejecimiento poblacional se ha incrementado, aumentando dramáticamente el número de casos de demencia. La causa más frecuente es la enfermedad de Alzheimer (EA) (1).

Los nuevos criterios de EA, con la ayuda de biomarcadores,

pueden diagnosticar la enfermedad varios años antes de que el paciente ingrese al estadio demencial (pérdida de la funcionalidad) (1, 2, 3). La ciencia ha experimentado un gran avance en el conocimiento de la enfermedad y en el diagnóstico temprano, pero no en la curación de la misma.

Resumen

El envejecimiento poblacional ha incrementado enfermedades edad-dependientes como las demencias, siendo la enfermedad de Alzheimer (EA) la causa más frecuente en adultos mayores (50%-60%). Es uno de los trastornos más temidos, por su carácter irreversible e incurable, por su cronicidad y por consistir en un largo proceso de despersonalización. El diagnóstico es fundamentalmente clínico basándose en criterios del DSM-IV y NINCDS-ADRDA. El diagnóstico definitivo es post mórtem, ya que exige la confirmación histopatológica. Sin embargo, han surgido nuevos criterios diagnósticos de EA basados en biomarcadores, los cuales se pueden realizar en vida, anticipando el devenir de la demencia varios años antes. Por ende, los médicos se ven cada día más expuestos a pacientes con EA en etapas más precoces, debiendo enfrentar el dilema de comunicar el diagnóstico de una enfermedad incurable a un paciente con fallas cognitivas y conciencia de enfermedad, con las implicancias que genera sobre él y su familia. El objetivo de este trabajo será analizar el problema ético-clínico de la comunicación del diagnóstico de EA en etapas prodrómicas (pre-demenciales) en nuestro medio, basándonos en el análisis de los principios éticos (autonomía y no maleficencia) involucrados en la toma de decisiones.

Palabras clave: Ética - Demencia - Diagnóstico - Alzheimer prodrómico - Autonomía.

ETHICAL CONSIDERATIONS OF COMMUNICATION DIAGNOSTIC OF PRODRIMAL ALZHEIMER'S DISEASE

Abstract

Population aging has increased age-related diseases such as dementia, Alzheimer's disease (AD) being the most common in older adults (50%-60%). It is one of the most feared conditions for its irreversible and incurable, by its chronicity and it consists of a long process of depersonalization. The clinical diagnosis is mainly based on DSM-IV and NINCDS-ADRDA. Definitive diagnosis is post-mortem, as it requires histopathological confirmation. However, there have been new diagnostic criteria based EA biomarkers, which can be done in life, anticipating the course of several years before dementia. Thus, physicians are increasingly exposed to AD patients in early stages, having to face the dilemma of communicating the diagnosis to a patient with cognitive failures and disease awareness, with the implications that generates about him and his family. The objectives of this paper will analyze the ethical problem of communication of clinical diagnosis of AD in prodromal stages (pre-dementia) in our country, based on the analysis of ethical principles (autonomy and non maleficence) involved in decision making.

Key words: Ethics - Dementia - Diagnosis - Prodromal Alzheimer - Autonomy.

Los tratamientos actuales de la EA son sintomáticos, y con una eficacia pobre. Pocos son los estudios en la literatura que avalan que el tratamiento preventivo retrase el deterioro. Por otro lado, las nuevas drogas anti-patogénicas en Alzheimer en estadios más avanzados han mostrado resultados desalentadores.

Los nuevos criterios de Alzheimer ponen al sujeto vulnerable en la condición de "paciente en espera" de la demencia, sin un tratamiento eficaz hasta el momento. Pero, por otro lado, abren un enorme abanico de posibilidades de investigación y un importante desafío clínico.

El avance de la ciencia, enfrenta al médico, con su idiosincrasia, a nuevos dilemas: comunicar el diagnóstico de una enfermedad progresiva, altamente prevalente y, hasta el momento, incurable. ¿Estamos los médicos preparados para enfrentar el dilema de comunicar esta enfermedad antes de la demencia?

Al revisar la literatura, nos encontramos que en los últimos años ha habido un cambio en la actitud sobre comunicar el diagnóstico de una enfermedad al paciente, especialmente en el caso del cáncer. En 1961 se realizó un estudio que mostró que el 90% de los médicos no revelaba el diagnóstico de cáncer a sus pacientes (4); 20 años después, el 98% de los médicos lo hacían (5, 6). Sin embargo, hay poca literatura sobre la comunicación diagnóstica en demencias. Las guías de la Asociación Médica Americana (AMA) recomiendan dar el diagnóstico de EA "si es posible" (7, 8).

¿Debemos dar el diagnóstico al paciente o a su familiar previamente?, ¿cuándo, cómo, para qué?, ¿se beneficiaría el paciente al conocer su estado, podría tomar decisiones acerca de su vida?, y por último ¿qué tratamiento podemos ofrecerle en consecuencia? Son algunas de las preguntas más frecuentes que los médicos nos planteamos a la hora de enfrentarnos con un paciente con Alzheimer prodrómico. Algunos estudios, reportan que el 40% de los especialistas comunica el diagnóstico de demencia a sus pacientes y el 20% no ve ningún beneficio en hacerlo.

El principio ético mayormente involucrado en comunicar o no el diagnóstico de EA a un paciente es el de autonomía (9, 10, 11). El ejercicio de la autonomía de las personas, exige que se cumplan al menos tres condiciones: a) actuar voluntariamente, es decir, libre de coerciones; b) tener información suficiente sobre la decisión que se va a tomar; c) tener capacidad, esto es, poseer una serie de aptitudes psicológicas, cognitivas, volitivas y afectivas, que le permitan conocer, valorar y gestionar adecuadamente la información anterior, tomar una decisión y expresarla. Por ende, el médico tiene obligación de brindar información al paciente y el paciente el derecho de saber su diagnóstico, pero también de no saberlo si así lo desea, el derecho de querer o no compartir el diagnóstico con su familia, y de planificar su vida de la manera más apropiada según su enfoque. El paciente, para poder tomar estas decisiones, debe tener relativamente preservada su capacidad intelectual (12). Se consi-

dera que puntajes menores a 19 en el Mini Mental test se asocian con incapacidad (13, 14). Un individuo que preserva la conciencia de enfermedad o "insight" es capaz de verbalizar la naturaleza, severidad y consecuencias de sus alteraciones cognitivas. Sin embargo, los pacientes con conciencia de sus fallas cognitivas suelen angustiarse más, como sucede en las personas que transitan la EA prodrómica. Los pacientes depresivos, en general, tienden a hacer valoraciones menos optimistas que los sujetos normales en situaciones problemáticas (12).

El principio ético de la no maleficencia debe tenerse en cuenta. Así, se establece la obligación de no hacer el mal. Al informar el diagnóstico de EA al paciente, aunque ésta sea la verdad, se puede hacer un daño por el impacto que esta noticia puede tener sobre él. Esto se puede expresar en forma de depresión y, en casos extremos, de ideación suicida (15).

Varios estudios han reportado que los familiares piden al médico que no se le informe al paciente de su diagnóstico por miedo al impacto psicológico que pueda generarle. Sin embargo, otros estudios revelan que el saber el diagnóstico, podría reducir la ansiedad al tener una explicación de los síntomas y proveer un plan de tratamiento y/o seguimiento médico (16). Draper y colaboradores revelaron que al informar el diagnóstico al paciente, podría existir un riesgo de conducta suicida (aunque mínimo), sobre todo en los tres primeros meses del diagnóstico. Por este motivo, se recomienda precaución en sujetos que tienen depresión concomitante, cubriendo las necesidades emocionales del paciente posterior al diagnóstico (17).

En síntesis, la EA es una de las patologías mentales más temidas, por su carácter irreversible, crónico, progresivo e incurable. Con los nuevos criterios, basados en el apoyo de los biomarcadores, el diagnóstico puede realizarse en vida, anticipando el devenir de la demencia varios años antes (1, 18). Por ende, los médicos nos veremos cada vez más expuestos a pacientes con EA prodrómica, debiendo enfrentar el dilema de comunicar el diagnóstico de una enfermedad sin curación y al mismo tiempo de ofrecer nuevas líneas de investigación farmacológica.

Pensamos que la formación en ética de los médicos es escasa, pero a su vez altamente necesaria para saber cómo comunicar diagnósticos de enfermedades incurables como la aquí tratada. Probablemente con esta patología suceda lo mismo que con el cáncer, debiendo transcurrir varios años hasta lograr un cambio de paradigma (del paternalismo a la autonomía) y poder consensuar guías operacionales diagnósticas basadas en la ética de los nuevos avances científicos.

El médico tendrá el importante rol de saber determinar caso por caso la decisión a tomar en base a cada paciente en particular, respetando la autonomía, evitando dañar a la hora de comunicar el diagnóstico y ofreciendo nuevas líneas de investigación farmacológica, con el fin de lograr la curación de la enfermedad ■

Referencias bibliográficas

1. Allegri RE, Russo MJ, Kremer J, Taragano FE, Brusco I, Ollari JA, et al. Review of recommendations and new diagnosis criteria for mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease. *Vertex* 2012; 23 (101): 5-15.
2. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011; 7: 270-9.
3. Jack Jr CR, Albert MS, Knopman DS, McKhann GM, Sperling RA, Carrillo MC, et al. Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011; 7: 257-262.
4. Sperling RA, Aisen PS, Beckett LA, Bennett DA, Craft S, Fagan AM, et al. Towards defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011; 7: 280-92.
5. Pinner G. Truth-telling and the diagnosis of dementia. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 514-5.
6. Oken D. What to tell cancer patients. *JAMA* 1961; 175 (13): 1120-8.
7. Raicher I, Caramelli P. Diagnostic disclosure in Alzheimer's disease. *Dement Neuropsychol* 2008; 2 (4): 267-271.
8. Johnson H, Bouman WP, Pinner G. On telling the truth in Alzheimer's disease: a pilot study of current practice and attitudes. *Int Psychogeriatr* 2000; 12: 221-9.
9. Elson P. Do older adults presenting with memory complaints wish to be told if later diagnosed with Alzheimer's disease? *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 419-425.
10. Santander F. Ética y praxis psiquiátrica. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2000. p. 54-74.
11. Gómez-Lobo A. Los Bienes Humanos. Santiago: Mediterráneo; 2006.
12. Simón P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2008; vol. XXVIII (102): 325-348.
13. Appelbaum P. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med* 2007; 357: 1834-1840.
14. Cornett P, Hall J. Issues in disclosing a diagnosis of dementia. *Arch Clin Neuropsychol* 2008; 23: 251-6.
15. Paola Fuentes R. Comunicación diagnóstica en enfermedad de Alzheimer. Reflexión y propuesta. *Rev Med Chile* 2012; 140: 811-7.
16. Carpenter BD, Xiong C, Porensky EK, Lee MM, Brown PJ, Coats M, et al. Reaction to a dementia diagnosis in individuals with Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56: 405-412.
17. Draper B, Peisah C, Snowdon J, Brodaty H. Early dementia diagnosis and the risk of suicide and euthanasia. *Alzheimers Dement* 2010; 6 (1): 75-82.
18. Prvulovic D, Hampel H. Ethical considerations of biomarker use in neurodegenerative diseases-a case study of Alzheimer's disease. *Prog Neurobiol* 2011; 95 (4): 517-9.

Incorporamos Psiquiatras



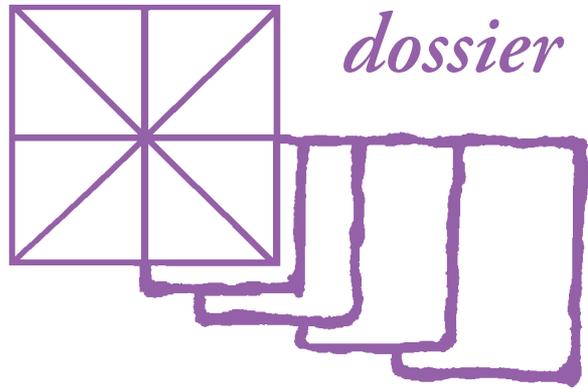
Centro Privado
de Psicoterapias
www.cpp.com.ar

Estamos realizando búsquedas específicas para:
**Médicos Psiquiatras con consultorio
en Ciudad de Buenos Aires
y Gran Buenos Aires -Zona Oeste y Zona Sur-**

Nos gustaría contactarnos con profesionales que se interesen en:

- La participación en reuniones de supervisión interdisciplinarias
- La formación clínica permanente
- El trabajo en equipo

Envíanos tu CV a: busquedas@rodriguezcasey.com.ar



CULTURA Y PSIQUIATRÍA

Coordinación

Norberto Aldo Conti
Daniel Matusevich
Juan Carlos Stagnaro

Nos motiva en esta ocasión proponer una reflexión, desde las páginas de nuestra revista, acerca de las incidencias de la cultura en el campo de la psiquiatría. Poder pensar de qué manera, en el mundo actual, los procesos culturales inciden sobre la teoría y la práctica psiquiátricas. Es necesario aclarar de qué hablamos cuando decimos “procesos culturales”. Desde el enfoque que proponemos para este Dossier se trata de una pluralidad de comportamientos socialmente compartidos que expresan la particular manera en que un grupo humano organiza usos y costumbres en relación a su contexto social, político, económico, tecnológico e ideológico.

Los sistemas médicos pueden ser estudiados y comprendidos como construcciones culturales como lo son las diferentes clasificaciones y nosologías, las hipótesis etiopatogénicas sobre el origen de los trastornos clasificados y las etnoterapias propias, acordes con esas conceptualizaciones, es decir, una serie de figuras reconocidas socialmente como capaces para ejercer la cura.

La literatura especializada -aunque existen pocas investigaciones al respecto- muestra que existen diferencias interétnicas en los procesos psicológicos básicos como la capacidad de atención, de percepción, de memorización, etc.

En investigaciones realizadas en Australia, India y África, se ha concluido que cada etnia tiene el patrón de habilidades visuo-espaciales que se ajusta mejor a su medio. En otras palabras, que mientras que todas las poblaciones tienen el mismo potencial para el desarrollo cognitivo y perceptivo, los factores culturales y ecológicos determinan lo que se va a desarrollar; es decir, que diferentes ambientes culturales llevan al desarrollo de diferentes patrones de

habilidades. Es lo que se conoce como ley de diferenciación cultural.

Asimismo, el concepto de “persona”, pieza clave en la construcción de la filosofía y la psicología occidentales, no es universal, como podría suponerse cuando describimos en nuestro entorno cultural, por ejemplo, los trastornos de la personalidad. En efecto, en culturas no centradas en el individuo y organizadas en torno a una perspectiva holística las “personas” no pueden entenderse si no es en relación con los demás y con el medio ambiente. La persona no se define por una serie de propiedades que le caracterizan, sino por su modo de interaccionar con el medio. Tal perspectiva cuestiona la noción de “persona” propio de la psicología occidental actual por su carácter no contextual.

Paradójicamente, en un contexto de insistencia en la “globalización” de ciertas pautas de comportamiento y consumo, se han generado en los últimos años una gran cantidad de trabajos, englobados bajo el título de “estudios culturales” que, rebasando los límites de la sociología y la antropología académicas tradicionales, tratan de dar cuenta de una gran cantidad de fenómenos culturales que pugnan por subsistir en los márgenes de la globalización o por adquirir visibilidad por fuera de ella, generando un rico ejercicio de análisis epistemológico de relaciones de sentido y relaciones de poder en torno a esa subsistencia o visibilidad.

Justamente nuestra América Latina es una de las regiones en que más marcadamente se observa esa variabilidad cultural y sus esfuerzos de legitimación, que no escapan a las vicisitudes políticas de los países de la región.

También en el campo de la psiquiatría encontramos esta misma tensión entre la tendencia globalizante y el reconocimiento de lo idiosincrático, empíricamente reconocible en la variabilidad cultural.

Para explorar esa tensión hemos invitado a dos prestigiosos investigadores; por un lado, el Dr. Sergio Villaseñor Bayardo, Presidente del Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales (GLADET), quien en su artículo nos presenta una mirada de conjunto de los aportes culturales al campo de la psiquiatría originados en América Latina y en la entrevista, que gentilmente nos ofrece, nos pone en conocimiento de la historia y los alcances del GLADET que actualmente preside.

Por otro lado, el Dr. Renato Alarcón, Profesor Titular de la Cátedra Honorio Delgado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia de Lima y Profesor Emérito de Psiquiatría de la Mayo Clinic College of Medicine de Rochester, EE.UU., nos instruye sobre la conceptualización y presencia de los fenómenos culturales en la redacción del DSM-5 y también en las tensiones y dificultades para su reconocimiento en los grupos de trabajo responsables de su redacción final.

El análisis de cómo y de qué manera la subjetividad

se constituye en tanto intersubjetividad en relación dialéctica con el espacio cultural es abordado por el Dr. Horacio Vommaro, presidente de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) y fundador del Capítulo de Violencia Social y salud Mental de esa entidad.

Si la cultura de una época y de un determinado lugar puede dar origen a determinadas patologías psiquiátricas es tema del artículo del Dr. Emilio Vaschetto, quien indaga acerca del particular fenómeno de la dromomanía y sus implicancias epistemológicas para el campo de la psiquiatría.

Cómo las nuevas tecnologías del tipo de redes sociales pueden incidir en la práctica psiquiátrica nos ilustra el artículo del Dr. Daniel Matusевич acerca de la aplicación de un protocolo mediado por WhatsApp en el trabajo cotidiano de una sala de internación de pacientes agudos.

Como se podrá apreciar se trata de un conjunto de artículos necesariamente heterogéneos que permiten pensar desde diferentes perspectivas la incidencia de la cultura contemporánea en la praxis psiquiátrica, y es nuestra intención que los mismos puedan generar en nuestros lectores interrogantes y reflexiones que enriquezcan nuestra práctica clínica ■

Componentes culturales en DSM-5: logros, ilusiones y esperanzas

Renato D. Alarcón

*Profesor Titular de la Cátedra Honorio Delgado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
Profesor Emérito de Psiquiatría, Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, MN, EE.UU.*

Introducción

Dentro de las numerosas definiciones de cultura a lo largo de la historia, el carácter de repositorio consistente de expresiones individuales y colectivas de identidad es tal vez su componente máspreciado. Cultura entraña un conjunto de factores o variables en la configuración de un contexto a la vez permanente y dinámico de signifi-

cados, valores y normas conductuales que determinan la singular perspectiva de grupos humanos y sociedades en relación al mundo y a ellos mismos; el concepto engloba desde variaciones dietéticas hasta ideas religiosas o concepciones espirituales pasando por filosofías políticas o entornos económicos (1, 2). Cultura nos dice entonces

Resumen

La Psiquiatría Cultural se ocupa de la descripción, definición, evaluación y manejo de cuadros psiquiátricos en tanto que reflejo clínico de factores culturales, dentro de un contexto integral y como atributo explicativo, interpretativo, nosológico, terapéutico y preventivo en la práctica profesional. El presente artículo intentará examinar ese vínculo en el contexto de la clasificación dominante en nuestra era, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, con énfasis en el desarrollo de su última versión, DSM-5. El contenido cultural de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud puede ser materia de otros análisis, aun cuando puede decirse que, en general, parece tener menos alcances que la clasificación norteamericana. La participación, el trabajo y las reflexiones del autor en torno al Comité del DSM-5 creado por la APA a comienzos del presente siglo, constituyen la base de la presentación y discusión de logros concretos, ilusiones más o menos idealizadas y esperanzas más o menos realistas con vista al futuro. Las conclusiones intentarán cubrir también implicaciones de los componentes culturales del DSM-5 en el ámbito de la psiquiatría latinoamericana e hispano-hablante.

Palabras clave: Psiquiatría cultural - DSM-5 - CIE 10 - Cultura y Psiquiatría.

CULTURAL COMPONENTS WITHIN DSM-5: ACHIEVEMENTS, HOPES, AND EXPECTATIONS

Abstract

Cultural Psychiatry deals with the description, definition, evaluation and management of psychiatric conditions as a clinical reflection of cultural factors within an integral context, and as an explanatory, interpretative, nosological, therapeutic and preventive attribute in professional practice. This article attempts to analyze that link in the context of the dominant classification in our era, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) of the American Psychiatric Association (APA), with emphasis on the development of its latest version, DSM-5. The cultural content of the International Classification of Diseases (ICD) of the World Health Organization (WHO) can be the subject of further analysis, even when it can be said that, in general, it seemingly has less reach than the American classification. The author's participation, work and reflections about the DSM-5 Committee, created by the APA at the beginning of this century, constitute the basis of the presentation and discussion of concrete achievements, more or less idealized hopes, and more or less realistic expectations with a view to the future. Conclusions will also try to cover implications of DSM-5 cultural components in the field of Latin American and spanish-speaking psychiatry.

Keywords: Cultural Psychiatry - DSM-5 - ICD-10 - Culture and Psychiatry.

qué somos, quiénes somos, por qué somos, creemos y actuamos en la forma que lo hacemos cotidianamente, a través del tiempo y de la historia.

En tanto que *background* fundamental de la raza humana, como libreto en la delineación de múltiples transacciones e intercambios, como vocero y expresión diversa y multiforme de individuos y grupos en el ámbito local y global, cultura impacta poderosamente todos los aspectos de nuestra existencia. Mucho se ha escrito en torno a las múltiples relaciones entre cultura y medicina. Las concepciones etiológicas de la enfermedad, la reacción individual, familiar, grupal y/o comunitaria frente a los síntomas, el proceso de adherencia al tratamiento y la relación con el profesional tratante son, todos, aspectos basados en singulares presupuestos culturales tales como percepción del principio y de las figuras de autoridad, valoración del saber como indicador de prestigio en la escala social, papel de códigos morales, vigor de las creencias religiosas y varios más (3).

En el momento actual se acepta que la cultura influye poderosamente en la formación de la personalidad y de su correspondiente repertorio emocional, no sólo en base al impacto de actitudes parentales, modos de crianza, uso del lenguaje o transmisión de elaboraciones simbólicas (4), sino también como efecto de todo ello en la producción de fenómenos o cambios más o menos permanentes de naturaleza químico-fisiológica, endocrino-inmunológica o neuro-sensorial (5). Así, al lado del espectacular desarrollo de las neurociencias desde fines del siglo pasado, se percibe un crecimiento paralelo de conceptos culturales en medicina y psiquiatría. Surge entonces la Psiquiatría Cultural, que se ocupa con la descripción, definición, evaluación y manejo de cuadros psiquiátricos en tanto que reflejo clínico de factores culturales, dentro de un contexto integral y como atributo explicativo, interpretativo, nosológico, terapéutico y preventivo en la práctica profesional (6, 7).

El presente artículo intentará examinar ese vínculo en el contexto de la clasificación dominante en nuestra era, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM, su sigla en inglés) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), con énfasis en el desarrollo de su última versión, DSM-5 (8). El contenido cultural de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD, en inglés) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (9) puede ser materia de otros análisis, aun cuando puede decirse que, en general, parece tener menos alcances que la clasificación norteamericana. La participación, el trabajo y las reflexiones del autor en torno al Comité del DSM-5 creado por la APA a comienzos del presente siglo, constituyen la base de la presentación y discusión de logros concretos, ilusiones más o menos idealizadas y esperanzas más o menos realistas con vista al futuro. Las conclusiones intentarán cubrir también implicaciones de los componentes culturales del DSM-5 en el ámbito de la psiquiatría latinoamericana e hispano-hablante.

Cultura y diagnóstico psiquiátrico

Cultura y diagnóstico psiquiátrico han mantenido

una relación ambigua a lo largo de la historia. A pesar de su vigencia y aceptación universal, el contenido cultural en sistemas diagnósticos médicos y psiquiátricos ha sido escaso. Los conceptos culturales no se enseñan ni se practican sistemática o consistentemente en el proceso docente. Se reconocen términos tales como identidad cultural del paciente, contexto cultural de su padecimiento, significado cultural de síntomas y signos y el enunciado de las llamadas "variables culturales"; se habla de la ubicuidad de la cultura, de su naturaleza multidimensional y su impacto en conductas y emociones humanas; se discute la naturaleza dual (objetiva e intersubjetiva) de todo encuentro clínico; se insiste en cómo los avatares de la globalización impactan la fenomenología de auto y hetero-percepciones, la densidad sintomatológica y la severidad del evento clínico; y se reiteran los roles interpretativo-explicativo y patogénico-patoplástico de cultura como conceptos de avanzada en la forja de competencias clínicas valiosas (7, 10).

Lamentablemente, lo anterior muchas veces no pasa de ser un recital retórico. En la práctica, se ignoran factores eminentemente culturales tales como modalidades de crianza y actitudes parentales, se abandona la exploración y magnitud de factores de riesgo y protección (los llamados "estilos de afronte" de situaciones adversas) y, más aún, se soslayan (ergo, se refuerzan) actitudes sociales prevalentes (prejuicio, discriminación, estigma) hacia manifestaciones psicopatológicas (11) y se sabotean así la verificación de una evaluación integral y el rol de la cultura como factor terapéutico, pronóstico y preventivo en el manejo de todo paciente.

Aspectos culturales de DSM-I a DSM-IV TR

A pesar de declaraciones más o menos elocuentes del líderes de la APA en cada etapa del desarrollo histórico del DSM, en torno a la relevancia de lo cultural en el acto diagnóstico, es preciso señalar que tales proclamas no se materializaron de modo alguno en por lo menos las dos primeras versiones del Manual. DSM-I publicado en 1952 y DSM-II, dieciséis años después fueron, esencialmente, documentos guiados por fuertes basamentos teórico-ideológicos: aquél asumiendo una "etiología pre-establecida" de origen psicodinámico o psicoanalítico (12), y éste siguiendo el contexto patogénico de la "psicobiología" de Adolf Meyer y sus seguidores (13) que acuñaron el término "reacción" para cada uno de los grupos de trastornos mentales considerados tradicionales. Queda claro que postulados más o menos dogmáticos en uno y otro caso dejaron poco espacio para consideraciones culturales: de algún modo, ambiente y sociedad, receptáculos primarios de estructuras y conceptualizaciones culturales, fueron solo términos formales accesorios, no examinados ni elaborados en su real significación diagnóstico-psiquiátrica.

Se acepta que DSM-III, publicado en 1980, representó en la historia del diagnóstico psiquiátrico un drástico cambio de perspectiva en el ámbito norteamericano, cambio que muchos llamaron "revolucionario" dado su carácter descriptivo (libre de florilegios psicodinámicos),

fenomenológico y “neo-kraepeliniano”, de corte categórico (14, 15). Los antecedentes conceptuales de esta versión tales como los elaborados por Robins y Guze en 1970, Feighner y sus colaboradores en 1972 y Spitzer y colaboradores en 1978 enfatizaron la importancia de validez y confiabilidad debidamente engarzadas y la estipulación de criterios cuidadosamente recitados; fueron precisamente estas razones las que pueden haber deslizado el foco más allá de lo estrictamente cultural, como resultado de lo cual puede afirmarse que la “revolución” del DSM-III no abarcó factores culturales relevantes: si bien el documento fue declarado “ateórico” y aun cuando un texto adicional de casos clínicos incluyó descripciones de pacientes no-norteamericanos, el énfasis cultural fue mínimo deteniéndose en vagas menciones de aculturación en inmigrantes; este afronte no cambió en la edición revisada (DSM-III R) publicada en 1987 (16).

DSM-IV vio la luz en 1994. El Comité, presidido por Allan Frances, fue creado a fines de la década de los años ochenta y contó inicialmente con 27 miembros a los que se añadieron otros más tarde para constituir 13 grupos de trabajo encargados de revisar todo el contenido de DSM-III. Es importante señalar que desde el primer momento en esta fase, planteamientos de incorporación de componentes culturales en el diagnóstico psiquiátrico fueron claramente enunciados por clínicos y académicos vinculados a la investigación en este campo, una alianza de científicos sociales y psiquiatras de ambos lados del Atlántico (17, 18) postulando el nacimiento de una “nueva psiquiatría cultural”. Resulta interesante que no fue, sin embargo, el Comité sino el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, sigla en inglés) el que a través de su Oficina de Poblaciones Especiales jefaturada por Delores Parrón estableció un Grupo de Trabajo sobre Cultura y Diagnóstico Psiquiátrico. En Abril de 1991, este Grupo convocó a 45 profesionales interesados en el tema que se reunieron en Pittsburgh, Pennsylvania; como resultado de estas deliberaciones, una intensa actividad en los siguientes dos años culminó en Setiembre de 1993 con la presentación de un bien documentado informe y la solicitud formal de inclusión en DSM-IV de un artículo introductorio sobre cultura y diagnóstico psiquiátrico con especificaciones de identidad, contexto, procesos inter-generacionales, consideraciones culturales para los 15 grupos de trastornos, anotaciones a ser añadidas en el ya concebido esquema multi-axial, guías para la Formulación Cultural y un Glosario de síndromes ligados a la cultura (CBSs, en inglés) y modismos de discomfort (*Idioms of Distress*).

Las deliberaciones de este grupo fueron tan eruditas como apasionadas. Los factores socio-culturales en el curso de toda enfermedad mental, así como lo que parecía ser un compromiso con lo cultural en la filosofía básica del DSM-IV fueron puntos de relieve fundamental. Se examinaron a fondo las diversas fuentes de resistencia a la incorporación de cultura en el proceso diagnóstico, tales como el “universalismo” y la hegemonía de enfoques biológicos de la psicopatología, la tendencia a generalizar las respuestas de miembros de diferentes clases sociales al impacto de la enfermedad mental, las divergencias entre

metodologías de investigación y perspectivas de la práctica clínica en la comunidad, los temas de poder, autoridad, jerarquías y relación clínico-paciente, etc.

El documento fue ciertamente claro, sólido y de avanzada. Pasó revista a los cambiantes conceptos culturales y su impacto en áreas tan distantes como la demografía o las creencias populares y se reforzaron las bases antropológicas de narrativa clínica y diagnóstico. El gran entusiasmo y la justificada expectativa en torno a este trabajo de alto nivel académico encontraron, sin embargo, una recepción fría y -peor aún- una actitud casi hipócrita que resultó en la mutilación de las propuestas, menciones apenas puntuales de algunos conceptos en la Introducción general y breves comentarios en párrafos subtítulos “*Rasgos específicos de cultura, edad y género*” (nótese la mezcla de términos y su incongruencia) incluidos en algunos grupos de trastornos. Este no-tan-sutil rechazo se patentizó elocuentemente en el relegamiento de parte de las sugerencias esenciales del Grupo de Trabajo al Apéndice I (el penúltimo del Manual), seis páginas (897-903) de las 943 en la versión final del DSM-IV (19).

Dos años después de la publicación del DSM-IV, un libro sobre cultura y diagnóstico psiquiátrico (20) incluyó un elocuente prólogo de Leon Eisenberg y capítulos de notables autores tales como Arthur Kleinman (el cual lamentaba “*cuan poco de todo lo que recomendamos se incluyó*” en la versión final) y Byron Good que en el Epílogo, sugerentemente titulado “*Conocimiento, Poder y Diagnóstico*”, señaló que “*la decepción con el DSM-IV conducirá a esfuerzos aún más grandes... en busca de un sistema diagnóstico apropiado para nuestro mundo intercultural y globalmente interconectado*”.

El logro cultural más importante en DSM-IV fue sin duda el delineamiento de la llamada Formulación Cultural (FC), de estructura narrativa abarcando cinco áreas fundamentales: identidad del paciente, sus explicaciones en torno a los síntomas, ambiente y funcionamiento psicosocial, la relación diagnosticador-paciente y una evaluación o sumario de los aspectos culturales de diagnóstico y atención clínica en el paciente. El llamado Glosario de CBSs incluyó 25 entidades categóricamente enmarcadas, la heterogeneidad de cuyas descripciones los tornaba poco menos que irrelevantes, como se verá más adelante.

El año 2000, se publicó un texto revisado del DSM-IV con muy pequeñas modificaciones, ninguna en el área cultural por cierto (21). De hecho, las críticas no se habían hecho esperar, tanto desde los cuarteles neurobiológicos como de los antropológico-clínicos y de otras ciencias sociales. Las objeciones se pueden resumir en los siguientes aspectos: énfasis excesivo en la relevancia de datos epidemiológicos no contextualizados, escasa consideración de fenomenologías culturalmente modeladas, omisión de factores protectores y de riesgo y de “*fortalezas y debilidades*” (strengths and weaknesses) culturalmente basados, todo lo cual resultaba en un uso limitado de la FC a lo largo del mundo (22). Las consecuencias de estas fallas fueron caracterizadas como un “reduccionismo no deliberado” y un “etnocentrismo no declarado” que, en conjunto, limitaron enormemente el ingreso de conceptos culturales por la puerta grande de una evaluación diagnóstica integral.

Los centros académico-clínicos en los que se han llevado a cabo investigaciones con o sobre la FC son contados pero, en conjunto, han ofrecido data alentadora y han identificado áreas de necesaria mejora. Estudios sistemáticos en Montreal, Estocolmo, Amsterdam, Madrid y New York (23, 24, 25, 26, 27) han identificado ventajas en factibilidad, utilidad, confiabilidad y operacionalización del instrumento, así como limitaciones derivadas de las idiosincrasias de la forma narrativa, muestras relativamente escasas y heterogéneas, dificultades metodológicas, insuficiencias en el recojo y documentación de datos y problemas de comparabilidad. A ello se han añadido incompletas áreas de información, carencia de definiciones específicas de ciertos términos, no siempre claras distinciones entre lo que es cultural y el resto de la historia del paciente, un enfoque dimensional limitado o casi inexistente, falta de evaluación cuantitativa y, en algunos casos, resultados poco concluyentes o poco prácticos. La declaración de Good sonaba pues, en este contexto, no sólo certera y necesaria sino también profética.

Aspectos culturales en la CIE-10

En cuanto a componentes culturales en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10^{ma} Edición (CIE-10) de la OMS, es relativamente poco lo que se puede decir. El carácter internacional del documento y de su proceso de elaboración podría ser considerado de suficiente envergadura como para decir que, en sí, es ya un documento intercultural. Tal raciocinio no resiste un análisis serio ya que si bien puede decirse que el trabajo de todos los países podría aportar un sesgo particularmente cultural, las negociaciones y menudencias políticas del proceso introducen un elemento burocrático que puede ser cultural pero clínicamente nebuloso y, por lo tanto, irrelevante. A pesar de un origen históricamente valioso (28), la CIE no incluye conceptos culturales específicos en el proceso diagnóstico, concebido más bien como eminentemente descriptivo y categórico; más aún, no enfatiza instrumentación específica alguna para un manejo práctico y útil y su presencia es fundamentalmente resultado de acuerdos internacionales supervisados por la OMS.

Cultura en el DSM-5

Poco después de la convocatoria inicial de la APA para la elaboración de la quinta versión del DSM, se llevaron a cabo en 1999 y 2000 reuniones preliminares de discusión de aspectos fundamentales del trabajo. Valga la pena señalar que en un comienzo no hubo representación alguna de temas culturales en estas reuniones y que fue sólo luego de peticiones insistentes que se creó un grupo encargado de evaluar las principales necesidades de DSM-V (nótese la numeración romana todavía en uso) en el terreno cultural. En 2002 se publicó un volumen (29) que recogía las principales sugerencias formuladas en torno a temas básicos de investigación sobre nomenclatura, neurociencias, neurodesarrollo, personalidad y trastornos de relación, discapacidades y temas culturales. Para entonces se había constituido ya

el liderazgo del Comité del DSM-V que procedió luego, hacia 2005-2006, a expandir su membrecía y nombrar 16 Grupos de Trabajo y seis Grupos de Estudio; dentro de estos últimos se estableció el de Temas de Género y Cross-culturales (10 miembros) que inicio sus labores en el periodo 2007-2008.

Fue claro desde el comienzo que este Grupo de Estudio se proponía estudiar fundamentalmente los vínculos entre género y diagnóstico y que como áreas culturales propiamente dichas parecía circunscribirse sólo a la consideración de raza y etnicidad en estudios epidemiológicos. Se iniciaron revisiones pertinentes de la literatura pero luego de dos años se hizo evidente la necesidad de una declaración o "toma de posiciones" ante el liderazgo del Comité de la APA, resaltando la urgencia de focalizarse en una ampliación de temas culturales en base al establecimiento de un Subgrupo exclusivamente encargado de estudiarlos. La respuesta fue totalmente favorable y el Subgrupo empezó su labor en 2010.

Las discusiones de este último no fueron menos intensas que las de otros en el desarrollo general del DSM, para entonces utilizando ya la numeración arábica, en base a la posibilidad de crear nuevas versiones electrónicas o aún impresas (DSM-5.1 o 5.2, por ejemplo) en periodos relativamente cortos. Se plantearon cuatro áreas fundamentales: un capítulo introductorio sobre aspectos culturales del diagnóstico psiquiátrico, componentes culturales en la definición de trastorno mental, nueva estructura y contenidos del llamado Glosario y la elaboración de una Entrevista para la Formulación Cultural (EFC o CFI, sigla en inglés) que, luego de bien planeados ensayos de campo, enriqueciera las posibilidades de uso y mediciones apropiadas de su contenido (30, 31).

El producto final: logros culturales en DSM-5

El resultado de estas deliberaciones fue mixto. A pesar de declaraciones aparentemente sinceras del liderazgo del Comité, consideraciones logísticas y de otro orden prevalecieron para concluir en una subsección sobre contenidos culturales en el capítulo introductorio general del Manual (ya recortado por el Subgrupo mismo) y una muy breve mención de factores culturales en la definición de trastorno mental. De hecho, el Subgrupo prestó más atención (probablemente con buenas razones) a la reconsideración del contenido del Glosario de DSM-IV y a la elaboración de la EFC, tal como se verá a continuación.

Conceptos culturales de distrés

El Subgrupo concluyó que el contenido del Glosario era una mezcla desorganizada de síndromes, modismos de *discomfort* y modelos explanatorios de conductas y entidades que, unida a manualización y utilidad clínica limitadas, se reflejaban en guías insuficientes e información y documentación poco relevantes. Así, su primera decisión, finalmente incluida en el Apéndice de DSM-5, fue un desdoblamiento conceptual resultante del análisis crítico de definiciones conocidas. El antiguo Glosario pasó a ser una Sección a la que se tituló *Conceptos Cultura-*

les de Distrés (8), elaboraciones que en su conjunto reflejan maneras o vías locales a través de las cuales grupos culturales diversos experimentan, comprenden y comunican sufrimiento psicológico, conductas aberrantes y emociones estresantes o perturbadoras. Se trata pues de un sub-análisis conceptual de los clásicos CBSs, al haberse concluido que éstos eran en realidad una expresión conjunta de rubros disímiles. Revisaremos brevemente enseguida la historia y el contenido de estos conceptos.

1. *Síndromes culturales*. Los “síndromes ligados a la cultura” tienen indudablemente una historia ilustre que, en la literatura académica, se inicia con la *Psiquiatría Comparativa* ideada por Kraepelin luego de su visita a Java y Borneo a comienzos del Siglo XX y su clara consideración de tales entidades como variantes de cuadros clínicos descritos en la psiquiatría occidental. Transcurrieron sin embargo más de cuatro décadas antes de que Yap publicara en 1951 su célebre survey de psiquiatría comparativa y acuñara el nombre de “*psicosis psicogénicas atípicas ligadas a la cultura*”, expandido en 1967 (32) a “*síndromes reactivos ligados a la cultura*” listados también en subsecuentes actualizaciones en 1969 y 1974. Subsiguientes descripciones e intentos de clasificación por autores tales como Devereaux, Arieti y Mehr, Carr, Ritenbaugh y Jilek culminaron, a partir de las dos últimas décadas del siglo pasado, en los estudios clínicos y socio-antropológicos de la Escuela de McGill, Hughes, Simons, Gaw, Tseng, Guarnaccia, Lewis-Fernández y otros investigadores (33, 34).

La evolución conceptual de los CBSs es un precioso y original catálogo de epistemología clínica. El reconocimiento de la singularidad de componentes culturales en variados eventos clínicos se hace aún más relevante en el indetenible contexto de la globalización (35). Los debates sobre su naturaleza nosológica y su contribución a los conceptos de síndrome o espectro, las implicaciones de severidad y los eventuales correlatos neurobiológicos y bioculturales enriquecieron indudablemente su vigencia clínica. Hughes enumera hasta 168 CBSs (36), y es tal vez este número -considerado excesivo por muchos autores- el elemento que simboliza los aspectos problemáticos del concepto. A lo largo del tiempo, el énfasis en aspectos exóticos, “primitivos” o pintorescos en la narrativa de CBSs, la ausencia de estudios de validez, los pequeños y escasos trabajos de seguimiento y la cuestionable diferenciación con entidades diagnósticas existentes debilitó ciertamente su valor en el campo de la investigación clínica.

Los vigorosos argumentos de Hughes, que ya en 1998 llamó a los CBSs “*inaceptablemente vagos*” en cuanto a su descripción y los consideró reflejo de una “*frívola consideración*” del concepto de especificidad cultural, estuvieron sin duda presentes en las deliberaciones. Se discutió su autonomía conceptual y su relación con los otros contenidos del Glosario, así como la posibilidad de eliminarlos totalmente del Manual. Finalmente, ya aceptada la existencia de varios conceptos culturales de distrés, el primero de ellos recibió el nombre de Síndromes Culturales (SCs) (8, 37), etiqueta más concisa y, tal vez, más precisa que su predecesora. Los SCs son clusters o grupos de síntomas co-ocurrentes y relativamente

invariables que se encuentran en grupos, comunidades o contextos culturales específicos; pueden o no ser reconocidos como una enfermedad dentro de tal cultura (dicho de otro modo, pueden ser etiquetados de diferentes maneras) pero, tanto como patrones culturales de distrés cuanto como rasgos de enfermedad, pueden ser reconocibles por un observador externo como patrones eventualmente coherentes de experiencias individuales o colectivas. El ejemplo más típico de estas entidades, en la literatura contemporánea, es *Ataque de Nervios*, cuadro de sintomatología predominantemente ansioso-disfórica (38), frecuente en poblaciones hispano-caribeñas y con suficiente base heurística como para ser incluido en una lista potencial de diagnósticos diferenciales de trastornos ansiosos en DSM-5. El Apéndice del nuevo volumen incluye hasta diez síndromes culturales con variadas manifestaciones clínicas y de diversos orígenes geográficos.

2. *Modismos culturales de distrés*. Llamados por Kleinman “*modismos (idioms) de discomfort*” (18), su definición y su listado fueron también restringidos por el Subgrupo de Trabajo. Son términos lingüísticos, frases o “*maneras de hablar*” acerca de sufrimiento emocional, fastidio psíquico o perturbaciones sociales entre individuos que pertenecen a un grupo cultural determinado (caracterizado, por ejemplo, por el uso del mismo lenguaje o práctica de la misma religión). Queda claro que se trata de conceptos referidos a patología o de maneras compartidas de nombrar, expresar o comunicar características esenciales de determinados tipos de perturbación. Sin embargo, un modismo de distrés no tiene que estar necesariamente asociado con síntomas, síndromes o factores causales específicos; puede ser utilizado para describir o transmitir un amplio rango de dificultades que incluyen experiencias cotidianas, condiciones subclínicas o sufrimiento debido a circunstancias sociales más que a trastornos mentales.

Conviene distinguir distrés de estrés, conceptos ambos que ya parecen haber sido aceptados en su forma castellanizada. El primero se refiere fundamentalmente a incomodidad o fastidio genérico, en tanto que estrés se acompaña más de tensión creciente y manifestaciones clínicas más definidas. El área en la que muchas culturas parecen tener modismos comunes de distrés es la de molestias físicas o corporales usadas para expresar un amplio rango de preocupaciones y sufrimientos. *Kufungisisa* en Africa refleja, por ejemplo, padecimientos o consideraciones similares a las de “*pensar mucho*” (“*thinking too much*”) en otros continentes (39). DSM-5 incluye una lista de modismos que no agota el volumen de este rubro a nivel global.

3. *Explicaciones culturales o atribuciones causales*. Los antiguos “*modelos explicatorios*” de Kleinman son hoy definidos como etiquetas, atributos o rasgos que proveen una “*etiología o causa culturalmente concebida*” de síntomas, enfermedad o simplemente distrés. Estas explicaciones causales pueden reflejar rasgos salientes de clasificaciones o nosologías folklóricas usadas por personas comunes y corrientes o por curadores nativos y, en tal sentido, entrañan un cuerpo de conocimiento

sancionado y aceptado en esas esferas; otorgan valor (o justifican) decisiones, prácticas y rituales en diversas latitudes pero al mismo tiempo reafirman la autoridad del agente curativo y refuerzan el impacto terapéutico de su intervención (18, 40). “*Hechicería*” o “*envidia*” en países latinoamericanos o *maladi moun* en Haití, exhiben claramente estas características.

Entrevista para la formulación cultural

Se han señalado ya las limitaciones o desventajas de la modalidad narrativa en las cinco áreas consideradas en la delineación de la Formulación Cultural del DSM-IV. Si bien las áreas como tales cubrían adecuadamente el conjunto de variantes culturales a ser exploradas durante la entrevista diagnóstica, las diferencias en el nivel de apertura, confianza, consistencia y totalidad de la información provista por pacientes individuales dejaban vacíos difíciles de estimar. Más aún, tales diferencias restaban valor al significado de las expresiones de los pacientes, a la negociación apropiada de su relación con los clínicos y, en última instancia, a la calificación, como normativo o patológico, del material obtenido en la entrevista. Si cultura y su impacto se dan en todo lugar y en todo instante pero, al mismo tiempo, difieren entre países, regiones o continentes o aún entre individuos pertenecientes al mismo grupo, la necesidad de equivalencias (lingüísticas, conceptuales, normativas y mensurables) en evaluaciones diagnósticas inter-culturales (como lo son la mayoría a lo largo del mundo) se torna inevitable. Y el enfoque narrativo/etnográfico, con todas sus indudables ventajas, encuentra también significativas dificultades logísticas, metodológicas y aplicativas. La inter-subjetividad de todo encuentro (o colisión) de culturas, como lo es la entrevista clínica y la casi inevitable co-construcción (por parte de entrevistador y entrevistado) de la narrativa de toda enfermedad, son elementos insoslayables y de difícil mensurabilidad en este proceso.

Se hacía pues necesaria la adopción de estrategias prácticas que, como lo señaló Kleinman (20) permitieran superar problemas fundamentales cuando se trataba de evaluar miembros de grupos étnicos y cross-culturales en escenarios domésticos e internacionales. Se trataba de posibilitar un mejor manejo de problemas de comunicación, interpretación y “contaminación” de la información obtenida, de asegurar aceptación, accesibilidad y maniobrabilidad que hiciera de la entrevista cultural un aspecto práctico y rutinario en todo proceso diagnóstico.

Fue así que empezó a esbozarse la necesidad de un instrumento que, combinando procedimientos cualitativos y cuantitativos, permitiera una mejor definición cultural del problema clínico a base del enriquecimiento y la consolidación de la información provista por los párrafos narrativos de la FC en DSM-IV TR. Era menester precisar las percepciones culturales de causa, contexto y apoyo a base de una definición tan clara como fuere posible de la identidad cultural del paciente y de los factores culturales en juego durante el afronte factual de los problemas y el uso pasado y presente de modelos de búsqueda de ayuda. La que se dio en llamar entonces Entrevista para la For-

mulación Cultural (EFC) debería estar caracterizada por su claridad, longitud apropiada, facilidad de uso, tiempo adecuado y aplicabilidad en escenarios y poblaciones clínicas diferentes (8, 30). Sus áreas de cobertura serían prácticamente las mismas que la FC del DSM-IV TR además de mención de los conceptos culturales de distrés y de rasgos culturales de vulnerabilidad y resiliencia.

De manera gradual, el Subgrupo preparó la EFC, un instrumento que al final contó con un total de 16 preguntas distribuidas en 4 dominios. Luego de un estudio piloto en Johns Hopkins (que permitió mejorar textos y ordenación de algunos ítems), la EFC fue materia de ensayos de campo en 14 ciudades de 4 continentes, aplicada a 321 pacientes por 75 clínicos. Los resultados clínicos y estadísticos, en términos de factibilidad, aceptabilidad, facilidad (y tiempo) de aplicación y utilidad clínica fueron sumamente alentadores, no sólo desde la perspectiva de los clínicos sino, y en varios aspectos mejor aún, desde la de los pacientes mismos y otros informantes; estos últimos, en entrevistas post-test, reconocieron que las preguntas de la EFC mejoraron la confianza en el clínico y ampliaron el rango de preguntas para permitir una documentación más completa (8, 23). Por su parte, los clínicos enfatizaron el mejor involucramiento interpersonal, la superación de resistencias, la construcción de autosuficiencia y progresos en la llamada “farmacoterapia motivacional”, término similar al de la clásica adherencia al tratamiento farmacológico.

La EFC está incluida en su totalidad en la Sección III del DSM-5, lo cual establece su presencia como documento que debe utilizarse tan frecuentemente como sea posible en contextos puramente clínicos o de investigación. El formato incluye instrucciones al clínico en relación a propósitos y estrategias de aplicación de cada una de las preguntas en las diversas secciones o dominios. La ECF debe ser usada por todo clínico y en todo paciente, a veces entremezclada con otras preguntas del interrogatorio habitual. Por otro lado, el Subgrupo ha preparado también 12 módulos suplementarios de la ECF, a ser utilizados cuando se juzga necesario expandir la información tanto en áreas tales como identidad cultural, estresores psicosociales o espiritualidad y tradiciones éticas, como en grupos especiales de pacientes tales como niños o adolescentes, ancianos, inmigrantes o refugiados, entre otros (41).

Ilusiones en torno al contenido cultural del DSM-5

No se usa aquí el término “ilusiones” en tanto que fantasías inalcanzables, sino más bien como expresiones mesuradas de expectativas de difícil logro debido a factores que están más allá del control de los miembros del Subgrupo de Temas Culturales. En tal contexto aquellos logros pueden adquirir un carácter ilusorio cuando se piensa que:

1. Los conceptos culturales de distrés y la EFC obtendrán aceptación incondicional a lo largo del mundo. Esto no será así, no solamente porque unanimidad es palabra casi desconocida en el campo clínico o diagnóstico en medicina y psiquiatría, sino fundamentalmente porque DSM-5, como ninguno de sus antecesores, ha sido materia de las más encarnizadas críticas y de los más

conflictivos debates en la historia y los contenidos de la Sección III, por esa y otras razones, serían los objetivos más vulnerables de la negligencia engendrada por animadversiones muchas veces ciegas y dogmáticamente determinadas.

2. Aun en centros o escenarios clínicos en los que sean aceptados, su utilización será inmediata. No sólo las renuencias burocráticas, sino la complejidad misma de un nuevo instrumento en un nuevo Manual han de generar resistencias para un uso masivo y amplio de estos aportes. Varias voces se han alzado ya señalando que el procedimiento es complejo y requerirá un tiempo prolongado del que los clínicos carecen en muchos lugares del globo; estas críticas olvidan sin embargo que lo mismo se dijo cuando DSM-III ingresó a la palestra, sólo para ser saludado relativamente poco tiempo después, como una auténtica revolución nosológica.

3. La objeción anterior puede sonar más pertinente aún, cuando se trata de la practicabilidad de los llamados módulos suplementarios. Salvo para uso en investigación, este no va a suceder inmediatamente y, de hecho, su aceptación puede sufrir una demora sumamente prolongada a pesar de su originalidad y propósitos de totalidad. Tal vez debido a su número excesivo, su contenido puede hacerse repetitivo y, por lo mismo, poco útil y, en todo caso, su aplicación puede tener lugar en escenarios estrechos y con muestras sumamente limitadas en tamaño y en número.

Esperanzas

Esperanza es un término que puede entrañar las sutilezas de la ilusión pero que encarna al mismo tiempo, con más solidez y presteza, la promesa de su realización. Los componentes culturales del DSM-5 generan sin duda múltiples posibilidades de materialización en una serie de frentes:

1. Al reforzar la vigencia del rol de la cultura en psiquiatría en general y en el ámbito diagnóstico en particular, expande el principio de totalidad en medicina más allá del ya clásico y superado modelo bio-psico-social (42). La interacción comórbida de condiciones físicas y mentales, un tema de estudio intenso en el momento actual (43) fortalece aún más el papel etio-patogénico de factores culturales en la patología humana.

2. En el campo de la práctica clínica, la llamada Medicina Integrada o Medicina de Colaboración (*Collaborative Care*) también ha de reforzarse con el trabajo coordinado de un equipo multidisciplinario en el cual, psiquiatras y profesionales de salud mental interactúan con otros clínicos, los pacientes y sus familiares para posibilitar un manejo más integral de cada caso (44).

3. Definitivamente, el campo de la educación médica y psiquiátrica añadirá conceptos culturales y utilizará instrumentos como la EFC en la formulación de programas de adiestramiento a estudiantes de medicina y disciplinas afines, residentes y *fellows*, y de programas de actualización (con fuerte ayuda tecnológica) (45) para profesionales en ejercicio.

4. La investigación básica y clínica debe avanzar también, particularmente con la aplicación sistemática

de conceptos y prácticas culturales que redundarán en mejor manejo y mejor pronóstico de condiciones psiquiátricas y no-psiquiátricas. En particular, se espera que temas tales como correlatos bio-culturales, validación de antiguos y nuevos síndromes culturales, psicoterapias culturales, farmacogenómica psiquiátrica y generación de nuevos instrumentos de medición de variables culturales se conviertan en temas de propuestas originales debidamente financiadas (46).

Conclusiones

Puede afirmarse que las discusiones y aportes culturales al DSM-5 han reforzado la aceptación del principio de variabilidad en la clínica médica y psiquiátrica, determinada por factores individuales y colectivos de vigencia anteriormente descuidados. El Comité del DSM-5 y sus diversos componentes (incluido por cierto el Subgrupo de Temas Culturales) han concretado esta aceptación en deliberaciones y documentos que son ya parte de la historia. La EFC en particular representa lo esencial de este enfoque para la precisión de presencia y severidad de patología mental, con mejoras subsecuentes y develamiento de barreras en la comunicación profesional. La diseminación de esta información en medios de prensa, redes sociales y eventos académico-científicos y profesionales ha de reflejar estos logros con beneficios que se harán evidentes en todas las áreas de salud mental y salud pública.

No obstante, la esperanza de que las adiciones culturales al DSM-5 fructifiquen en un proceso diagnóstico substancialmente integral sigue siendo un objetivo por lograr. Prejuicio, discriminación o estigma pueden todavía nutrir una actitud de "negligencia benigna" como la que ha presidido la actitud de la psiquiatría oficial hasta hace relativamente pocos años. Invocaciones de "realismo" pueden entrañar ambigüedad o generar una manera diferente de perpetuar aquella negligencia. De manera similar, lo cultural en diagnóstico y fenomenología clínica debe evitar la reificación, amenaza constante en el quehacer diagnóstico (47). Un punto fundamental en este aspecto es que instrumentos como la EFC, y todos los aportes de la psiquiatría cultural en las últimas décadas, sean objeto de investigación seria y sistemática.

Es oportuno, al final de este recuento histórico y crítico, señalar la expectable posición de la psiquiatría latinoamericana en todos los aspectos del desarrollo futuro de la ecuación diagnóstico-cultura. La riqueza cultural y las variantes clínicas de entidades conocidas y nuevas (¿síndromes culturales?) en el ámbito hispano-hablante deben ser materia de investigaciones que cuenten con la colaboración de estudiosos de muchos países: ha llegado, en efecto, la hora de estudios multinacionales con protocolos comunes, metodologías probadas y constitución de bancos de datos amplios, profundos, bien estructurados y accesibles. De ese modo, la psiquiatría de nuestro continente no sólo alcanzará la visibilidad que merece (48), sino que contribuirá decisivamente a un progreso genuino de nuestra disciplina a nivel global ■

Referencias bibliográficas

1. Geertz C. The interpretation of cultures. New York: Basic Books; 1973.
2. Frank JD. Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1973.
3. Kleinman AM. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press; 1980.
4. Alarcón RD, Foulks EF, Vakkur M. Personality disorders and culture. Clinical and conceptual interactions. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1991.
5. Choudhury S, Slaby J. Critical neuroscience. A handbook of the social and cultural contexts of neuroscience. Oxford, UK: Wiley & Blackwell; 2011.
6. Alarcón RD. Cultural psychiatry. *Adv Psychosom Med Basel, Karger*, 2013; 33:1-14.
7. Alarcón RD, Foulks EF, Westermeyer J, Ruiz P. Clinical relevance of contemporary cultural psychiatry. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187: 465-471.
8. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. (DSM-5). Arlington, VA: APA; 2013.
9. World Health Organization. International Classification of Diseases, 10th edition. Geneva: WHO; 1991.
10. Lewis-Fernández R, Aggarwal NK. Culture and psychiatric diagnosis. In: Alarcón RD, editor. Cultural psychiatry. Basel: Karger, 2013. p. 15-30.
11. Lolas F. Bioethical dimensions of cultural psychosomatics: the need for an ethical research approach. In: Alarcón RD, editor. Cultural psychiatry. Basel: Karger, 2013. p. 115-122.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 1st edition. Washington DC: APA; 1952.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 2nd edition. (DSM-II). Washington DC: APA; 1968.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 3rd edition. (DSM-III) Washington DC: APA; 1980.
15. Ghaemi NS. The concepts of psychiatry: a pluralistic approach to the mind of mental illness. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2003.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 3rd edition Revised (DSM III-R). Washington DC; APA: 1986.
17. Good BJ. Culture and DSM-IV: diagnosis, knowledge and power. *Cult Med Psychiatry* 1996; 20: 127-132.
18. Kleinman A. Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience. New York: Free Press; 1988.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition. (DSM IV). Washington DC: APA; 1994.
20. Mezzich JE, Kleinman A, Fábrega H, Parron DL. Culture and psychiatric diagnosis: a DSM-IV perspective. Washington: American Psychiatric Press; 1996.
21. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition Text Revised (DSM-IV TR). Washington DC: APA; 2000.
22. Alarcón RD. Lights and shadows in the development of DSM-5: personal reflections. Symposium presentation, Annual Meeting of the American Psychiatric Association. Toronto; 2012.
23. Aggarwal NK. Hybridity and intersubjectivity in the clinical encounter: impact on the cultural formulation. *Transcult Psychiatry* 2012; 49: 121-139.
24. Scarpinati Rosso M, Baarnhielm S. Use of the Cultural Formulation in Stockholm: a qualitative study of mental illness experience among migrants. *Transcult Psychiatry* 2012; 49: 283-301.
25. Rohloff H. Amsterdam experiences with the application of the cultural formulation among Indonesian immigrants. Presented at the Annual Meeting, Society for the Study of Psychiatry and Culture. San Diego; May 2014.
26. Caballero-Martínez L. DSM IV-TR cultural formulation of psychiatric cases: two proposals for clinicians. *Transcult Psychiatry* 2009; 46: 506-523.
27. Lewis-Fernández R, Hinton DE, Laria AJ, Patterson EH, Hofman SG, Craske MG, et al. Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSM-V. *Depr Anx* 2010; 27: 212-229.
28. World Health Organization. Mental Health. New understanding, new hope. Geneva: WHO; 2001.
29. Alarcón RD, Bell CC, Kirmayer LJ, Lin K-H, Ustun TB, Wisner KL. Beyond the funhouse mirrors: research agenda on culture and psychiatric diagnosis. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DA, editors. A research agenda for DSM-V. Washington: American Psychiatric Press; 2002. p. 219-239.
30. Lewis-Fernández R. Advances in the development of DSM-5 Cultural Formulation Interview. Symposium presentation, Society for the Study of Psychiatry and Culture Annual Meeting. Montreal; May 2013.
31. Aggarwal NK. DSM-5 CFI: field trials results and analysis. Presented at the World Association of Cultural Psychiatry International Meeting. Dubai, UAE; April 2014.
32. Yap PM. Mental diseases peculiar to certain cultures: a survey of comparative psychiatry. *J Ment Sci* 1951; 97: 313-327.
33. Tseng WS. Handbook of clinical psychiatry. San Diego: Academic Press; 2001.
34. Guarnaccia PJ, Rogler LH. Research on culture-bound syndromes: new directions. *Amer J Psychiatry* 1999; 156: 1322-1327.
35. Atasoy Y. Explaining globalization. In: Atasoy Y, Carroll V, editors. Global shaping and its alternatives. Bloomfield, IL: Kamarian Press; 2003. p. 3-13
36. Simons RC, Hughes CC. The culture-bound syndromes: folk illnesses of psychiatric and anthropological interest. Dordrecht: Dordrecht; 1985.
37. Lewis-Fernández R. The cultural formulation. *Transcult Psychiatry* 2009; 46: 379-382.
38. Lewis-Fernández R, Guarnaccia PJ, Martínez IE, Salmán E, Schmidt A, Liebowitz M. Comparative phenomenology of ataques de nervios, panic attacks and panic disorder. *Cult Med Psychiatry* 2002; 26: 199-223.
39. Hinton DE, Hinton AL, Pich V, Loeum JR, Pollack MH. Nightmares among Cambodian refugees: the breaching of concentric ontological security. *Cult Med Psychiatry* 2009; 33: 219-265.
40. Hinton DE, Lewis-Fernández R. Idioms of distress among trauma survivors: subtypes and clinical utility. *Cult Med Psychiatry* 2010; 34: 209-218.
41. Alarcón RD. Cultural Components in DSM-5: significant changes or cosmetic concessions? In Press. *L'Evolution Psychiatrique* 2014.
42. Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, Kupfer DJ. The conceptual evolution of DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2011.
43. Prieto ML, Cuéllar-Barboza AB, Bobo WV, Roger VL, Bellivier F, Leboyer M, et al. A systematic review and meta-analysis of the risk of myocardial infarction and stroke in patients with bipolar disorder. In press. *Acta Psychiatr Scand* 2014.
44. Stroup S, Maj M. Global perspectives on mental health services. In: Tasman A, Kay J, Lieberman J, editors. Psychiatry. 2nd edition. Chichester, UK: Wiley; 2003. p. 2208-2219.
45. Abdelaziz A, Koshak E. Triangular model integrating clinical teaching and assessment. *Adv Med Educ Practice* 2014; 5: 61-64.
46. Kirmayer LJ, Ban L. Cultural psychiatry: research strategies and future directions. I. In: Alarcón RD, editor. Cultural psychiatry. Basel: Karger, 2013. p. 97-114.
47. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Ann Rev Clin Psychology* 2010; 6: 155-179.
48. Alarcón RD. El precio de la ausencia: visibilidad de la psiquiatría latinoamericana a nivel global. Plenary Lecture, World Congress of Psychiatry. Buenos Aires, Argentina; 2011.

Viajeros, locos, errantes

Emilio Vaschetto

Médico psiquiatra y psicoanalista.

Miembro del Capítulo de epistemología e historia de la psiquiatría de APsA.

Miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana, de la Asociación Mundial de Psicoanálisis y del Centro Descartes.

Jefe de Trabajos Prácticos del Dto. de Salud Mental (Fac. Medicina - UBA).

Doctorando de la Fac. de Medicina (UBA).

E-mail: satturno@yahoo.com

“La vida del hombre sobre la tierra no es aquella del viajero que no satisface ningún oasis, sino aquella del viajero que no encuentra oasis alguno”.

J. C. Milner

Resumen

El presente artículo explora la noción de “errancia” mediante el uso de algunos fenómenos inscriptos en los albores de la modernidad tales como: la dromomanía del filósofo y escritor Rousseau, el origen del primer fugador (Albert Dadas), las epidemias de locos viajeros en Europa y el turismo romántico (con la significación renovada que adquiere en la llamada “beat generation” del Siglo XX).

Estos hechos históricos forman un montaje como modo de lectura de manifestaciones contemporáneas tales como el extravío, la desorientación, el descarrío y la errancia sin tener que reducir éstos únicamente a la clínica de la psicosis.

Lecturas de psiquiatras clásicos tales como: Régis, Foville, Sérieux y Capgras, Tissié, irán de la mano con las lecturas actuales del filósofo Ian Hacking y críticos de la cultura *pop* como S. Reynolds y D. Diederichsen, ilustrando cómo el fenómeno del viaje puede tomar diferentes configuraciones subjetivas dependiendo de los tiempos históricos.

Para concluir se señala que no sólo la psicosis deja al descubierto el alma errante del sufriente sino que también existen posiciones subjetivas (como se ejemplificará en un recorte clínico) y sin ir más lejos la errancia que anida en la misma existencia humana.

Palabras clave: Errancia - Viajes - Locos viajeros - Nombre-del-Padre - Anacronismo.

TRAVELERS, MAD, WANDERING

Abstract

This article explores the notion of “wandering” through the use of some phenomena enrolled at the dawn of modernity such as the Rousseau dromomanie’s philosopher and writer, the origin of the first mad traveler (Albert Dadas), epidemics of mad travelers Europe and romantic tourism (with renewed acquires significance in the “beat generation” of the twentieth century).

These historical facts are “mounting” as play contemporary manifestations such as loss, disorientation, to lose one’s way, and wandering without reducing them only to clinical psychosis.

Readings of classic psychiatrists such as Régis, Foville, Sérieux and Capgras, Tissié, go hand in hand with the current readings of the philosopher Ian Hacking and critics of pop culture as S. Reynolds and D. Diederichsen, illustrating how the travel’s phenomenon can make different subjective configurations depending on historical times.

In conclusion it is noted that not only psychosis exposes the wandering soul of suffering but there are also subject positions (as will be exemplified in a clinical case) and go no further nesting wandering into human existence.

Key words: Wandering - Travels - Mad travelers - Name-of-Father - Anachronism.

Introducción

Las novelas de viaje (Mark Twain, Julio Verne, Melville, Stevenson) localizan ese tiempo de la modernidad en donde el hombre salía para perderse (y por qué no, volver para encontrarse). Se inaugura todo un periodo en donde se producen situaciones diversas pero confluentes: el vagabundeo, el turismo romántico, las epidemias de fugas impulsivas, la errancia psicótica. Tales fenómenos nos permiten calibrar la incidencia de la cultura en las configuraciones subjetivas, y mediante un uso "anacrónico" del tiempo histórico, ubicar su pertinencia actual. La errancia de Rousseau, el caso Albert y la epidemia de locos viajeros, el movimiento romántico, la *beat generation* y la cultura del *loop*, formarán parte de nuestro itinerario.

En virtud de este amplio arco temporal hacíamos referencia al anacronismo, pero en el sentido que lo plantea Georges Didi-Huberman, no como la "parte maldita" del historiador (que en términos clásicos tiende hacia la ilusión del "eucronismo" de la ciencia histórica) sino como la manifestación de tiempos dislocados y paradójales que irrumpen en la "vida histórica" (expresión de Buckhardt). Vale decir, de qué manera un fenómeno sobreviene e interrumpe el curso normal de las cosas para hacerse visible, habida cuenta de que cuando aparece nunca lo hace en el momento correcto (síntoma).

No es necesario decir que hay objetos históricos mostrando tal o cual duración: es necesario comprender que en cada objeto histórico todos los tiempos se encuentran, entran en colisión o bien se funden plásticamente en los otros, se bifurcan o bien se enredan los unos en los otros (1).

La inquietud moderna por la errancia, nos conducirá retrospectivamente a leer algunos de los fenómenos sin temor a las dislocaciones temporales. Nos valemos de una suerte de montaje para la interpretación de las nuevas modalidades del extravío contemporáneo, sin reducir tener que reducir éste al patrimonio exclusivo de una estructura psicopatológica como lo es la psicosis.

Comencemos nuestro viaje.

La dromomanía de Rousseau

No en pocas ocasiones se puede reconocer que, en cuanto a la producción de cultura y a las modalidades sintomáticas, la locura siempre llevó la delantera. Es así que viene a nuestro auxilio el trabajo monográfico del psiquiatra francés Régis, realizado en los albores del pasado siglo a propósito de las conductas de fuga de Rousseau (2). El mismo quien un año antes había advertido la importancia de las fugas militares en su aspecto legal (3).

Jean Jacques Rousseau, uno de los íconos de la modernidad, autor del famoso *Contrato social*, resultó ser hijo de un padre errante (Isaac Rousseau) quien al poco tiempo de haberse casado y nacido su primer hijo, partió intempestivamente a Constantinopla en busca de mejor suerte para volver seis años después. Fruto de ese retorno será el nacimiento de Jean-Jacques¹ (4). Su hermano, siete años mayor, practicaría iguales conductas, haciendo de polizón, siendo libertino o escapándose desde temprana edad de su casa en reiteradas ocasiones. Ya de grande, sus ausencias prolongadas delatarán sus desplazamientos migrantes hacia otros lugares, incluso hacia países tales como Alemania, ausentándose finalmente para siempre² (4).

El examen familiar de Rousseau será exhaustivamente detallado por Régis en su texto y no viene al caso abundar en él³, empero conviene sensibilizarnos con la atmósfera que recubre el contexto de época. Más allá del temperamento genovés caracterizado por el ánimo viajero, la "impulsividad migratoria" impresa en la familia Rousseau delataba elementos de inhabitual singularidad. La propia existencia de Rousseau comportará toda una larga nómina de desplazamientos, cambios, viajes y migraciones, lo que le merecerá el nombre puesto por Thévenin de "viajero perpetuo" (2). El personaje en cuestión, en sus *Confesiones*, calificará ese estado como: "furo de viajar" o "manía ambulante". Ciertamente una dromomanía impulsada por una "vida tormentosa" sin "paz interior, ni reposo exterior":

Jamás estaba totalmente contento ni de otros ni de mí mismo. El tumulto del mundo me aturdiría, la soledad me hastiaba, tenía sin cesar necesidad de cambiar de sitio, y no estaba a gusto en parte alguna (5).

Las fugas del autor del *Contrato social* son consideradas por Régis bajo dos categorías distintas: unas "puramente impulsivas" -producto de su "inestabilidad constitucional"- y las otras, de origen ideativo derivadas de un "determinismo delirante".

Ahora bien, es menester subrayar a propósito del examen del alienista que "impulsiva" no quiere decir *sans motif*. "El motivo, advierte Régis parafraseándose a sí mismo, no excluye la impulsión; él no la crea sino que la provoca y la desencadena" (2).

La inestabilidad constitucional que Régis denuncia en Rousseau, traduce la satisfacción dada por la necesidad imperiosa e instintiva de acción, de desplazamiento o de marcha. Necesidad que para él se impone de manera irresistible, aunque coexistiendo también con cierta idea de independencia, de evitación de las obligaciones o de sumisión al trabajo o al orden cotidiano. Pese a ser formalmente un antisocial o un vagabundo, aún un

¹ "Yo fui el triste fruto de aquel retorno, pues diez meses más tarde nací enfermo y delicado. Mi nacimiento, que fue la primera de mis desgracias, costó la vida a mi madre" Rousseau J.-J. *Confesiones*. México: Ed. Porrúa; 1985. p. 4.

² "Mi hermano fue de mal en peor y terminó por escaparse, desapareciendo por completo. Algún tiempo después se supo que estaba en Alemania. No escribí una sola vez. Desde entonces no han vuelto a tenerse noticias suyas y de esa manera me convertí en hijo único." *Ibid.* p. 6.

³ Quizás en virtud de la exégesis patobiográfica, las palabras de Régis nunca serían más pertinentes como cuando se sorprende de ver un marco familiar tan inestable: "On conviendra qu'il est bien difficile de rencontrer, dans une famille, plus d'instabilité, de migrations, d'expatriations, de disparitions". Régis E. *La dromomanie...* p. 4.

delincuente, en el fondo no dejará de ser *“un poeta más o menos frustrado y más o menos consciente, subsistiendo irremediablemente a las encantadoras maravillas del mundo”* (2). Todo lo que un amante de la naturaleza pudiera experimentar está enunciado por él. Errar sin un plan previo, sin un programa, sin tener en cuenta donde comer, donde dormir, pero siempre viajar a pie experimentando un *“gusto muy vivo por los cursos pedestres”*. La consciencia y el recuerdo, añade Régis, están conservados enteramente en la fuga impulsiva (lo que no sucede en la fuga epiléptica).

El segundo aspecto, mencionado como fuga producida por un *“determinismo delirante”*, se sitúa de lleno en el plano psicopatológico, en una ligera tensión entre la definición propia del alienista (seguramente en sintonía con Lasègue) como *“perseguido melancólico”* y la novedosa denominación -del entonces naciente- *“delirio de interpretación”* por parte de Sérieux y Capgras. Ambas perspectivas acentúan, en la lectura del determinismo delirante de Rousseau, un elemento de *“resignación”*. Veamos qué arguyen los autores de *Les folies raisonnantes*.

“[Su delirio]... jamás se acompañó de reacciones agresivas: la huida, la búsqueda de la soledad fueron sus medios habituales de defensa; sólo protestaba mediante cartas, a veces muy mordaces, o también con ‘circulares breves’ contra las acusaciones de las que se creía objeto” (6)

Sin embargo, es menester resaltar que no todas las fugas fueron patológicas, sino que muchas *“han podido en cierta manera, volver [a Rousseau] legítimamente perseguido”* (4). Veamos cómo Régis intenta deslindar el delirio de persecución de las fugas, y al mismo tiempo, el delirio de lo que considera una persecución genuina:

Ciertamente, el autor de las Confesiones fue un enfermo, un delirante. Pero fue también el ser más realmente perseguido que existió jamás (4).

Para el autor, Rousseau es el típico ejemplo de aquellos individuos que poseen *“la fuga en la sangre”*, puesto que:

- sus fugas revisten un estado de euforia y son motivadas por el amor pasional, la vida libre y las bondades de la naturaleza;

- cuando las complicaciones delirantes surgen, la impulsividad migratoria se adapta naturalmente y el delirio adquiere una forma adecuada; y por último

- es un tipo de *“dromomanía constitucional”* (4).

En suma, las fugas de Rousseau abren el debate pueras adentro de la disciplina psiquiátrica que empieza, hacia fines del Siglo IX y principios del XX, su época de esplendor; aunque también se entretiene con la pasión contemplativa y la reflexión (veremos hacia el final el estatuto que tomarán las ensoñaciones en el filósofo).

La locura de viajar

Antes del escrito de Régis, una tesis acerca de los locos viajeros se había dado a conocer en el medio psiquiátrico. *“Les aliénés voyageurs”* se intitulaba la tesis de grado de Philippe Tissié, datada en el año 1887 (7). Allí describía el caso de un empleado de un nativo de la ciudad de Bordeaux, llamado Jean-Albert Dadas (apoda-

do Albert) quien se fugó durante días, meses y años sin recordar su nombre ni su origen. Albert es reconocido como el primer fugado de la historia a quien un médico consagrara una monografía específica. Punto de partida desde el cual se iniciaría un estudio sistemático de los locos viajeros en Europa. Sin embargo, no debemos dejar de mencionar que Achille Foville (1831-1887) ya había publicado en 1875 un artículo acerca de la existencia de una nueva entidad médica acerca de *“un grupo de alienados viajeros o migrantes”* demostrando que *“un acto que es habitualmente tan reflejo como racionalmente motivado como lo son los grandes viajes, puede, en ciertas circunstancias, ser el resultado mórbido de una concepción delirante”*.



Albert Dadas

Foville se ocupa del análisis clínico de catorce casos con el objetivo de hallar características comunes dentro del cortejo sintomático que permitan diferenciar una especie nueva de locura. Localizado en la ciudad de Le Havre (El Refugio), gran villa marítima y comercial cuya población superaba las 60.000 almas, los enfermos que eran allí recibidos poseían la particularidad de ser itinerantes. Esto llevará a afirmar al psiquiatra que dicho sitio poseía una elevada influencia para producir estados de alienación mental (8). Muchos de los que se encontraban accidentalmente en Le Havre eran ingresados al asilo de Quatre-Mares y diagnosticados como alienados. Al ser éstos evaluados detalladamente se encontraban rasgos semiológicos similares, lo que llevó al alienista a preguntarse si esa similitud obedecía a un puro azar o bien a una *“regla patológica común”*. Discriminando otros estados clínicos ya conocidos tales como: imbeciles (afectos al vagabundeo), locuras instintivas (incluidos los dipsómanos), epilépticos (cuyas fugas implican la pérdida de conciencia) y los dementes, se ocupará de los que llamará *“locos viajeros”*. Los mismos son producto de

“un acto reflejo y perfectamente consciente; ellos emprenden largos viajes como consecuencia de ideas claras y lógicamente sistematizadas” (8), lo que los diferencia también de los alucinados perseguidos (Lasègue) o los megalómanos. Se trata, al fin y al cabo, de cuadros de lipemania que comportan -de acuerdo al análisis de los casos observados- variedades de locura muy cercanas entre sí: unas con ideas de persecución (los que quieren expatriarse para escapar de sus enemigos) y otras, con ideas de grandeza sistematizadas (los que quieren viajar al extranjero para cumplir sus ambiciones quiméricas) (8). Finalmente, estos alienados podrían corresponder, al decir de Foville, a un tipo especial de locura que podría denominarse “*monomanía de los viajeros*”.

Pero volviendo al inicio de este apartado, otra lectura muy distinta es la que realiza P. Tissié en su tesis, al resaltar que en el caso Albert la perturbación principal es una fuga intempestiva e irreflexiva, acompañada de una incapacidad para recordar su pasado o su identidad. Dicho estado no se debía a ninguno de los cuatro tipos descritos anteriormente (fugas en imbéciles, dipsómanos, epilépticos o dementes), no era producto de un delirio ni de un automatismo; su manifestación era un modo de sufrimiento específico el cual se dispone a detallar mediante un examen clínico y biográfico verdaderamente exhaustivo.

Una mañana del mes de julio del pasado año, habiendo entrado al servicio de clínico de nuestro maestro el profesor Pitres, advertimos un joven de alrededor de unos veintiséis años, llorando y lamentándose sobre su lecho en el hospital. Llegaba de un largo viaje a pie, estaba fatigado, pero la fatiga no era la causa de sus lágrimas. Él no podía evitar partir cuando la necesidad lo empujaba; de tal manera que, cautivo de un deseo imperioso, dejaba familia, trabajo actividades cotidianas y de repente todo lo que estaba delante de él, marchando rápido, haciendo 70 kilómetros a pie en el día, hasta que ser detenido como vagabundo y puesto en prisión (6).

Así es como comienza la historia del caso Albert D. registrado como el primer diagnóstico de *loco viajero*, o *fuguer*.

Empleado de una empresa local de gas en Bordeaux, Albert sufría de una extraña compulsión que lo llevó a viajar de manera intempestiva, a menudo sin identificación, sin saber quién era o por qué erraba. De hecho se convirtió en famoso por sus extraordinarias expediciones a lugares exóticos tales como Argelia, Moscú y Constantinopla.

“¿Por qué se encuentra en Moscú?”, le preguntó el comisario.

Me daría vergüenza decírselo. Vea cómo sucede. Tengo un gran dolor de cabeza, estoy aburrido, siento la necesidad de caminar, y me voy, siempre me voy todo derecho y cuando

vuelvo en sí, estoy lejos, la evidencia es que salí de Valencienes hace unos meses y ahora estoy aquí (7).

Los informes médicos de Dadas se suman al momento en que una pequeña epidemia de viajeros compulsivos, tenía su epicentro en la ciudad francesa, aunque prontamente se extenderían por toda Francia, luego a Italia, Alemania y Rusia.

La historia de Albert tuvo en esa época la fascinación que produce toda novedad, pero fascinación asentada sobre un fondo profundamente confuso acerca del estatus de los síntomas: naturales y sobrenaturales, morales y neurológicos cada uno y todos a la vez.

La tesis de Philippe Tissié permite colegir, mediante el estudio de casos, que la fuga no constituye una enfermedad *per se* sino un síntoma, y en consecuencia se propone a diferenciar los determinismos delirantes, alucinatorios, impulsivos y demenciales de las “*Fugas y viajes realizados por los cautivos [captivés]*”⁴.

Precisamente, este término “cautivo” no es menos interesante en el curso de su desarrollo, ya que responde a “*toda una categoría de enfermos que realizan actos patológicos bajo la influencia de un deseo imperioso y consciente que se impone a su voluntad y la domina*”. Dicho estado es comparado con la hipnosis, método experimental que estaba muy en boga hacia la segunda mitad del siglo IX, y que lograba una disociación de la consciencia muy similar. Tissié, quien había sido alumno de Charcot en La Salpêtrière, conocía los trucos de sugestión, al igual que su maestro y director de tesis Pitres. Señala así que el determinismo del acto post-hipnótico en el sujeto dormido (vale decir, la acción realizada en ese estado artificial) no se distingue prácticamente del estado cautivo, en el sentido de que estos últimos han quedado capturados por una idea. Idea que, en el caso de la hipnosis, es sobrepuesta por la sugestión (una voluntad sobre la otra, dirá el autor), mientras que en la fuga de los cautivos, “*la idea surge de la nada, se acumula poco a poco, se refuerza hasta que volverse poderosa y fuerza a nuestro sujeto a partir*” (7).

Lo más curioso es que en el estado de fuguer la consciencia del acto está conservada, la persona sabe que quiere partir... pero no sabe por qué debe partir.

Enfermedades transitorias

¿De qué manera la fuga estuvo en aquél momento caracterizada como enfermedad mental?

Primeramente, ella misma fue convenientemente ilustrada con algunas facetas de la enfermedad mental que hoy conocemos y que tipificaríamos como “*fuga disociativa*”. Ésta era género específica, clase específica y directamente implicada con el sistema de control social, la policía y los militares. A su vez, la fuga estuvo conec-

⁴ En francés el término *captif/ive* posee una acepción similar que en el castellano. Su uso responde a la idea de ser tomado como prisionero (por ejemplo en el curso de una guerra), privado de la libertad, sometido por la fuerza. También se puede decir que alguien está “*cautivo de sus pasiones*”, al modo en que lo afirma Michelet “*il y aura toujours des captifs, ceux de la misère, ceux de l'âge, ceux des préjugés, des passions*”. El verbo *captiver*, provee una significación similar: controlar, someter, esclavizar. Aunque también puede ser utilizado como en nuestra lengua, para alguien que puede captar la atención, seducir o encantar. Huelgan otras acepciones para nuestros propósitos, quizás baste con decir que estar cautivo es un modo de pérdida de la libertad. Ver: *Le Petit Robert, Dictionnaire de la Langue Française*. 9ª Ed. 2000.

tada hacia fines del XIX con la enfermedad que culturalmente más atrajo la atención de los historiadores: la histeria.

Las fugas, es decir, los viajes extraños e inesperados, frecuentemente en estados de oscurecimiento de la conciencia, han sido conocidos desde siempre, pero sólo en 1887, con la publicación *Les aliénés voyageurs* la locura de viajar devino un tipo de alienación diagnosticable y específica. Se convirtió en un trastorno médico por derecho propio, con etiquetas tales como *Wandertrieb*, automatismo ambulatorio, determinismo ambulatorio, dromomanía y poiromanía. Por otra parte, el título de la tesis de Philippe Tissié tiene un aire incuestionablemente romántico: "*Los alienados viajeros*" (es interesante mencionar en el contexto de la época el sentido que poseía todo viaje; aquello que redundaba, por ejemplo, en los discursos médicos de Charcot acerca de la leyenda del judío errante o la vida misma del ya entonces famoso poeta, Arthur Rimbaud). La investigación de Tissié, será el producto de un encuentro fundante entre Albert, el primer fugador dentro de lo que sería una serie, y un médico entusiasmado por el hipnotismo y formado en la clínica de charcotiana.



Wandertrieb

Ian Hacking, en su libro acerca de los "*Alienados viajeros*" (9) agrega que tanto Albert como su médico, establecieron en una vía hiperbólica la posibilidad de fuga como un diagnóstico en su justo derecho, de tal manera que la locura de viajar comenzaría a inaugurar una verdadera epidemia.

Algo notable es que en el famoso libro de Albert Pitres, donde figuran cuatro fotografías de Dadas Albert en cuatro estados (los dos primeros normal (f/p), lue-

go hipnotizado y por último fugado), es evidente que Albert fue invitado a posar para mostrar estos estados de tal manera que pueda demostrarse la objetividad y la verdad científicas. El caso "Albert Dad..." es catalogado por Pitres como "*automatismo ambulatorio por sonambulismo*"; no se trata de un simulador, de un excéntrico ni de un alienado, sino que su errancia es tomada como un "*equivalente histérico*" dentro de una "*variedad particular de sonambulismo espontáneo*" (10). Bien sabemos lo que la clínica de la mirada producía en esa época y en particular la invención de la histeria con Charcot y sus alumnos, de los cuales Pitres y Tissié eran algunos de los herederos de su transmisión (sabemos que hubieron otros: Freud, G. Ballet, etc.).

Curiosamente, al igual que un histérico, Albert presentaba zonas del cuerpo con anestesia e hiperestesias y era fácilmente hipnotizable. Con lo cual es indudable que estuvo influenciado por la terapia de sugestión hipnótica de Tissié, heredada del maestro de la Salpêtrière. Clínico y paciente, experimentador y sujeto, compartían la enfermedad y formaron parte durante un tiempo de una interacción.

Viene a nuestros propósitos utilizar las preguntas que se formula Ian Hacking en el libro citado en virtud de este caso: ¿Albert fue el iniciador de una epidemia de fugas, o bien fue Tissié quien inició una epidemia de diagnósticos de fuga?

Para encontrar alguna de estas respuestas, Hacking utiliza el concepto de "*enfermedad mental transitoria*" (*transient mental illnesses*). Esto es: una enfermedad que, en su carácter de transitoria, requiere de un tiempo y un lugar. A su vez, para que curse y se desarrolle es condición necesaria que exista lo que él llama un "*nicho ecológico*" (9) y cuatro vectores: la taxonomía médica, la polaridad cultural, la observabilidad y la liberación (*release*). Lo que hace posible al diagnóstico de la enfermedad transitoria es el juego producido entre los cuatro vectores.

El término vector posee un origen mecánico y es utilizado, como se sabe, en epidemiología. Posee una fuerza de acción y una dirección. Cuando hay varias fuerzas actuando en diferentes direcciones, el resultado es el producto de la interacción de todas ellas. La metáfora del vector posee la virtud de sugerir diferentes tipos de fenómenos actuando en diferentes vías, cuyos resultados pueden ser la producción de un posible nicho en donde una enfermedad mental pueda prosperar.

En el ejemplo de la epidemia de fugas impulsivas, el autor expone el intercambio de vectores que hacen al nicho ecológico de la siguiente manera:

1. *Taxonomía médica*: la fuga instalada en una taxonomía, como la histeria, como la epilepsia o ambas cosas. Esto no desaloja los sistemas de clasificación preexistentes, pero invita a una controversia: ¿en qué parte de la

⁵ Rafael Huertas en su artículo sobre Ian Hacking propone llamar a este vector "*liberación-agregación*", dado que el comportamiento patológico "*debe permitir alcanzar objetivos vitales que sería imposible alcanzar de alguna manera normalizada, lo que ayudaría (...) al reclutamiento social de los individuos que padecen la enfermedad*". Huertas R. "En torno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría". *Rev Asoc Esp Neurop* 2011; 31 (11): 440.

taxonomía establecida la fuga debería ser encajada? La fuga se convierte así en un objeto de interés teórico para los médicos y los alienistas de la época.

2. *Polaridad cultural*: la fuga encastra perfectamente entre dos fenómenos sociales que aparecieron muy extendidos en la conciencia contemporánea: el turismo romántico y la vagancia criminal: uno virtuoso el otro vicioso. Ambos profundamente importantes para las clases medias, pues mientras uno alimentaba el ocio, el placer y la fantasía de escape; el otro generaba el temor al extravío, al infierno errante. Así la fuga no era interesante para la gente común, asevera Hacking, quienes no emprendían viajes sinsentido y compulsivos, gente que podía controlar sus fantasías o participar en ellas. Era una opción que para los pocos afortunados se ubicaba entre la opulencia y la delincuencia.

3. *Observabilidad*: un cuidadoso sistema de vigilancia y detección estaba en el lugar. Los fugadores franceses habían de tener papeles, si ellos deseaban ir más allá de las fronteras. Estaban sistemáticamente sujetos a escrutinio como desertores, no era viable viajar simplemente por el continente europeo sin ser notado por las autoridades. El vector de observabilidad indica que, para que una forma de comportamiento se considere un trastorno mental, éste debe ser extraño, inquietante y fácilmente notado.

4. *Liberación*⁵ (11): la fuga era una invitación al escape dentro de una clase particular, hombres que habían trabajado constantemente y con cierto monto de independencia. Un nuevo espacio en el cual individuos disfuncionales, en el borde de la libertad aún atrapados, podrían escapar.

Postular un nicho para una enfermedad requiere de dos tipos de rasgos, uno positivo y otro negativo. En presencia de vectores relevantes, la enfermedad florece; en su ausencia, no. En América y el Reino Unido, a falta de vectores de polaridad cultural y de observabilidad, no tuvieron fugas epidémicas. La vagancia no era un problema social central, y el turismo dentro de América no se había vuelto aún una industria. Asimismo los viajeros no eran sistemáticamente inspeccionados por sus papeles; de hecho, no tenían la necesidad siquiera de un documento de identificación personal.

Si bien la fuga disociativa figura hoy en el manual de clasificaciones norteamericano y en la clasificación internacional, ensamblando tal conducta con la taxonomía médica presente, la fuga como tal ya no se diagnostica con frecuencia. Cuando el comité de trastornos disociativos de la *American Psychiatric Association* (APA) bajo la presidencia de David Spiegel buscó publicar casos médicos recientes, éste no encontró puntualmente ninguno. Ahora bien, ¿por qué entonces figura este trastorno en el manual y no en las carreteras y caminos?

La respuesta poco amable dice que la sección de trastornos disociativos fue introducida en 1980, a partir de la oficialización del DSM III después de que una gran cantidad de defensores de la personalidad múltiple tomaran una relevancia inusitada. La "...forma democrática y lobbista en que hoy los comités de expertos internacionales en clasificaciones legitiman nombres con que se identifican problemas psiquiátricos" (12) empezaba a mostrar su cara más política.

En 1994 Spiegel, contribuyó a relacionar fuertemente el trauma con la disociación. El trastorno disociativo podría ser pensado como causado por un trauma. En el caso de la fuga, él y sus colegas alentaron una búsqueda de víctimas del trauma y en particular los en las historias de los soldados y víctimas de la posguerra con repetición traumática y fugas. No encontró mucho, aunque la política de generalización del trauma siguió extendiéndose hasta nuestros días (13).

Sturm und Drang, turismo romántico y la cultura del loop⁶

*Les dieux s'en vont.
Goethe está muerto.*

Heinrich Heine (14)

El programa burgués e ilustrado debió aceptar su fracaso trágico con movimientos tales como el *Sturm und Drang* (Tormenta e impulso) y el romanticismo que eran toda una cultura de partidas. El mundo ilustrado, que hasta entonces se sostenía "*sobre la cabeza*" (Hegel), vio claudicar sus propósitos finalistas y racionales en pos del ocio y el afán por la incertidumbre. Por supuesto que no quiere decir que antes no hubiera figuras relacionadas con los viajes. Los viajes erráticos de Ulises⁷ podrían ser un ejemplo. El hijo de Laertes y esposo de Penélope parte hacia la aventura, obstinado en volver a casa allende al mar y sus misterios. Odiseo sale de Ítaca, regresa y en él se opera una transformación, retorna no siendo el mismo.

La situación se presenta diferente en el movimiento romántico, tal como lo señala H. Heine: "... allí los viajes erráticos del caballero tienen, además, otro significado esotérico; aluden, tal vez a los viajes erráticos de la vida en general..." (14).

La generación que protagonizó dicho movimiento (entre otros Fichte, Schlegel, Novalis, Tieck), afirmaba el "sí mismo" como culto a la libertad, pero existía en ellos el temor de que el ego se les escape por la borda. Los relatos, las novelas, están pletóricos de todos aquellos fantasmas que finalmente encontrarán su coyuntura en la posmodernidad; las ciudades aparecen allí como aceleración vacía del tiempo y el tedio programado. A medida que el aburrimiento empieza a conquistar nuestra exis-

⁶ Parte de lo que sigue lo hemos desarrollado en profundidad en nuestro libro *Los descarriados. Clínica del extravío mental: entre la errancia y el yerro*. Buenos Aires: Grama; 2010.

⁷ Al comienzo del Canto I leemos el espíritu del viajero: "*Musa, dime del hábil varón que en su largo extravío, / tras haber arrasado el alcázar sagrado de Troya, / conoció las ciudades y el genio de innumerables gentes. / Muchos males pasó por las rutas marinas luchando / por sí mismo y su vida y la vuelta al hogar de sus hombres, / pero a éstos no pudo salvarlos con todo su empeño, / que en las propias locuras hallaron la muerte. ¡Insensatos! / Devoraron las vacas del Sol Hiperión e, irritada / la deidad los privó de la luz del regreso. Principio / da a contar donde quieras, ¡oh diosa nacida de Zeus!*". Homero, *Odisea*. España: Ed. Gredos; 2000, p. 1.

tencia, más central empieza a ser la exigencia de sentido en las trivialidades diarias. Al escapar a las ataduras del tiempo, del universo centrado de la inacción, dicha estética logra “romantizar” la vida (5). Por medio de la cultura de los viajes, del irse para no volver, sus mentores encubren toda una fascinación oscura: el miedo a lo desconocido (Hoffmann), el *horror vacui*, el desamparo.

En sintonía con esta tendencia aparecerán, en la segunda mitad del siglo veinte, Deleuze y Guattari con su *Anti-Edipo* describiendo el movimiento propio del esquizo: pirarse, pirarse, pirarse. En la tradición romántica alemana ese “pirarse” era representado, como dijimos, con el bosque; así algunos poetas se encontraban en caminos circulares o pueblos que ya conocían pero esto mismo era lo que lo sumía en la desesperación. Este efecto bucle no generaba ninguna posibilidad de regreso al hogar; su impedimento era el *leitmotiv* del texto, puesto que se trataba de un volver a ninguna parte. Un retorno que se encuentra cortado en relación con la partida, con la casa paterna.

Todos viajan. Lo hizo Odiseo, el holandés errante, los locos en la Edad Media, y de todos ellos, nuestros románticos extrajeron la fórmula del viaje, pero sin llegada ni meta, el viaje sin fin. En esta tesitura continuará Rimbaud con su *Barco ebrio*.

Los años sesenta del pasado siglo serán resonantes, pues la cultura del *trip*, del viaje, entablará vínculos estrechos con esa literatura apologética de la generación beat (Burroughs, Cassady, Ginsberg, Kerouac).

“Y seguimos hacia aquel triste y repugnante concierto al que no me apetecía nada ir y todo el tiempo estuve pensando en Dean y en cómo se subiría al tren y recorrería una vez más cinco mil kilómetros sobre este terrible país y nunca llegué a saber por qué se había presentado en Nueva York, excepto para verme (...)

Así, en esta América, (...) nadie sabe lo que le va a pasar a nadie excepto que todos seguirán desamparados y haciéndose viejos, pienso en Dean Moriarty, y hasta pienso en el viejo Dean Moriarty, ese padre al que nunca encontramos, sí, pienso en Dean Moriarty”. On the road, Jack Kerouac.

Algunas reflexiones como éstas son las que llevaron a un talentoso crítico de la cultura *pop*, Dierich Diederichsen (*Personas en loop. Ensayos sobre cultura pop*, 2004), relacionar unas y otras culturas de las partidas con lo que él llama el *loop*. En virtud de ello podrían articularse conceptos tales como la “*compulsión a la repetición*” en Freud, el “*eterno retorno*” en Nietzsche y sobre todo el “*mal infinito*” en Hegel, con aquello que marcha en círculo. “*Pero ya sea, asevera el autor, que esta relación*

se conciba como una fundamentación antropológica contra el concepto de historia, o como un mecanismo psíquico fatal que de todos modos puede ser corregido a favor de una subjetivación exitosa, o bien como el fracaso de una idea originalmente correcta de historia y desarrollo, los tres conceptos coinciden en que, en el loop, la cuestión es siempre la negación del progreso”. Asimismo, el dar vueltas en círculos, el mismo loop (del cual se nutre la música tecno, el trans o el jungle) no es lo que el común de los sentidos indica, la vuelta a lo mismo: “¿No sabemos acaso -y no sólo gracias al minimalismo y al tecno- que eso que escuchamos en un loop no es nunca lo mismo, porque al escuchar nos observamos a nosotros que siempre estamos cambiando?” (16).

Interpelamos aquí a aquellos quienes quieren hacer de la poshumanidad una “nostalgia restauradora”. ¿Es posible resucitar la edad dorada del padre? El peligro que conlleva la nostalgia restauradora radica en la creencia de que habría una “totalidad”, la totalidad mutilada del cuerpo político que podría ser reparada (17), mientras nosotros preferimos la posición, del llamado por Simon Reynolds (crítico de música), “nostálgico reflexivo” sabe que la pérdida es irrecuperable, lejos de querer volver al paraíso perdido “*se complace en la neblinosa lejanía del pasado y cultiva las agridulces punzadas de lo conmovedor*” (17). Evidentemente, cuando se conmueve, el pasado ya no es el mismo... el nostálgico reflexivo sabe que él tampoco.

En el mismo sentido recordemos en la estética romántica esas novelas en donde el protagonista parte de su casa y, atravesando un bosque, recorre senderos que una y otra vez lo llevan a la casa del mismo pastor; finalmente resulta ser siempre el mismo camino, la misma circularidad, donde si bien tiene momentos de continuo reconocimiento, una y otra vez se percibe a sí mismo como alguien distinto⁸ (18).

La carretera principal

Hemos hablado más arriba del programa burgués e ilustrado. Esta sociedad se hizo acreedora de la idea de progreso, de cierto vector lineal, en donde los hijos partían de su casa en contra del padre y de la propia educación y luego de algún tiempo, en el polo antagónico del padre y del hogar, se producía el regreso afirmado como camino hacia sí mismo. Este funcionamiento es compatible con aquello que Jacques Lacan denominó el Nombre del Padre, que para decirlo sencillamente, es una función cuya operatoria es una metáfora. Esta metáfora lo que permite es una ley como modo de ordenar el lenguaje, la libido e imprimir una dirección y un fundamento en

⁸ Recomendamos consultar la articulación lúcida que realiza Daniel Matusevich, entre la errancia, la postpsicopatología, la literatura de viajes y la novela *Los detectives salvajes* de Roberto Bolaños. FRENIA 2011; XI: 223-225. ISSN: 1577-7200

⁹ Juego homofónico entre “*Los no incautos yerran*” o “*Los desengañados se engañan*” y “*Los nombres del padre*” (*Les noms-du-père*). El seminario de Jacques Lacan titulado “*Los nombres del padre*” (1963) debió interrumpirse intempestivamente cuando se decidió de *facto* retirar a Lacan de la lista de didactas de la Sociedad Francesa de Psicoanálisis. Aquella circunstancia él denominaría al año siguiente “Excomuniación”, en su seminario “*Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*” de los años 1964-65. Tal como lo recuerda Jacques-Alain Miller en su nota introductoria a *De los Nombres del Padre*, Lacan no volvería a retomar ese seminario quedando el mismo en estado de introducción, si bien mencionaría en varias ocasiones los efectos de la pluralización del Nombre del Padre, fundamentalmente en los registros real, simbólico e imaginario. A pesar de esto Lacan retornará, fiel a su estilo, con un chiste transformado en enseñanza diez años después de aquél acontecimiento: “*Les non-dupes errent (...)* suena estrictamente de la misma manera que *les noms du père*. Es decir, aquello de lo que prometí no hablar nunca más. Y bien. Esto en función de ciertas personas que ya no quiero calificar y que, en nombre de Freud, precisamente me hicieron suspender lo que proyectaba enunciar acerca de los nombres del padre”.

la vida. "Blumberger, escribe Germán García, habla de las dos metáforas que orientaron nuestra cultura: el camino y el todo. Las versiones patéticas de la modernidad, donde los más extraviados parecen ser los que buscan una explicación, insisten en la desaparición de estas metáforas: el camino que antaño habría estado asegurado por la metáfora del padre y la totalidad lograda por la exclusión de las mujeres en tanto deseantes y convertidas en sede de oscuras preguntas" (19).

En los tiempos que corren, el lugar degradado del padre que presagiaba Jacques Lacan se hace evidente. Estas "circunstancias sociales especiales" (20) hoy, hacen a la decadencia de su operación y dejan a los ciudadanos al costado del camino, perdidos, circulando sin brújula, sin más carteles de orientación que los modos imperativos de gozar ofrecidos por los *lifestyles*. Dios no hará nada por ellos.

Ahora bien, lo que hacemos no es más que una semblanza del problema clínico de la época actual, que no azarosamente se ha calificado como la época de la errancia (21). Entiendo que el doctor Lacan debe haber vislumbrado este horizonte al equivocarse el título de su veintiún seminario *Les non-dupes errent* (1973-74)⁹.

Al hablar de un extravío, de una desorientación, debemos mencionar cuál sería el funcionamiento de ese camino principal: aquí es donde establecemos el funcionamiento del Nombre del Padre. Lacan sugiere que no son lo mismo aquellas carreteras secundarias con desvíos, con significaciones diversificadas, bifurcaciones, vagabundeos, que la carretera principal:

"No sólo porque los demora en la práctica, sino porque cambia por completa la significación de sus comportamientos ante lo que sucede entre el punto de partida y el punto de llegada. A fortiori, se imaginan una comarca entera cubierta por una red de caminos sin que en ninguna parte exista la carretera principal."

La carretera principal es algo que existe en sí y se reconoce de inmediato. Cuando salen de un sendero, de un matorral, de una vereda, de una pequeña vía rural, saben de inmediato que han dado con la carretera principal. La carretera principal no es algo que se extiende de un punto a otro, es una dimensión desarrollada en el espacio, la presentificación de una realidad original" (22).

Volviendo a aquellos movimientos circulares, al viajar como *loop*, es interesante destacar la diferencia con *Les rêveries du promeneur solitaire* (*Las ensoñaciones de un paseante solitario*) o *Les Confessions* de Jean Jacques Rousseau quien toma aquellos esos paseos como un fin tanto contemplativo o místico como de rigurosa reflexividad (tal es el carácter descrito de las *rêveries*) (5). Una escritura que porta el patetismo propio de ése que declara a todas luces su inocencia, y arroja el manto de una prosa incuestionable.

"Heme aquí pues, solo en la tierra, sin más hermano, prójimo, amigo ni compañía que yo mismo. El más sociable y más amante de los humanos ha sido proscrito por un acuerdo

unánime. Han buscado, en los refinamientos de su odio, el tormento que sería más cruel para mi alma sensible, y violentamente han cortado todos los lazos que me ataban a ellos. Habría amado a los hombres a pesar de ellos mismos. Sólo cesando de serlo han podido sustraerse a mi afecto. Helos ahí ahora, extraños, desconocidos, nulos al fin para mí puesto que lo han querido. Pero yo, desligado de ellos y de todo ¿qué soy yo? He ahí lo que me queda por averiguar. Por desgracia, tal búsqueda debe ir precedida de una ojeada sobre mi posición. Es ésta la idea por la que necesariamente debo pasar para llegar de ellos a mí" (15).

El tono reflexivo que utiliza en su relato, como bien puede colegirse, se inclina hacia una retórica tendiente más a persuadir que a informar. De esta manera Rousseau ha pasado de la utopía del lazo social (el momento del *Contrato social*), de la invención de un Otro consistente, a la soledad errante.

Modalidades errantes

Nuestro breve y salpicado recorrido nos impuso explorar cierto tipo de "*subjetividad marginal*" (23), singularizada en un relato histórico que opera como *montaje* para la lectura de hechos clínicos cotidianos¹⁰. El término subjetividad marginal, tan enigmático como corrosivo, habla de esos sujetos cuyas expresiones atópicas han atrapado el interés clínico y terapéutico de aquellos que han intentado captar la estructura del fenómeno mórbido, más allá de las apariencias. Unos lo han logrado, como hemos desarrollado, al precio de quedar atrapados en él (la pareja Albert-Tissié); otros subyugados por la herencia y la *dégénérescence* exhibieron la tensión entre vida, obra y psicopatología sin hacer de esto último un lecho de Procusto (Rousseau-Régis). La discusión psicopatología y cultura en muchas ocasiones ha circulado por el sendero de la construcción social de las enfermedades. Con la noción de "*enfermedades transitorias*" (Hacking) hemos querido ir más allá de eso, en función de que es el mismo mentor del concepto quien dedicó todo un escrito a desmitificar la fórmula "natural-construida" en pos de las "clases interactivas" (24).

Estos desarrollos nos ayudan a verificar el movimiento de las configuraciones subjetivas en virtud no sólo de su valor histórico sino también de sus mutaciones en el presente. No nos preocupan hoy los viajes intempestivos, las fugas impulsivas o la dromomanía sino el extravío, la desorientación y la pérdida del rumbo de muchos de los que nos consultan. Son esas expresiones atópicas hacia las que el psicoanálisis de Freud ha orientado su "conquista" (25) y la aventura original de su experiencia. De allí que no hemos reducido nuestra elaboración a hablar solamente de estructuras psicopatológicas conocidas.

Hace algunos años dedicamos un ensayo a explorar aquellos casos -cada vez más frecuentes- que acuden a

¹⁰ Hacia una dirección similar apunta Reinhardt Koselleck cuando afirma categóricamente que "*en cada presente las dimensiones históricas del pasado y del futuro [son] puestos en relación*". Citado por Didi-Huberman G. *Ante el tiempo*. Op. cit., p. 45.

nuestros consultorios y cuya impresión es que no quieren nada (26). Sujetos que van de aquí para allá y su posición es una nada. Su destino parece ser el extravío y del mismo modo, erran de tratamiento en tratamiento, de psiquiatra en psicólogo, de psicólogo en psiquiatra, de lo público a lo privado, etc... Los que salen con su balsa a naufragar.

Pude asistir yo mismo el caso de una jovencita, quien concurría a un dispensario, en una zona de esas que son radiografías de las desigualdades que existen en nuestro continente. Un centro de salud frente a una villa miseria, lindante a una de las zonas más ricas del conurbano bonaerense.

Esta joven fue llevada por su madre (clase media, profesional de la salud). Su presentación no era un dato menor a la hora de situar la demanda. Pocas palabras. En su mayoría argot de las villas; en fin, demostraba una afinidad contrastante con el mundo al que ella, en realidad, no había pertenecido.

Su problema, su síntoma -en sentido amplio-, era el "pirarse". Término que condensaba en su relato tanto el hecho de emborracharse, de quedar dura con la cocaína, como el acto de irse. Irse de su casa y dejar al hijo al cuidado de su madre, irse del hogar para "bardear", salirse de la escena.

Hasta la adolescencia su vida había transitado por los carriles habituales, sin sobresaltos. La separación de sus padres y el hecho de haber asumido el papel de tener que ir a negociar con su padre el dinero para los gastos familiares, la había dejado un tanto descolocada. Siempre había detentado un lugar de privilegio para con su padre, pero él finalmente había elegido otra vida con otras prioridades.

Un buen día, al concurrir a la casa de este hombre, fue atendida por su mujer y así fue que ella misma sorprendió a la joven cortando por lo sano ese trámite. Su padre, amedrentado por la firmeza de la voz de su pareja, quedó paralizado, no intervino. Nuestra joven vio desbarrancarse el mundo que la sostenía hasta entonces y empezó a consumir grandes cantidades de alcohol e irse, no pudo dejar de irse. Quedó al margen de todo lo que podía alojarla en el deseo del Otro, quedando librada a la devastación materna. La convivencia con su madre se tornó un verdadero infierno y como si esto fuera poco, se embarazó de un muchacho "drogón", se "enganchó" en "curtir esa onda".

El tiempo que duraron las entrevistas fue posible situar una serie de desplazamientos: del acto de "pirarse" a hablar de "pirarse"; de salir a "bardear" a ser "bardera"; de "bardera" a "loca linda" (vale destacar, se sabía portadora una belleza inusual). Este último sintagma fue desplegado en acto en la transferencia seduciendo y a la vez mostrando una procacidad absolutamente desproporcionada.

Para concluir, diremos que hay una errancia en el fundamento mismo del ser humano, pues se orienta como puede en el río agitado de las palabras, del sentido y de los ideales que pueden servirle como ancla. Pero es menester verificar las consecuencias de tal o cual tipo de errancia, vale decir, cómo una elección subjetiva pone en juego el ser mismo del sujeto. No es lo mismo la errancia que convive con la estructura psicótica, de la que puede adquirir alguien como posición, como tampoco lo es - como ya enunciamos- la errancia que anida en nuestra propia existencia ■

Referencias bibliográficas

1. Didi-Huberman G. Ante el tiempo. Buenos Aires: Adriana Hidalgo; 2006.
2. Régis E. La dromomanie de Jean-Jacques Rousseau. París: Société Française d'imprimerie et de librairie; 1910.
3. Régis E. Les fugues militaires au point de vue médico-légal. París: La Caducée, 1909.
4. Rousseau JJ. Confesiones. México: Ed. Porrúa; 1985.
5. Rousseau JJ. Las ensoñaciones del paseante solitario. España: Alianza; 2008.
6. Sérieux P, Capgras J. Las locuras rasonantes. Madrid: Edición de Los Alienistas del Pisuerga; 2007.
7. Tissié Ph. Les aliénés voyageurs. Essai médico-psychologique. París: Doin; 1887.
8. Foville A, fils. Les aliénés voyageurs ou migrants. Étude clinique sur certains cas de lypémanie (1875). En: Tissié Ph. Les aliénés voyageurs. Le cas Albert. París: L'Harmattan; 2005. p. VIII-XLVIV.
9. Hacking I. Mad travelers. Reflections on transient illnesses. Virginia: The University Press of Virginia; 1998.
10. Pitres A. Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme faites à l'hôpital Saint-André à Bordeaux. París: Doin; 1891.
11. Huertas R. En torno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neurop* 2011; XXXI (11): 437-456.
12. Levi Yeyati E. Variaciones sobre la histeria: las personalidades múltiples. En: *El Caldero de la Escuela* N° 3. Buenos Aires. Año 2007. p. 50.
13. Laurent E. Hijos del trauma. En: AAVV. La urgencia generalizada. Buenos Aires: Grama; 2005.
14. Heine H. La escuela romántica. Buenos Aires: Ed. Biblos; 2007. p. 48-91.
15. Safranski R. Romanticismo. Una odisea del espíritu alemán. Barcelona: Tusquets; 2009. p. 188.
16. Diederichsen D. Personas en loop, ensayos sobre cultura pop. Buenos Aires: Interzona; 2005. p. 23-26.
17. Reynolds S. Retromanía. La adicción del pop a su propio pasado. Caja negra: 2011. p. 31.
18. Matusevich D. Los descarriados: en busca de la identidad perdida desde la Beat Generation hasta el delirio bolchevique. *FRENIA* 2011; XI: 223-225.
19. García G. El viaje de las metáforas. Prólogo a "Los descarriados...". p. 14.
20. Lacan J. El mito individual del neurótico (1978). En: Lacan J. Intervenciones y textos 1. Buenos Aires: Manantial; 1999. p. 39.
21. Miller JA. El Otro que no existe y sus comités de ética. Buenos Aires: Paidós; 2005. p. 11.
22. Lacan J. El Seminario N° 3. Las psicosis (1955-1956). Buenos Aires: Paidós; 1995. p. 414-415.
23. Lacan J. Variantes de la cura tipo (1954). En: Lacan J. Escritos 1. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI; 1993. p. 330.
24. Hacking I. ¿La construcción social de qué? Buenos Aires: Paidós; 2000.
25. Freud S. "Yo no soy un verdadero hombre de ciencia ni un experimentador, ni un pensador, yo no soy más que un conquistador, un explorador...". Carta a Wilhelm Fliess, del 1° de febrero de 1900.
26. Vaschetto E. Los descarriados. Clínica del extravío mental: entre la errancia y el yerro. Buenos Aires: Grama; 2010.

La Psiquiatría Cultural en América Latina

Sergio Javier Villaseñor Bayardo

*Profesor Investigador titular del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México.
E-mail: sergiovillaseñor@gladet.org.mx*

Carlos Rojas Malpica

Profesor Titular del Departamento de Salud Mental. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.

Martha Patricia Aceves Pulido

Profesora de asignatura del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México.

Introducción

La psiquiatría de “*Nuestra América Mestiza*” (Martí), ha estado siempre inmersa en un vínculo íntimo e indisoluble entre la cultura y la psicopatología.

Desde el continente de las posibilidades, se han generado múltiples contribuciones al desarrollo de la hoy denominada Psiquiatría Cultural. Aquí señalaremos algunas de las más destacadas.

Durante el Quinto Congreso Mundial de Psiquiatría que tuvo lugar en México en 1971, se manifestó un gran interés por la psiquiatría transcultural. En las memorias de tal evento encontramos personajes de la talla de Wittkower E. D., quien entonces presentara un traba-

jo sobre los factores socioculturales en la prevención de la enfermedad mental. Entre otras cosas, Wittkower señaló: “*Todas las culturas, intencional o inintencionalmente toman medidas para contrarrestar la enfermedad mental. Por ejemplo, proveen de ‘estrategias catárticas’, según la expresión de Wallace, tales como los períodos de carnaval, las fiestas, los juegos en donde se permiten diversas técnicas tales como las intoxicaciones, la tortura, la danza o los estados modificados de conciencia. Tales estrategias parecen aliviar las tensiones psicológicas que se originan en los tabús, las inequidades sociales y otras imperfecciones sociales*” (1). Hay que señalar que en las fiestas se suspende transitoriamente la racio-

Resumen

Este trabajo presenta sólo algunas de las aportaciones más relevantes en el desarrollo de la psiquiatría cultural en Latinoamérica. Los esfuerzos continentales por entender el papel que tiene la cultura en la manifestación y tratamiento de los trastornos mentales han sido fructíferos. Los autores incluidos son: Fernando Pagés de Argentina; Mario G. Hollweg de Bolivia; Alvaro Rubim de Pinho y Adalberto Barreto de Brasil; Carlos A. León y Carlos A. Uribe de Colombia; José A. Bustamante y Antonio Santa Cruz de Cuba, Carlos León Andrade de Ecuador, Cristina Chávez de Guatemala; Sergio J. Villaseñor Bayardo de México; Carlos A. Seguín, Hermilio Valdizán y Javier Mariátegui de Perú; Y. Bespaldi de Consens de Uruguay; así como Carlos Rojas Malpica y Jacqueline Clarac de Briceño de Venezuela.

Palabras clave: Psiquiatría Cultural - Expresiones de malestar - Síndromes culturales - Nosología.

THE CULTURAL PSYCHIATRY IN LATIN AMERICA

Abstract

This paper presents only some of the most important contributions in the development of cultural psychiatry in Latin America. The continental efforts to understand the role that culture plays in the manifestation and treatment of mental disorders have been fruitful. The authors included are: Fernando Pagés of Argentina; Mario G. Hollweg of Bolivia; Rubim Alvaro de Pinho and Adalberto Barreto of Brazil; Carlos A. Leon and Carlos A. Uribe of Colombia; Antonio José A. Bustamante and Santa Cruz de Cuba, Carlos Leon Andrade of Ecuador, Guatemala Cristina Chavez; Sergio Villaseñor J. Bayardo of Mexico; Carlos A. Seguin, Hermilio Valdizán and Javier Mariátegui in Peru; Y. Bespaldi of Consens of Uruguay; Rojas and Carlos Malpica and Jacqueline Briceño Clarac of Venezuela.

Key words: Cultural Psychiatry - Expressions of discomfort - Cultural Syndromes - Nosology.

nalidad, por lo que es una excelente posibilidad para la catarsis colectiva, aunque también deba reconocerse que también se favorecen desmanes y transgresiones de alta peligrosidad social.

Wittkower definía a la psiquiatría transcultural como la parte de la psiquiatría social que estudia los aspectos culturales de la etiología, frecuencia, naturaleza y cuidados de la enfermedad mental, dentro de un grupo social determinado. Siendo sus objetivos los siguientes:

- a. explorar las similitudes y diferencias en las manifestaciones de los trastornos mentales en diferentes culturas;
- b. identificar los factores culturales que predisponen o que fomentan los trastornos mentales;
- c. estimar el efecto de tales factores sobre la frecuencia y naturaleza de tales trastornos;
- d. estudiar los tratamientos practicados o preferidos en diferentes contextos culturales; y
- e. comparar las actitudes hacia el trastornado mental en diferentes culturas.

Según Littlewood, durante el Siglo XX hubo una doble aproximación entre la psiquiatría y la antropología social o cultural lo cual se denominó de diversas maneras (2):

- Psiquiatría comparada (Kraepelin, 1904; Yap, 1974; Murphy, 1982).

- Cultura y personalidad (influencia del psicoanálisis en la antropología norteamericana de los años treinta), más tarde llamada "*antropología psicoanalítica*", "*antropología psicológica*", "*antropología cognitiva*", "*antropología semántica*" o incluso "*antropología de la persona*".

- Antropología médica (bajo el enfoque de los antropólogos sociales dedicados a realizar investigaciones en el campo sanitario, típico de los años sesenta).

- Psiquiatría transcultural o psiquiatría *cross-cultural* (bajo el enfoque de la psiquiatría estadounidense por los años cincuenta, la cual designa la comparación de tasas y síntomas a través de diferentes sociedades)

- Psiquiatría cultural (enfatisa que la psicopatología occidental tiene tanta construcción cultural como cualquier otra).

- Psiquiatría y antropología o psiquiatría transcultural (uso del término "cultura" de los antropólogos británicos en un sentido más extenso que sus colegas norteamericanos) que incluye todos los procesos sociales y políticos de una sociedad determinada.

- Psiquiatría primitiva y Etnopsiquiatría, denominaciones propuestas por Devereux y otros autores franceses, que destaca el estudio intracultural de la conducta desviada y perturbada, tal como la define su propio contexto.

Resulta evidente que estas disciplinas, como quiera que se le denomine, psiquiatría transcultural y/o etnopsiquiatría han brindado valiosas aportaciones para la comprensión de la relatividad y de la permanencia de las enfermedades mentales, y le han dado su justo lugar a la relación de los fenómenos de la cultura con los de la naturaleza (3).

Existen diversos términos que designan las formas particulares de expresar la enfermedad mental y de ser-

vir de vehículo para la patoplastia cultural. Hace tiempo, Rubel propuso la siguiente definición de malestar: "*Conjunto coherente de síntomas en una población dada cuyos miembros responden mediante patrones similares*".

En la reciente edición del DSM-5 se ha ampliado el valor de las expresiones de malestar *-idioms of distress-* y restringido la amplitud del concepto de los síndromes ligados a la cultura (4).

Ballús considera que la Psiquiatría Transcultural ya no sólo responde a las inquietudes intelectuales, sino a las diarias exigencias asistenciales que se imponen en nuestra tarea de médicos y de profesionales de la salud mental, desde los niveles de la Asistencia Primaria hasta los más especializados (5).

Como bien lo señala Alarcón: *La psiquiatría latinoamericana no quiere ni debe ser forastera en la mítica "aldeas global" del futuro; por el contrario, quiere y debe tener credenciales de acceso que le garanticen respeto y aceptación* (6).

Siguiendo con Alarcón, la psiquiatría latinoamericana se hizo tan sólo a comienzos del siglo XX. Todas las etapas anteriores -incluyendo los períodos mítico-religioso y de la "psiquiatría moral" del decurso europeo- pertenecen a la protohistoria de la psiquiatría latinoamericana, protohistoria de logros precarios y pioneros solitarios en un territorio que todavía se estaba descubriendo a sí mismo (7).

En la actualidad la psiquiatría latinoamericana se encuentra en la fase de toma de posición y búsqueda de la identidad en donde predomina el enfoque cultural y la realidad social (7).

Mostraremos una visión panorámica muy general de algunas de las aportaciones más destacadas de la psiquiatría cultural en América Latina. De ninguna manera pretendemos hacer una revisión exhaustiva, sólo recordar a algunos autores conspicuos.

Argentina

La antropología psiquiátrica, además de la psiquiatría transcultural, también fue un espacio de indagación constante en los trabajos de Fernando Pagés Larraya. Sus estudios sobre la prevalencia de la patología mental en Argentina, derivaron en el establecimiento de un mapa epidemiológico (al que dividió en 25 isodias culturales) que permitió no sólo la observación de los padecimientos mentales de los sujetos, sino también las actitudes de la comunidad en la que estaban insertos. Su teoría de las isodias culturales plantea la pertinencia de criterios geográficos e histórico-culturales en éste tipo de investigaciones (8).

Fue profesor de Psicología Comparada y de Psiquiatría Sanitaria en la Universidad de Buenos Aires, cargo que desempeñó hasta 1966, cuando inició en la investigación de Psiquiatría Transcultural en el Gran Chaco Gualamba. Entre sus publicaciones, como coautor, se encuentra: *Tehuelches: Antropología psiquiátrica de la Extinción* (con J. Filippo y C. Sacchi, Gráficas Gral. Belgrano, 1988).

Otro trabajo de gran interés fue *Los significados del uso de la ayahuasca entre los aborígenes chama (Ese'Ejja) del*

oriente de Bolivia: una investigación transcultural (9). Pagés comunica en este artículo una prolongada investigación acerca del uso de alucinógenos preparados con lianas del género *Banisteriopsis* en el grupo aborígen chama perteneciente a la familia lingüística takanan. Las consideraciones metodológicas de esta investigación permiten dar validez a sus hallazgos para la comprensión de las subculturas del Phantasticum. Señala Pagés: “La determinación de una semántica del comportamiento cultural es para nosotros el área básica de la investigación transcultural y este estudio constituye tan sólo un ensayo metodológico tendiente a lograr ese objetivo de valor para la etiología” (10).

Pagés Larraya también publicó, en su juventud, un interesante trabajo titulado *Esquizofrenia en tierra de aymaras y quechuas* (10).

Bolivia

Mario Gabriel Hollweg en Bolivia, propone una clasificación general de los síndromes culturales en tres grandes rubros:

- a. Síndromes emocionalmente reactivos,
- b. síndromes de “daño puesto”, y
- c. enfermedades del alma.

El autor realiza un estudio de los distintos trastornos afectivos que se presentan en habitantes de diferentes regiones del país, desde una perspectiva transcultural. Se detiene estudiándolos singularmente y los organiza, clasificándolos según sus orígenes de procedencias míticas, concepciones del mundo e influencias de los desplazamientos sociales en el comportamiento. Delimita cuatro grupos de síndromes afectivos culturales:

1. Síndromes afectivos de raíces míticas aborígenes.
2. Síndromes afectivos de raíces hispánicas coloniales.
3. Síndromes afectivos de transición cultural.
4. Síndromes afectivos por desarraigamiento o despersonalización cultural.

En otra publicación, el mismo Hollweg (11) habla de los síndromes emocionales reactivos, en donde incluye al susto como un síndrome cultural muy extendido en América Latina que toma diferentes nombres según la región geográfica. En el área andina de Bolivia, Perú, norte Argentino y Ecuador, que tienen continuidad cultural quechua-aymará, adquiere algunas denominaciones regionales. Los quechuas del Ecuador le llaman a este síndrome *espanto*. En el Perú y Bolivia se le conoce como *Manchariska*.

Brasil

Álvaro Rubim de Pinho nació en Manaus (1922-1996), por muchas décadas, fue el profesor titular de psiquiatría de la Universidad Federal de Bahía, formando e influenciando generaciones de psiquiatras.

En entrevista con Renato Alarcón (12), Rubim de Pinho afirmó que sus guías principales en la psiquiatría cultural habían sido los pioneros brasileños Nina Rodríguez y Artur Ramos. Rodríguez. A fines del siglo

XIX estudió la “caruara”, una endemia de astasia-abasia-histérica. Se interesaba en las enfermedades propias de los esclavos. Estudió algunos aspectos clínicos de las psicosis colectivas religiosas. Sus estudios sobre esas epidemias colectivas pueden encontrarse publicados en la revista francesa *Annales Médico-Psychologiques*.

Ramos, un psicoanalista, estudió el fenómeno de transe por posesión en las religiones, en el *candomblé*, dándole categoría de fenómeno cultural y no de histórico.

Rubim de Pinho consideraba básico llamar la atención de los psiquiatras brasileños hacia los factores culturales que influenciaban la psicopatología y los alertaba sobre la utilidad de las prácticas de la curación religiosa en el medio brasileño (13).

José Leme López menciona que en el Congreso Mundial de Psiquiatría de 1966 fue el relator del tema de la psiquiatría transcultural exponiendo un estudio sobre el “*banzo*”, una manera especial de depresión con retrovisión hacia la esclavitud (7). Una dolencia que afectaba a los esclavos que llegaban de África y que era una depresión de nostalgia, de desarraigo. Algunos de ellos se dejaban morir sin pedir ayuda. Era una depresión profunda con inversión de los sentimientos de vida. El *Banzo* es una nostalgia mortal de negros desarraigados de su medio natural manifestando inanición, hastío y apatía por una pérdida total de la identidad que los llevaba al suicidio.

Adalberto Barreto habla del *Encosto*, una despersonalización cultural conocida como una patología popular por las clases menos favorecidas del Brasil. Estos síndromes culturales se presentan especialmente en los inmigrantes indígenas de grupos culturales amenazados en su preservación.

Colombia

De Colombia destaca Carlos A. León como formador de muchas generaciones. También existen recientes contribuciones de Carlos Alberto Uribe en torno a la cultura y las clasificaciones diagnósticas actuales (14, 15).

En un artículo sobre la magia, la brujería y la violencia, Uribe, discute la relación entre la magia, la brujería, la sanación y el conflicto social que se vive en Colombia. Desde hace muchos años se habla de tal relación así como del vínculo entre brujas, políticos, caballeros de la industria y miembros del *establishment* económico y social. Es común señalar la religiosidad de los jóvenes narcotraficantes en Antioquia, con sus escapularios, promesas y ofrendas ante el altar de María Auxiliadora. Estos temas han sido incluso llevados a la pantalla grande.

Esta relación entre la política y lo sacro no ha pasado desapercibida. Se tienen referencias desde cronistas de Indias como Cieza de León quien señala que esta amalgama se ha dado desde tiempos prehispánicos. El sacrificio ritual de víctimas, la antropofagia y las guerras mágicas entre chamanes se extendía desde las costas hasta las alturas andinas de los incas.

Cuando se tranquilizaron las primeras conquistas, las redes actuales de magia y catolicismo comenzaron

a formarse. Las idolatrías prehispánicas se unieron a las europeas y se mezclaron con la magia africana para conformar, con los siglos, el tejido cultural característico de Colombia (15).

Ninguna dosis de modernidad secularizante ha logrado destilar los filtros amorosos, las pociones y ungüentos, los rezos y "trabajos" mediante los cuales diversos zahoríes buscan penetrar los arcanos de la incertidumbre y la enfermedad humana. Todo el sur colombiano es territorio de chamanes y los de mayor reputación se encuentran entre los "indios salvajes" de la selva amazónica.

Cuba

Desde Cuba, Bustamante y Santa Cruz definieron la Psiquiatría Transcultural como "*la rama de la Psiquiatría que estudia las variantes que a los cuadros psiquiátricos imponen los factores culturales*" (16). En el capítulo II de *Psiquiatría Transcultural* recuerdan que, aunque esta perspectiva posibilitó que en 1957 se constituyera el Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales (GLADET) -con la participación inicial del mismo Bustamante, de Dávila, de México, y de Seguí de Perú- los esfuerzos de esta novel instancia regional fueron efímeros y cesaron en 1961. El mismo Bustamante y muchos otros lamentaron una vida tan corta del grupo, que sin embargo luego dio lugar al nacimiento de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL).

En cuanto a las relaciones internacionales, la Sociedad Cubana de Psiquiatría, participa en la creación de la APAL, en unión con México y Perú: Seguí, González Henríquez y Bustamante constituyeron la comisión creada por los latinoamericanos reunidos en el Congreso de Jalapa, para organizar la APAL y el GLADET que, de modo paralelo, iniciaría las investigaciones de psiquiatría transcultural. Considera Bustamante que "*esto representó el primer esfuerzo de Latinoamérica en el campo de la Psiquiatría Transcultural*".

Más recientemente, el Dr. Calzadilla Fierro realizó algunas investigaciones sobre la psiquiatría folklórica y las plantas medicinales.

Ecuador

Carlos A. León originario de Ecuador y posteriormente profesor de la Universidad del Valle en Cali, Colombia, tuvo la satisfacción de haber realizado estudios sobre las actitudes y creencias comunitarias respecto a la enfermedad mental y los cuadros etnopsiquiátricos.

León-Andrade pretende resumir las raíces culturales que determinan el quehacer médico psiquiátrico en ese país (17). Menciona que en Ecuador la influencia de las culturas prehispánicas se puede detectar en las diversas manifestaciones cotidianas de su sociedad. Esos factores culturales, no se han estancado en el tiempo, y han asistido a un proceso evolutivo, acorde a los cambios a la que está sujeta la sociedad.

El autor considera que el curanderismo y dentro de éste, el Chamanismo son las prácticas médicas que se

han mantenido, debido a que han logrado a través del tiempo y bajo la influencia cultural de los variados asentamientos humanos, enriquecer su metodología, hasta llegar a convertirse en un tratado empírico, con plena vigencia en amplias zonas del país. Al Chamán o curandero acuden todos quienes sienten como parte de su identidad cultural estos métodos de medicina aborígen. Para ellos la medicina científica occidental pasa a ser una medicina alternativa, pues está desprovista del misticismo y de una explicación cultural satisfactoria, además de que minimiza el contacto humano, la fe, la sugestión y la explicación etiológica que el Chamanismo ha dado a la enfermedad.

Trastornos como el *Espanto*, el *mal de ojo*, el *mal aire*, el *mal del arco iris*, hasta hace algún tiempo limitados a la población indígena del área rural, hoy son vistos en las ciudades por curanderos que han trasladado su práctica desde la zona rural a los barrios marginales de las ciudades más pobladas como Quito y Guayaquil

Guatemala

Cristina Chávez de la organización de Médicos Descalzos de Guatemala ha hecho una interesante investigación etnopsiquiátrica para comprender el concepto de enfermedad que actualmente la cosmovisión del pueblo maya imprime en su sistema médico. Su metodología fue reunir a los terapeutas tradicionales en talleres de intercambio de experiencias en varios municipios de la zona maya.

Dice Cristina Chávez: "*Encontraremos en este libro una breve descripción de seis problemas de salud, que los ajq'ijab' (sacerdotes mayas) encuentran comunes entre la población que demanda sus servicios. Identificarlos y poderlos distinguir claramente, fue un momento clave en el recorrido de lo que inicialmente parecía un laberinto. Los siguientes intentos de comprender su lógica, fueron siempre ejercicios colectivos de análisis e intercambios de experiencias con grupos de terapeutas, en su mayoría ajq'ijab', pero también illomab, ajchipalb'aq y ajkunelab (comadronas, componehuesos y curanderos). Por lo tanto la información que compartimos aquí, es lo que hasta hoy consideramos una síntesis de la comprensión colectiva de estas seis enfermedades. Un proceso que ha involucrado a más de 100 terapeutas tradicionales, a lo largo de 12 años, y que sigue vigente y dinámico en la búsqueda permanente de nuevos aprendizajes y reencuentros con la sabiduría ancestral*".

Estas seis patologías tienen tres características muy importantes. La primera es que cada una de ellas tiene nombre propio en el idioma k'iche', el cual describe su origen o raíz: esto nos obliga a dar un salto a otro paradigma, el sistema médico maya clasifica y trata a sus 'enfermedades' primordialmente de acuerdo a su causa y no al conjunto de signos, síntomas y manifestaciones que presentan, de ahí, a manera de provocación, el título del libro *¿Enfermedades o consecuencias?* En segundo lugar estos trastornos fueron reconocidas por los *Ajq'ijab'* como los más comunes en esta época, y reflejo de la misma. En tercer lugar, cada una de estas seis enfermedades es una conjugación de signos y síntomas tanto físicos, psicológicos y emocionales que no

pueden entenderse analizándolos a nivel de individuo, extraído y aislado de su dimensión cultural de 'comunidad' y, por lo tanto, tampoco pueden resolverse en el plano individual, sin tomar en cuenta la dimensión colectiva que hace parte de las personas.

El nombre de las seis enfermedades en idioma k'iche' es: 1) *Q'ijalxik*, 2) *Xib'rikil*, 3) *Pakq'ab' Chuch Tat*, 4) *Muqu'n*, 5) *Moxrik* y 6) *Molem Yabil*.

Las dos primeras, *Xib'rikil* y *Q'ijalxik*, se originan en el desequilibrio de componentes esenciales del ser humano. *Xib'rikil* es la pérdida del *jaleb'* o espíritu, como consecuencia de la vivencia de un evento violento o traumático. *Q'ijalxik* del "don" o vocación con el que cada persona nace, pero que al ser ignorado o descuidado trae desequilibrios en la vida y la salud. *Muqu'un*, *Paq'ab' Chuch tat* y *Moxrik* son enfermedades que se originan en la trasgresión de las normas, valores y leyes tradicionales que los antepasados dejaron en la memoria colectiva, especialmente las que permiten la convivencia armónica entre las personas, las familias y las comunidades. Afectan precisamente esta dimensión colectiva, son "errores" que inicialmente traen dificultades en la convivencia con los demás, pero que finalmente se manifiestan en nuestra salud. En el *Paq'ab' Chuch Tat*, se afecta la salud de las personas cuando trasgreden principios éticos en el ejercicio de cualquier nivel de autoridad, o pasan por encima de las normas y valores tradicionales que regulan el aprovechamiento del bien común, ya sean conocimientos, recursos naturales, obras sociales, bienes materiales o patrimonios familiares. Esas trasgresiones se convierten en el *Muqu'n* cuando han sido olvidadas o "enterradas" en la memoria, y en el *Moxrik* si se convierten en conductas constantes, cuando la persona asimila un modelo cultural ajeno, basado en el individualismo y la ambición. *Molem Yabil* son las consecuencias psicosomáticas de la insatisfacción de necesidades básicas, la pobreza extrema en la que hoy en día vive la población, pobreza tanto en la alimentación, como en la carencia de tierra y vivienda, salud y educación (18).

México

En México, ha habido una rica tradición de psiquiatría cultural. Erick Fromm inició una importante escuela culturalista. Rogelio Díaz Guerrero sentó las bases de la etnopsicología mexicana. Guillermo Dávila fue de los psiquiatras pioneros que fundaron GLADET y que se interesaron por el tema. Muchos antropólogos y médicos se han interesado por la etnopsiquiatría y la antropología médica. Vale la pena mencionar los trabajos de Aguirre Beltrán, Carlos Viesca y Campos.

Villaseñor Bayardo ha realizado diversos estudios de psiquiatría cultural en México de entre los cuales resaltan los de los nahuas del Alto Balsas en Guerrero (19, 20) y los del concepto de enfermedad mental de los Wixáricas de Tuxpan de Bolaños, Jalisco (19)

La nosología nahua

La clasificación actual de las enfermedades en la zona del Alto Balsas obedece al esquema frío-calor (21, 22).

Esta clasificación va de lo menos frío a lo más caliente y el remedio o tratamiento será el aplicar alguna sustancia con propiedades opuestas a las de la enfermedad. En estas comunidades, en general, existe una división clara de las enfermedades, ellas son, ya sea "naturales" y requieren un tratamiento médico moderno; ya sea "domésticas", éstas solamente se curan de manera ritual gracias a algún médico indígena. En función de lo anterior, las enfermedades también se clasifican en aquellas enviadas por Dios (naturales) y aquellas que provienen del Diablo o que se deben a la brujería y a las envidias (domésticas).

Mencionaremos algunas patologías que en este estudio nos parecieron interesantes:

a. El susto o espanto, *onomujti*:

La pérdida del *tonalli* es lo que origina una enfermedad conocida desde la época pre-hispánica como *tetonalcahuliztli* y que hoy en día es conocido como *susto* o *espanto*. Esta enfermedad epidémica de origen pre-hispánico aún conserva su vigor. Casi todas las personas entrevistadas en el Alto Balsas hablan de ella con gran familiaridad considerándola como una enfermedad muy frecuente. Los médicos indígenas especializados en tratar esta afección son numerosos.

Se considera que esta enfermedad es provocada por los "aires" que roban el *tonalli* o la "sombra" produciendo manifestaciones de ansiedad y de depresión. Otras causas del *susto* son: tropezarse, caerse de un burro o de un asno, encontrarse con una culebra, ser atropellado, quemarse con fuego, ser arrastrado por el río y matar a un tipo de hormigas denominadas zontetas.

En general, los síntomas son desesperanza, fiebre, mialgias y artralgias (resistentes a los analgésicos), tristeza, pesadillas, hiporexia o anorexia, abulia, palidez, pesadez, disgusto e inquietud.

Con respecto al tratamiento existe la noción de prevención en el sentido de que debe iniciarse rápidamente, pues de lo contrario, será más difícil erradicar la enfermedad. Se cree que si el individuo no se cura pronto puede volverse diabético. Se considera necesario tratar esta enfermedad mediante un ritual que debe realizarse a la misma hora en que la persona se enfermó. Al ritual se le llama "*regada*" y ello permite que el "*tonalli*" regrese al enfermo.

La "*regada*" consiste en una serie de oraciones en español y en náhuatl, en preparar unas figurillas con masa de maíz que pueden ser de 6 a 12 masculinas y otras tantas femeninas, las cuales se colocan respetando los puntos cardinales dentro de un hemicírculo hecho de plantas frente al cual se hacen sahumeros con una resina aromática llamada copal y hacia donde se arroja agua bendita, es decir, se "riega" hacia los 4 puntos cardinales y hacia el centro. Esto hace evidente la persistencia de la importancia de los puntos cardinales en la cosmovisión prehispánica. A cada figurilla que representa a los "aires" se le reza una estación del rosario. Es peligroso acercarse o pasar cerca del lugar porque entonces uno puede llevarse la enfermedad o perder la sombra.

b. El *coacihuiztli*

Esta enfermedad es la materialización de los malos pensamientos de una persona que ha nacido con el "Don" de arrojar esta enfermedad. Se trata de personas muy envidiosas. El *coacihuiztli* es una enfermedad caliente y contagiosa que puede recidivar. Consideran que Dios les da el poder de transmitir esta enfermedad a un número limitado de personas.

Se sirven de oraciones y del ayuno para enviar el *coacihuiztli*. Puede transmitirse soplando. Algunas personas son capaces de percibir la enfermedad cuando está flotando en el aire, ven unas pequeñas flamas, como si fueran luciérnagas. Pueden dejar la enfermedad en cualquier lugar, en una silla, en el aire, en los senderos... Incluso la pueden transmitir al saludar con la mano. Uno puede contagiarse al pasar por los caminos.

Característicamente el enfermo se siente desesperado, presenta anorexia, dolor de huesos, mialgias y artralgias, problemas respiratorios, inflamación generalizada, eczema, insomnio, disuria e incapacidad para deambular. Inclusive puede enloquecer.

El diagnóstico se hace mediante los sueños o dándole masajes al enfermo. El tratamiento consiste en dar masaje con la saliva del curandero. También se utilizan alucinógenos.

c. *Tetlanonoxilia* o "cochinada"

Existen diferentes maneras de denominar a la brujería. A éste tipo de maleficio también se le llama "ajeno" o "granos". La cochinada es una enfermedad enviada por personas llamadas *tlaminque* o *chapulineros*, es decir, aquellos que pueden arrojar "chapulines", tomando como referencia al insecto que de repente brinca. Se considera que estas personas pueden transmitir esta enfermedad en la comida o en la bebida que consumirán aquellos a los cuales odian, incluso pueden arrojarles la enfermedad en el aire. Estos enfermos pueden llegar a enloquecer.

d. El *Mal de Ojo*

Algunos autores consideran que esta creencia tiene origen europeo dado que se le encuentra extendida en España, en algunas regiones rurales de Francia, en el sur de Italia, en Europa del este y en Turquía. Sin embargo, también se trata de una creencia prehispánica. Hay que pensar en los fenómenos universales.

En la época prehispánica esta creencia podía ser causada por los *ixchicauhque*, es decir aquellos que tenían la mirada pesada. El paciente afectado por el "mal de ojo" presentaba los siguientes síntomas: enrojecimiento de los ojos, lloriqueos, debilitamiento progresivo, tristeza, y finalmente la muerte. Todo ello era provocado por la mirada de alguien sobrecargado de energía sobre alguien desprovisto de ella. Actualmente en la región del Alto Balsas existen dos tipos de "Mal de Ojo":

- *Ixtencualolixtli*: el "Mal de Ojo" que ataca a los adultos. Los ojos se enrojecen y hay muchas secreciones purulentas.

- *Tlaixuihli (ztli)*: el "Mal de Ojo" de los niños. Los infantes presentan llanto, secreciones purulentas en los ojos, mialgias y fiebre.

e. Enfermedades propias de los "naguales"

Oquiyoicuaque: significa que "le mataron, comieron o robaron su corazón". Es un maleficio mortal. Hay que recordar que el corazón en la época prehispánica alojaba a una importante entidad anímica la cual se ocupaba de la vida de relación (23).

Ocaciqueiscuintzin: significa que "le atraparon su animalito". Hay llanto y también puede conducir a la muerte.

Los pobladores creen que los naguales son personas con poderes extraordinarios. El nagualismo es uno de los conceptos más fascinantes de la cosmovisión mesoamericana.

Los *Wixáritari*

Respecto a los *Wixárikas* del norte del estado de Jalisco, junto con Aceves y Lara, hemos investigado sobre el concepto de enfermedad mental que ellos denominan *Mayaxiákame* y sobre un síndrome ligado a la cultura que denominamos "la embriaguez de lo divino" (19).

El comportamiento que identifican en un individuo con *mayaxiákame* lo dividimos arbitrariamente en tres grandes aspectos. El primero se refiere al discurso. Los entrevistados mencionaron que los *mayaxiákate* (plural de loco) dicen incoherencias, platican lo que no es, de lo que se imaginan, de las visiones que tienen, y en ocasiones hablan solos o no pueden contestar a las preguntas. El segundo de los aspectos comprende la descripción de su manera de actuar, indicando que actúan con "incoherencias", caminan conforme son guiados por sus pensamientos, huyen, corren, andan "encuerados", no se bañan, persiguen a los niños y con esto pueden provocar accidentes. En tercer lugar encontramos lo referido a los sentimientos experimentados por el "enfermo": sensaciones de rareza y de persecución, además de vergüenza. Otras manifestaciones de la enfermedad fueron referidas como la muerte, los ataques, estar "mal en sus pensamientos", y como la pérdida del sentido.

En cuanto al tratamiento, cabe mencionar cuál es la idea que tienen sobre la manera en que debe ser atendido y curado el *mayaxiákame*. La persona que determina el tratamiento a seguir es el cantador, *maraakame* o *chamán*.

Las variantes mencionadas referentes a la enfermedad mental o "*mayaxiákame*", las clasificamos en base a la etiología dada por los informantes, ya que es a partir de ella es que se determina el tratamiento. En primer término encontramos dos categorías, las personas que nacen con la enfermedad y las que lo adquieren durante la vida. En el primer caso las personas entrevistadas consideran que es consecuencia de algunos hábitos de los padres, como el alcoholismo, el consumo de marihuana, el mal cuidado y la falta de atención médica durante el embarazo, así como también relacionan con ello los *sustos* de las madres embarazadas.

En cuanto al síndrome de la "Embriaguez de lo divino" arriba mencionado, los indígenas le llaman: *Kierixiet*. Este síndrome se presentó en jovencitos de los albergues

de la comunidad huichol de Cajones, Nueva colonia y Pueblo Nuevo en el estado de Jalisco.

El grupo étnico wirárika o huichol se encuentra en un proceso abrupto de transformación con el objeto de ser integrado a la cultura nacional. Dicho proceso ha provocado un desequilibrio en su dinámica social.

Tal situación de rápido cambio sociocultural han sido muchas veces implicado como causa de psicopatología. Esto se puede observar en la mayoría de las etnias del mundo, de las cuales se han descrito una serie de enfermedades mentales ligadas a la cultura.

Esta investigación etnográfica retrospectiva aborda un fenómeno de trance que se ha estado presentado en algunos de los albergues de la zona huichol, con la finalidad de entender el problema desde el marco cultural en el cual se presenta. El instrumento utilizado para la obtención de los datos fue la entrevista a profundidad.

El *Kierixiyá* consiste en ser "poseído" por el kieri, una planta psicotrópica que contiene escopolamina a la que muchos huicholes le atribuyen poderes maléficis. Aparece frecuentemente de manera endémica, prevaleciendo en mujeres adolescentes. Las personas "poseídas" pasan por periodos de histeria y después supuestamente pierden el conocimiento. Las personas que padecen este trastorno tienen el antecedente de haber consumido la planta y no haberle cumplido lo que le tenían pactado. Sin embargo, el término que mejor designa a este síndrome cultural es la palabra *Kierixiet*.

El *kierixiet* consiste en sueños y visiones no agradables. Generalmente en las visiones se manifiesta el kieri en forma de animal o gente que le indica al individuo lo que debe hacer, le ofrece comida o le muestra objetos. El paciente hace gestos, habla, grita, corre, se golpea, puede atacar si se le trata de controlar. Las manifestaciones duran de 20 a 45 minutos, y se autolimitan. Se debe a que un *mara'akate* aliado del Kieri ha realizado un embrujo para enfermar al afectado por medio de ofrendas (flechas y vasijas votivas). El mensajero *hauwayacame* (el polen) los contagia: un *mara'akame* de la comunidad de Cajones refirió que percibía a los niños cubiertos de un "polvo amarillo", consecuencia del Kieri, por lo que la enfermedad es un castigo por romper con "el costumbre".

Perú

Refiere Elferink (24) que entre las enfermedades que, según los hechiceros, eran comunes en el Perú, estaba la "*waca macasca*", que significa literalmente "*atacado por la huacá*", y es muy probable que se trate de un desorden mental. La palabra ha sido traducida por melancolía o locura, pero de hecho el significado no está claro, lo mismo sucede con varias enfermedades de los Incas del antiguo Perú.

Hermilio Valdizán publicó varios trabajos sobre la patología mental en diversos grupos étnicos. Javier Mariátegui hizo un "*ensayo de interpretación de la obra de Valdizán*".

Renato Alarcón en la *Revista Latinoamericana de Psiquiatría* hace un recuento crítico de las aportaciones señeras de Carlos Alberto Seguí respecto a la psiquiatría cultural. Alarcón evidencia la falta de claridad que Seguí maneja respecto a las definiciones de psiquiatría folklórica, etnopsiquiatría y psiquiatría transcultural (25).

Señala Alarcón que fue precisamente Seguí el que articuló hace casi treinta años lo que hasta entonces se sabía en el área de lo que él llamó "psiquiatría folklórica" a nivel latinoamericano. Un extenso artículo, titulado "*Introducción a la Psiquiatría Folklórica*" en el número con que *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* celebró en 1974 su vigésimo aniversario, puede ser considerado como la clarinada formal de este ejercicio epistemológico con que Seguí intentó inaugurar muy probablemente un diálogo destinado tanto a la perfección conceptual de la sub-disciplina, como a la delineación de la identidad de la psiquiatría latinoamericana (25).

La psiquiatría transcultural es, para Seguí, fundamentalmente un esfuerzo "*por reducir las variantes culturales a cuestiones sin mayor trascendencia*", y a explicar las diferencias en torno a la experiencia de entidades clínicas tradicionales como la esquizofrenia y la depresión en diversas sociedades, como "*modificaciones patoplásticas de cuadros patogénicamente iguales*". De hecho, Seguí reduce la psiquiatría transcultural a su componente comparativo y, aunque reconoce el valor de la relatividad cultural como un paso adelante en la comprensión integral de la enfermedad mental en toda latitud, enfatiza las ventajas de la biografía sobre la biología (26).

Seguí define a la psiquiatría folklórica como "*el estudio de las ideas, las creencias y las prácticas que se refieren a los cuadros psiquiátricos y su tratamiento, mantenidas por tradición popular, aparte y en contra de lo aceptado por la cultura dominante en el medio en el que se presentan*" (27).

Seguí nos dice que la etnopsiquiatría estudia conceptos y prácticas "psiquiátricas" en tanto que ellas se actualizan en o forman parte del "seno mismo de su cultura de origen", armonizan con su religión y filosofía y son aceptadas, respetadas y apoyadas por los poderes políticos y religiosos (28).

Seguí y Mariátegui consideran que el desarrollo de la psiquiatría social dentro de la región ha destacado sus complementarios aspectos transculturales y epidemiológicos. Entre las variadas temáticas destacan los síndromes psicóticos influenciados por valores culturales, los síndromes psiquiátricos nativos, el psicósíndrome de desadaptación del inmigrante, el alcoholismo, las carencias alimentarias como factores patoplásticos de trastornos mentales y la psicopatología de los cuadros morbosos producidos por el uso de alucinógenos o de hoja de coca (29).

Uruguay

Como primera etapa de un proyecto de investigación en Psiquiatría Antropológica en Uruguay, la Dra. Bepaldi realizó una encuesta de amplio temario a 133

personas entre el público de hospitales montevideanos. Indagó sobre la delimitación nosográfica de afecciones psíquicas, su sintomatología y etimología, y las preferencias para el tratamiento, diferenció un síndrome más leve (“*nervios*”) con insomnio, inquietud, mal carácter, tristeza, adelgazamiento, hiporexia y cansancio. Y un síndrome más grave (“*locura*”) con comportamientos incomprensibles, agresividad, llanto, etc. Consideró que las tensiones psíquicas eran la principal causa etiológica junto con el consumo de drogas y alcohol o por herencia. En un porcentaje escaso de los encuestados (36% a 19%) las causas de enfermedad mental señaladas fueron: un “*daño o brujería*”; la voluntad o el castigo de Dios; enfriamiento; falta de higiene y limpieza; y la envidia que otros le tienen.

Entre 60 y 70% conocían el síndrome folklórico del “*mal de ojo*” (siempre incluyendo dolor de cabeza; casi la mitad conocía “*yuyos*” o hierbas medicinales para los trastornos psíquicos pero ninguno ubicó la denominada enfermedad del “*susto*” (30, 31).

Venezuela

El venezolano Carlos Rojas ha insistido en el tema de la psiquiatría cultural no sólo de su país sino del continente. Rojas (32) rescata la profunda interpretación de Alejandro Moreno y su descubrimiento del *homo convivial* en los barrios pobres venezolanos.

También señala cómo los cultos ancestrales a la madre tierra pueden estar vinculados a la costumbre que todavía se observa en los campos venezolanos, de “*enterrar el ombligo*” de las criaturas; y que en Venezuela se recomienda no exponer a los niños recién nacidos a la claridad de la luna llena pues “*coger frío en la mollera*” puede producir un pasmo.

También son interesantes las aportaciones de la antropóloga Jacqueline Clarac de Briceño y sus investigaciones

sobre la “*La enfermedad como lenguaje en Venezuela*”, donde estudia distintos sistemas de búsqueda de asistencia sanitaria en la cultura venezolana, en la que no está excluida la aproximación al Culto de María Lionza, una religión en formación con los tres componentes más representativos del mestizaje venezolano, es decir, el negro, el blanco y el indio, en Cortes Celestiales y altares característicos del culto (33). A ello hay que agregar el descubrimiento del mito de Arca y Arco en los páramos andinos de Venezuela. Según sus investigaciones Arca y Arco descendieron de una guerra que hubo en los cielos. Arca bajó con una pimpina de agua en sus brazos de donde comenzó a tomar pequeñas cantidades en el cuenco de sus manos, que iba luego arrojando en algunas planicies andinas, de donde surgieron las múltiples lagunas que por allí existen. Arca y Arco no tuvieron hijos, pero exigen sacrificios regulares de cerditos recién nacidos o las primeras mazorcas de las cosechas, que deben ser entregadas ritualmente a las lagunas. Algunas mujeres embarazadas que desarrollan cuadros psicóticos, tienen el temor delirante de que les roben los hijos para entregarlos a la laguna, y también ocurre que alguna enferma del pueblo sienta incorporado el espíritu de arca y exprese su intención o necesidad de apropiarse de algún niño, lo que ocasiona grandes temores en las mujeres embarazadas (34).

Conclusiones

Hemos contemplado, a vuelo de pájaro, algunos de los trabajos latinoamericanos que manifiestan un peculiar interés por la psiquiatría cultural. Evidentemente falta mencionar a muchos otros, pero eso ya será tema de una investigación de largo aliento. Sirvan estas líneas como una seria motivación para que las nuevas generaciones, y las actuales, le brinden una parte importante de su esfuerzo clínico y académico al estudio de la psiquiatría cultural ■

Referencias bibliográficas

- De la Fuente R. Proceedings of the V World Congress of Psychiatry, México, 1971.
- Littlewood R. From categories to contexts: a decade of the new cross cultural psychiatry. *Brit. J. Psychiatry* 1990; 156: 308-327.
- Villaseñor-Bayardo SJ. La etnopsiquiatría. Nociones generales sobre su origen y desarrollo. *Salud Mental* 1994; 17 (2): 16-20.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM- 5. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Ballús C. Razón y actualidad de la psiquiatría transcultural. Editorial. *Rev. Psiquiatría Fac Med Barna* 2000; 27 (4): 185-186.
- Alarcón R. Conferencia Magistral en la Sesión Inaugural del XXIII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, Punta del Este, Uruguay, Noviembre 18, 2004.
- Alarcon R. Identidad de la Psiquiatría Latinoamericana. México: Siglo XXI Editores; 1990.
- Niño Amieva A. Psiquiatría y humanismo en la República Argentina. En: Villaseñor Bayardo Sergio J, Rojas Malpica C, Garrabé de Lara J, editores. Antología de textos clásicos de la psiquiatría latinoamericana. Guadalajara Jalisco: Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales A. C; 2011. p. 17-18.
- Pagés F. Los significados del uso de la ayahuasca entre los aborígenes chama (Ese'Ejja) del oriente de Bolivia: una investigación transcultural. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1979; 25 (3): 253-68.
- Pagés F. La Esquizofrenia en tierra de aymaras y quechuas. Buenos Aires: Drusa; 1967.
- Hollweg MG. La psiquiatría transcultural en el ámbito latinoamericano. *Investigación en salud* 2001; III (1): 6-12.
- Alarcón R. Identidad de la Psiquiatría Latinoamericana .Op. Cit.
- Rubim de Pinho. Fragmentos da psiquiatría Transcultural. Salvador Bahia: EDUFBA: 2002.
- Uribe CA. Narración, mito y Enfermedad mental: hacia una psiquiatría cultural. *Revista Colombiana de psiquiatría* 1999; XXVIII (3): 219-238.
- Uribe CA. Magia, brujería y violencia en Colombia. *Revista de Estudios Sociales* 2003; 15: 59-73.
- Bustamante JA, Santa Cruz A. Psiquiatría Transcultural. Editorial Científico-Técnica; 1975. p. 27.
- León-Andrade CA, Lozano A. Raíces culturales de la Psiquiatría en el Ecuador. *Psiquiatría.com* [revista electrónica] 1997 Junio [citado 124 marzo 2008]; 1 (2): [15 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol1num2/artic_2.htm.
- Chávez C, Pol F. ¿Yabíl xane K'oqil? ¿Enfermedades o Consecuencias? Seis psicopatologías identificadas y tratadas por los terapeutas Maya 'ib 'K 'iche ib'. Guatemala: Asociación Médicos Descalzos - CHOLSAMAJ; 2012. p. 29-30.
- Villaseñor-Bayardo SJ. Apuntes para una etnopsiquiatría mexicana. Universidad de Guadalajara; 2008.
- Villaseñor-Bayardo SJ. Viento y Arena, testimonios de un pueblo nahua. Universidad de Guadalajara; 2008.
- Aguirre-Beltrán G. Obra antropológica VIII. Medicina y magia. El proceso de aculturación en la medicina colonial. UV/INI/GEV/FCE; 1992. p. 385.
- Barriga F, Ramírez J. Etno-Patología xaliteca. *México Indígena* 1986; I.N.I. (9): 50-54.
- López-Austin A. Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas. 2 vol. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1984. Vol. 1 p. 409. Vol. 2 p. 334.
- Elferink JGR. Desórdenes mentales entre los incas del antiguo Perú. *Revista Neuro-Psiquiatría-T* 2000; LXIII (1-2).
- Alarcón R. Desarrollo y estado actual de la psicología en el Perú. *Rev Latinoam Psicol* 1980; 12 (2): 225-235.
- Seguín CA. Psiquiatría tradicional y psiquiatría folklórica. En: Vidal G, Alarcón RD, editores. Psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1986. p. 630-640.
- Seguín CA. Introducción a la psiquiatría folklórica. *Acta Psiquiat Psicol. America Latina* 1974; 20: 3-34.
- Seguín CA. Psiquiatría folklórica. En: Vidal G, Bleichmar H, Usandivaras RI. Buenos Aires: Enciclopedia de Psiquiatría; 1979. p. 588-592.
- Seguín CA. Mariátegui, J. Perspectivas de la investigación psiquiátrica en América Latina. *Acta psiquiat psicol Amer lat* 1975; 21: 175-184.
- Bespaldi de Consens Y. Conceptos populares en salud mental en Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 1989; LIV: 197-211.
- Bespaldi de Consens Y. Uruguay: subcultures under apparent cultural uniformity. En: Al-Issa I. Handbook of mental illness: an international perspective. Madison, Connecticut: International University Press, 1995.
- Rojas-Malpica C, Alarcón R. Marco histórico y cultural de la psiquiatría latinoamericana. *Investigación en Salud* 2000; II (2): 82-91.
- Clarac de Briceño J. La enfermedad como lenguaje en Venezuela. Mérida, Venezuela: Universidad de los Andes; 1992.
- Clarac de Briceño J. Dioses en el exilio. Representaciones y prácticas simbólicas de la Cordillera de Mérida. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela: Ediciones del Vicerrectorado Académico. 2003.

Institución, subjetividad y psiquiatría

Horacio Vommaro

*Presidente de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).
Director del Curso de actualización en Psiquiatría con orientación en Neurociencias,
Facultad de Medicina, UBA.
Docente Libre de la Facultad de Medicina, UBA.
Director de Psiquiatría y Salud Mental de INEBA.
E-mail: hvommaro@ineba.net*

Resumen

El denominador común es la intersubjetividad vincular que atraviesa tanto lo biológico, lo psicológico como lo social y cultural. El marco social y cultural es donde se inscribe el malestar subjetivo contemporáneo. No olvidemos que lo social y la cultura son factores importantes en el proceso de subjetivación, es decir la forma en que se organiza el deseo y la fantasía. A su vez las modificaciones en la subjetividad generan nuevas espacialidades y temporalidades. El espacio y el tiempo no son simplemente contenedores físicos de la acción humana, sino que representan, en un mismo momento, al contenedor y a los contenidos de las prácticas sociales.

Las instituciones en su relación con la subjetividad tienen como basamento a los sujetos presentes en su nacimiento como actores y portadores de las mismas. Las tramas vinculares en que el sujeto está inmerso nunca son un elemento aislado, expresan la articulación de los sucesivos ámbitos institucionales y sociales.

El desafío es pensar de manera diferente la demanda actual, no sólo por cómo abordarla sino fundamentalmente por las características diferenciadas de cómo se expresa la subjetividad y el tipo de representaciones sociales. Ya no basta con una clínica que tenga en cuenta el factor social, hay que generar una clínica del sujeto social y vincular. Se trata de ir construyendo una subjetividad historizada para poder actuar sobre el presente.

Las nuevas realidades sociales atraviesan nuestra práctica clínica y configuran un nuevo escenario social y cultural que nos obliga a reflexionar sobre estos cambios y a pensar en los ajustes necesarios en nuestras prácticas y saberes

Palabras clave: Subjetividad - Institución - Neurociencia- Trauma - Familia - Psiquiatría.

INSTITUTIONS, SUBJECTIVITY, AND PSYCHIATRY

Abstract

The common denominator is the interactive intersubjectivity in the biological, psychological, social, and cultural contexts. Contemporary subjective distress is rooted in these last two areas. It is important to consider that social and cultural factors are relevant in the process of subjectivity, that is, the way desire and fantasy are arranged. Therefore, the modifications in subjectivity generate new spatialities and temporalities. Space and time are not simply physical containers of human action but represent, at once, the container and contents of social practices.

The fact that subjects are present at birth as both actors and carriers of institutions constitutes the foundation of these institutions in relation to subjectivity. The relational frames in which the subject is immersed are never a single element, but they express joint successive institutional and social spheres.

The challenge is to think current demand differently, not only in the way it should be addressed, but mainly by the different characteristics of how subjectivity and the nature of social representations are expressed. Nowadays a clinical procedure that only takes into account the social factor is not enough - a clinical procedure for a social and interactive subject is required. The objective is to build a historicized subjectivity to enable taking action on the present.

New social realities affect our clinical practice and form a new social and cultural context that forces us to reflect on these changes and think about the necessary adjustments in our practice and knowledge.

Key words: Subjectivity - Institution -Neuroscience - Trauma - Family - Psychiatry.

Introducción

La historia de la psiquiatría estuvo vinculada con la subjetividad predominante de cada época y esta constituyó uno de los factores que contribuyó a su enriquecimiento. Henry Ey refería que: *“Lo que la psiquiatría le debe al psicoanálisis, es el haber recuperado, gracias a Freud, el sentido de su propia existencia [...] el del hombre vuelto a su naturaleza imaginaria”* (1).

La problemática de la subjetividad estuvo investida de una preocupación cultural y la historia de las ideas psiquiátricas no transcurrió desligada de la historia cultural de la subjetividad. De hecho la nosografía nunca ha dejado de acompañar a los avatares de la cultura de la sociedad contemporánea. La subjetividad como eje fundamental de un pensamiento psicopatológico que incluye los condicionantes sociales y culturales operantes en la producción del conocimiento científico. No es posible una categorización y un modo de hacer inteligible la conducta humana sin tener en cuenta sus condicionantes institucionales y subjetivos.

La práctica de la clínica en psiquiatría transcurre en una subjetividad vincular en todas sus facetas. La relación médico-paciente es un encuentro de subjetividades, por lo cual se establece, tomando en consideración un concepto psicoanalítico, un campo transferencial. También en el acto de medicar se produce una relación donde opera la palabra. La experiencia clínica muestra que en dispositivos de internación el fármaco puede indicarse como componente químicamente puro, como placebo, expresión de un campo atravesado por la sugestión y las creencias de quien lo da y quien lo recibe y siempre connotado por el significado que el psicofármaco tenga en la historia familiar y personal del paciente.

La problemática institucional atraviesa al cuerpo humano, densidad somática atravesada por las contradicciones sociales; y corporalidad sufriende de las presiones y las violencias que minan, su validez, su unidad psicofísica, su salud.

Se trata de desarrollar subjetividad y constituir institucionalidad que posibilite un despliegue de una cualidad diferente sin aprioris prejuiciosos. Un ejemplo es la familia, en que se incluye el bebé, que como institución de contexto social primario actúa a través de espacialidades y temporalidades de transmisor de psiquismo y subjetividad. El infante precisa de espacio y tiempo para poder diferenciarse de los otros coexistentes y advenir sujeto. Las instituciones como la familia son parte de la trama simbólica que sostienen subjetividades.

El sujeto, por tanto, es constituido a partir de la marca de la cultura cuya intervención define lo humano de la vida.

Finalizando la introducción al tema cabe agregar que la mente y las estructuras cerebrales son principalmente fenómenos sociales y culturales. El cerebro se configura y se transforma a partir del medio familiar-social. Es un órgano formado social e históricamente. La psiquiatría abarca la interrelación de lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural, por lo tanto, no le es ajena sino que forma parte de su quehacer el hombre en relación a su

medio y como sujeto singular. En psiquiatría es la subjetividad misma el objeto central de la teoría y de la práctica. Por eso es particularmente importante la impronta de la institución y la subjetividad como parte de una clínica basada en los relatos verbales y en el comportamiento de un sujeto.

Iniciando el camino

Desarrollaremos algunas de las vías regias para indagar sobre las instituciones, la subjetividad y las modalidades psicopatológicas. Una de estas vías es la relación médico-paciente como uno de los aspectos fundamentales de la clínica. De la relación médico-paciente, se remarca su carácter de encuentro de dos o más sujetos, esto es una relación que no sólo es encuentro de subjetividades, sino también producción de nueva subjetividad, destacando su singularidad (2).

Toda forma de relación en la atención expresa un modo de lazo social. Por eso no se trata sólo de una mera tarea individual, sino también de carácter social en la cual están comprometidos tanto el profesional como el paciente.

Es necesario remarcar que los especialistas encuentran las condiciones propicias para llevar a la práctica clínica de manera integral el lema: *“la medicina es ciencia y arte”*. En diferentes ateneos o jornadas sobre este tema se ha manifestado que es frecuente que las condiciones actuales de trabajo y de vida incidan en la relación médico-paciente, quitándole singularidad y reduciendo riesgadamente su capacidad de producir renovada subjetividad.

En esas circunstancias domina la escena una modalidad de abordaje que interviene sobre una diversidad (sujetos con sufrimiento psíquico y/o psicopatología) como si todos fueran iguales, lo cual termina desmintiendo esa singularidad. Si además se legitima como práctica, se puede estar frente al riesgo del *“como si”* o del simulacro. Sustitución de la representación por la simulación, fase última de la imagen que termina por aniquilar a su propio referente. Se consuma el crimen perfecto: se mata la cosa y la palabra.

Los maestros de la medicina, eran maestros del arte de curar y el paradigma era: *“El fundamental instrumento del médico es la silla”*. Si esta relación pierde su fundamental carácter de encuentro de subjetividades y se transforma sólo en implementar tecnología médica se corre el riesgo de desnaturalizar el acto médico.

Se deshumaniza incluso el acto de medicar generando una relación entre la objetualización del sujeto y la objetivación del medicamento. Se desubjetiviza el arte de curar transformándolo en *“prestación”*. El arte es un don, a diferencia del prestar.

En la clínica se ha aprendido que no hay enfermedades sino enfermos y que la relación médico-paciente es una relación entre personas. Sino el riesgo es privar a la clínica de su especificidad, de sus características conjeturales y de la incertidumbre que muchas veces generan las distintas problemáticas individuales a resolver. Otro riesgo es separar lo operacional de lo teórico, estimulando

do una visión de la clínica operacional y tecnocrática "autónoma" al saber teórico.

Otra vía regia es la de tener presente que los criterios de salud y enfermedad se han ido modificando en las diferentes épocas histórico-sociales. Es evidente la evolución tanto del concepto de salud/enfermedad como de las teorías que tratan de explicarlo. Los conceptos de salud y enfermedad están culturalmente determinados (3).

La Salud debe ser concebida como al cuidado del conjunto de la sociedad y no sólo como tarea de los que han recibido formación específica. Cuando la sociedad instituye una serie de derechos sociales concretos, también está asumiendo la obligación de realizar estos derechos. Para soslayar esta responsabilidad social, hay quienes invocan razones de carácter técnico-económicas, obviando peligrosamente que el objeto de la salud no es de un modo exclusivo el individuo o los conjuntos sociales, sino también las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y a su comunidad.

Hay una deformación profunda cuando se habla de recursos en salud. La Salud de un país no está sólo en función del P.B.I., sino que está en relación con las mejoras de las condiciones de vida, que no implican solamente la riqueza material. La Salud está en relación con la educación, la justicia, el medio ambiente, la participación democrática, las relaciones interpersonales, etc (3).

Las expectativas de la sociedad con respecto de la salud se han ido modificando a lo largo de la historia. Fue primera la tarea de detectar síntomas y signos de las enfermedades, darles un sentido y construir cuadros clínicos, luego clasificarlas y tratar de aliviarlas. Hoy estas expectativas apuntan a que la medicina brinde certidumbres diagnósticas, terapéuticas y pronósticas.

La Salud Mental es una parte esencial de la Salud en general. Es una parte diferenciada de la salud de la persona, en el sentido de que lo mental es la cualidad de la vida que más exquisitamente distingue a la persona humana. Es un estado de la persona que implica la posesión de las máximas posibilidades de cuidado de la vida así como de mejoramiento de su calidad (3).

La Salud Mental es inescindible de la Salud general. Es un proceso evolutivo y dinámico de la vida que está relacionado con el desarrollo neurobiológico, los vínculos familiares, la inclusión social, la calidad de vida, el grado de realización personal y una relación de equilibrio entre las potencialidades del individuo y las demandas sociales.

Por eso la importancia de revalorizar la clínica, lo cual implica un replanteo teórico que posibilite entender de una manera diferente la ecuación salud-enfermedad-atención. Revalorizar la clínica conlleva comprender que el desarrollo vital, la historia del sujeto y sus modos de estar en el mundo significan algo más que procesos físico-químicos.

Cuando hablamos de atención en Salud es importante vincular los procesos de salud-enfermedad con las condiciones de existencia de las personas (relaciones

familiares, comunitarias, participación social, empleo, vivienda, continencia grupal, etc.). Este criterio constituye una guía en las estrategias de atención y en el armado de los dispositivos institucionales.

No hay vida humana sin trauma, pero depende de condiciones individuales y sociales que deje o no secuelas.

Algunas consideraciones sobre los ejes más importantes en el mundo de las ideas predominantes. La primera es la de la naturalizar los constructos históricos-culturales. En salud el diagnóstico es una construcción en cada momento histórico y muchas veces es presentado como si fuese un fenómeno natural ajeno a la subjetividad del sujeto y presentado como serie de males ajenos a los sujetos obligados a padecerlos como si fueran fenómenos naturales. El discurso cientista es utilizado como encubridor, generando riesgadamente la idea de una causalidad biológica que desvincula al sujeto de su implicancia. Si bien el discurso cientista no es una vía regia de acceso a la subjetividad, tiene consecuencias sobre la misma.

En un mundo donde la palabra fue perdiendo su significado para ser pervertida en su uso abusivo; donde la palabra fue dejando de tener el carácter de involucramiento y compromiso por parte de quien habla, se publicitan medicinas supuestamente para acallar los malestares inherentes a los avatares del vivir (medicinas para el estilo de vida). El riesgo es que el médico deje de incluir la indicación de un determinado fármaco como parte de aliviar los síntomas de una enfermedad y el sufrimiento que los mismos conllevan para transformarse en un recetador y promotor del consumo de objetos que garanticen la "felicidad" y el "bienestar" en la vida.

La psiquiatría aporta a la medicina una nueva noción de síntoma. El síntoma con lleva lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural. Esta noción complejiza el criterio de causalidad biológica al integrarlo al de una causalidad psíquica vinculada a lo social y cultural. Los psiquiatras ocupamos un lugar en el que se nos interpela sobre cada uno de los componentes de esta noción de síntoma.

El sujeto no es sin lo social

La subjetividad individual se va estructurando en una bisagra que transita entre lo histórico-cultural y la historia singular de cada individuo. En la estructura misma del aparato psíquico ese lugar de interno no excluye, sino por el contrario, contiene su exterioridad.

Se puede hablar de individuo social (oxímoron) porque en él se manifiesta abiertamente junto al Yo singular, la existencia genérica (el conjunto de requisitos y facultades de la especie).

Su desvalimiento inicial hace que el cachorro humano quede ligado por siempre tanto al otro semejante como al Otro de la cultura.

En *Psicología de las masas* Freud recalca que "en la vida mental individual, aparece integrado siempre el otro; como modelo, objeto auxiliar o adversario y de este modo la psicología individual es al mismo tiempo y desde un principio psicología social en un sentido ampliamente justificado" (4).

El marco social y cultural es donde se inscribe el malestar subjetivo contemporáneo. No olvidemos que lo social y la cultura son factores importantes en el proceso de subjetivación contribuyen a la manera en que se organiza el deseo y la fantasía e inciden en los sentidos en que se organiza la cotidianeidad de la vida y las formas de vínculo entre los individuos. Así como también en la percepción de las necesidades y su búsqueda de satisfacción. Es frecuente que la estructuración subjetiva y el vínculo social se desdoblén clínicamente, y ése es el punto en el cual se obtura el análisis crítico del malestar contemporáneo.

En la demanda actual la perturbación psíquica se presenta cada vez más como una epidemia social. La producción social de subjetividad conlleva la eficacia de la acción por sobre la palabra, la velocidad de respuesta por sobre el tiempo para pensar, el pragmatismo por sobre la reflexión.

El sujeto está atravesado por el tipo de subjetividad socialmente instituida. La sociedad irrumpe cada vez más tempranamente en cada persona desde los inicios de la niñez a través de los medios de comunicación y de los enormes avances de la comunicación y la técnica. El llamado mundo globalizado implica que una parte minoritaria de los distintos países del mundo ejerza una influencia decisiva en las características de la cultura en general.

La sociedad actual genera la ilusión de la posibilidad de un consumo sin límites, ya no es la sociedad de la invención sino de la permanente innovación, lo cual tiene como efecto una insatisfacción constante que se observa en la clínica a través de patologías somáticas, crisis de angustia, adicciones, trastornos de la alimentación y ansiedad. En definitiva, el efecto de esta ilusión es quedar entrampado en la esclavitud del consumo.

Entendemos al ser humano como un ser básicamente social desde el nacimiento, y pensamos que la predisposición biológica por sí sola no explica las conductas que observamos en nuestra sociedad. Lo social no es sin sujeto, el sujeto no es sin lo social. El síntoma tiene un componente biológico, psicológico, social y cultural. Su aspecto simbólico se construye con otros y en el campo vincular.

Las tramas vinculares en que el sujeto está inmerso nunca son un elemento aislado, expresan la articulación de los sucesivos ámbitos institucionales y sociales. Es un concepto integrador que implica, en una relación tensional, encuentro de subjetividades. La intersubjetividad es superadora de la oposición entre lo constitucional y la cultura. Lo constitucional (la genética) necesita de la cultura (la experiencia). Los genes, el aparato psíquico y la experiencia colaboran estrechamente para modelar quienes somos.

Nuestras creencias, nuestros sistemas de valores, la cultura y el ambiente influyen sobre nuestra manera de actuar y comprender el mundo y sobre la organización social que tenemos.

La división mente-cuerpo impregnó el pensamiento occidental e influyó sobre las concepciones de enferme-

dad y salud. René Descartes es el iniciador de la ruptura metafísica mente- cuerpo conceptualizando dos sustancias, la *res cogitans* y la *res extensa* (5). Baruch Spinoza sostenía que sólo hay un tipo de sustancia, no es la mente, no es el cuerpo, es la mente y el cuerpo (6).

El cuerpo cambia como cambiamos nosotros. Es unidad, no es ni cabeza ni pies. Es la totalidad de la persona. El cuerpo es el campo primordial donde confluyen y se condicionan todas las experiencias. El cuerpo no está ni en el espacio ni en el tiempo, sino que él es espacio y tiempo.

Ante la subjetividad dominante que tiende a fragmentar y disociar, pensar al hombre como una unidad mente-cuerpo permite que la mirada clínica pueda construir históricamente al paciente centrando en el sujeto mismo y no exclusivamente en los síntomas. Pensar en una subjetividad historizada es entender al sujeto en su singularidad y en su trama social y cultural, esto es en una dinámica psíquica que no se sostiene en la división cartesiana.

Modalidades de subjetivación

En el contexto actual se desarrollan modalidades de subjetivación que afectan la lógica colectiva. La subjetivación dominante conlleva un debilitamiento de la esfera pública y de la práctica de los lazos colectivos.

La subjetividad dominante afecta los vínculos entre las personas, es parte de los factores externos inherentes a las fantasías y los deseos, y a la cotidianeidad de la vida de los individuos.

Hay una crisis de lazos de inclusión. En unos, la pérdida del trabajo fue generando una ruptura no sólo de la ligazón externa sino del andamiaje interno del sujeto. En otros, las modificaciones de las condiciones de trabajo generaron una sensación de incertidumbre y temor por la posibilidad de la pérdida del empleo, lo cual lleva a aceptar condiciones de trabajo muchas veces degradantes. No es sólo el derrumbe del mundo externo, sino también el desgarro del mundo interno lo que provoca un impacto emocional desorganizador. Este impacto moviliza sentimientos de desamparo y desesperanza, y provoca un hecho de manifiesta violencia: pérdida de los vínculos sociales, alteración de la imagen social y resquebrajamiento de la identidad individual.

Cuando hablamos de las distintas concepciones de trauma en Freud subrayamos la de trauma como desvalimiento. Si el trauma representa un peligro y compromete al cuerpo, en el escenario actual encontramos las condiciones para ubicar el trauma.

Este aporte freudiano es parte de la noción de conflicto psíquico. En una cultura predominante, donde se pretende escindir el conflicto de la normalidad, la llamada normalidad es sin conflicto. Es importante reinstalar, una vez más, que la vida humana no es sin conflicto.

Freud trabajó en reiteradas oportunidades en el tema de la psicopatología de la vida cotidiana. El poeta escri-

tor Eduardo Galeano hablaba de las vivencias pequeñas que explican la historia. El día tras día es expresión de la vida particular y social, con la aclaración que la vida social se muestra y se encubre en la vida cotidiana.

Es importante dar cuenta de las experiencias grupales y colectivas que intentan instituir una modalidad diferente de la subjetividad dominante.

Atravesamos una época en la que se modifican -en muchos casos- de manera radical, las formas tradicionales de vinculación y nucleamiento entre las personas. Se desarrollan nuevas formas de identidades de sujetos y grupos que se organizan en función de nuevas espacialidades y temporalidades. Se modifican los usos y costumbres, crece el descreimiento y la deslegitimación de las normas y reglas sociales vigentes. Se desarrolla un heterogéneo proceso a nivel de las subjetividades, las identidades y las prácticas sociales.

La emergencia de nuevas formas de sociabilidad (nuevas formas de relaciones sociales y políticas como canales autónomos de organización y de demandas sociales y políticas) para reivindicar derechos fundamentales debe ser analizada teniendo en cuenta los cambios sociales y culturales, productivos y organizacionales, introducidos por la globalización económica y la caída de las ideologías y la política. Uno de los efectos notorios es la transformación de las categorías de tiempo y espacio que ordenaban y organizaban la vida social (recordemos que las acciones humanas generan tiempos y lugares).

Como producto de estas transformaciones se producen nuevas comunidades sociales, nuevas formas de asociación, que conforman grupos que ya no responden a los criterios tradicionales y que hay que pensar con categorías nuevas. Son nuevas formas de agruparse alrededor de nuevos tipos de experiencias compartidas, que producen grupos nuevos, y por consecuencia nuevas formas de relación entre los individuos y nuevas formas de identidades, y de identificaciones que no son únicas, monolíticas ni uniformes. Tienen características distintas de pertenencia y referencia.

Lo anterior nos lleva a retomar dos categorías: el tiempo y el espacio, vistos como las dos evidencias básicas sobre las cuales la cultura modula e incorpora a los individuos que la integran, e imprime un sentido social a sus prácticas cotidianas.

La forma en que la cultura se reproduce desde sus diversas parcialidades (sociales, étnicas, de género, etc.), es precisamente la manera en que organiza socialmente los tiempos y espacios de la vida cotidiana.

El espacio y el tiempo no son simplemente contenedores físicos de la acción humana, sino que representan, en un mismo momento, al contenedor y a los contenidos de las prácticas sociales.

Como espacio entendemos la red de vínculos de significación que se establece al interior de los grupos, con las personas y las cosas. Entendemos al tiempo como el movimiento de esa red, con un ritmo, una duración y una frecuencia (7).

La apropiación de estos tiempos y espacios culturales es uno de los aprendizajes más tempranos que rea-

lizan los sujetos de todas las culturas. Todo proceso de socialización implica aprender el uso social de tiempos y espacios.

El territorio es un espacio socialmente producido, por lo tanto presupone un abordaje de distintas disciplinas, para ello es importante aceptar el no-todo de cada disciplina. Cada disciplina presupone un no-saber, a partir de reconocer la parte del no-saber se puede saber de la otra disciplina.

Siendo el territorio un constructo histórico-social, es *a contrario sensu* un espacio no natural. Es una producción humana que con lleva teoría y práctica. Es tentador tomar de la teoría sólo lo operacional, o entender la teoría sólo como repetición, sin el pensamiento crítico que enriquece la práctica.

La cultura también se ha transformado por el impacto de las comunicaciones y de las posibilidades nuevas creadas por las nuevas dimensiones de tiempo y espacio. La cultura actual se apoya, se crea y se reproduce también en las formas de relación social que abren ahora las tecnologías de comunicación e información. En el aspecto cultural de la vida social no sólo se ha integrado a la tecnología de comunicación como uno de sus fuentes, sino que ha ido ocupando un lugar cada vez más central en la vida misma de la sociedad.

Se alteran nociones tales como cercano y distante, lento y rápido, pasado y presente, actual y remoto, singular y universal.

Proceso heterogéneo a nivel subjetivo y de identidad. Para unos, desafiación y aislamiento; para otros, vuelta a abrigo y comunidad. Para un sector social, se refuerza la creencia en la competencia y el consumo; otro sector, vislumbró en esta ruptura un espacio de construcción de nuevas subjetividades e identidades de renovada configuración social y desarrollaron nuevas significaciones institucionales, nuevos soportes relacionales.

En nuestro país y en el mundo durante los años ochenta se produce un cambio en cuanto al rol del Estado. La característica principal de esta transformación es que el Estado se considera subsidiario de derechos sociales fundamentales como la salud y la educación, dejando de brindar el sostén posible que solía proporcionar. Con la modificación sustancial del Estado se modifican las prácticas hacia las instituciones (escuela, trabajo, familia, etc.), que implicaban la producción de una subjetividad laboriosa como organizadoras de la vida en lo privado y lo social. Desaparecen las acciones que les daban una modalidad, hasta entonces conocida, de entidad a las personas como sujetos sociales y se instalan en magnitudes cualitativamente distintas el desamparo y la desprotección. Se desarrolla desde la cultura dominante la ilusión de que las personas son responsables absolutas de su propia existencia.

Desde el discurso imperante se les plantea una inclusión simbólica, generalmente el consumo como posibilidad simbólica de pertenencia al mundo social, y las carencias reales producidas por el modelo imperante que dice incluirlos les niega dicha posibilidad. De esta manera se generan presencias ausentes.

Estas presencias ausentes conllevan sufrimiento psíquico: generan conflictos de compleja resolución que frecuentemente se expresan en síntomas tales como depresiones, accidentes, intentos de suicidio, estados de futilidad o apatía, violencia familiar o social y diversas enfermedades psicósomáticas en las que el cuerpo denuncia la imposibilidad de tolerar el fracaso y la frustración. El fracaso de la ausencia y la frustración de la presencia (8).

Curiosa paradoja de una época que paralelamente a la enorme y sofisticada producción, no cesa también de producir un elevadísimo número de personas que no tienen acceso a la misma. Realidad totalmente diferente con la idea de que el impetuoso avance científico-tecnológico, y el incesante aumento de la producción en un mundo cada vez más abundante en bienes materiales, permitiera albergar la esperanza de un desarrollo social que privilegiase el derecho del ser humano a vivir en plenitud. No ha sido así. El hombre de hoy vive en una sociedad que le niega más de lo que le afirma ese derecho (9).

Institución

Las instituciones en su relación con la subjetividad tienen como basamento que los sujetos están presentes en su nacimiento como actores y portadores de las mismas. Las instituciones son creaciones humanas y se construyen como la subjetividad en la intersubjetividad, porque la articulación de la cultura y el sujeto se relaciona con dos aspectos importantes: por un lado, qué lugar otorga cada cultura al sujeto; y por el otro, en el actuar el sujeto se singulariza y en la expresión de su pensamiento se universaliza, en la medida en que es también generador de cultura. Se puede hablar de individuo social (oxímoron) porque en él se manifiesta abiertamente junto al Yo singular, la existencia genérica (el conjunto de requisitos y facultades de la especie) (10).

En tanto la subjetividad surge en la ligazón y en el lazo relacional, está vinculada con la legalidad, con el Derecho y Ley en el sentido fundante. La institucionalidad subjetiva es fundante del psiquismo individual. Esto implica una relación entre el orden social de la normatividad y el orden normativo del sujeto. Un imperativo propio de la especie humana es la institución del sujeto.

La relación entre institucionalidad y la condición subjetiva de lo humano se puede pensar en dos sentidos con consecuencias distintas en cuanto a la actitud ante el problema humano de la causalidad. Uno es la concepción del sujeto autofundado y autosuficiente (responsables absolutos de su propia existencia); y el otro es la construcción institucional de la subjetividad como construcción cultural de un momento fundante (6).

Dos conceptos, dos maneras de comprensión, o un criterio del cerebro aislado autosuficiente o el hombre en relación con su medio, que porta una biografía única en relación a su singularidad como sujeto.

La idea del sujeto autofundado genera desamparo, en tanto desconoce que la causalidad psíquica es también una causalidad de orden institucional. Con lo cual, lo que es del orden del lazo social se presenta sólo como individual.

René Kaes plantea que *“la institución nos precede, nos sitúa y nos inscribe en sus vínculos y sus discursos... Hemos tenido que admitir que la vida psíquica no está centrada exclusivamente en un inconsciente personal, sino que una parte de él mismo, que lo afecta en su identidad y que compone su inconsciente, no le pertenece en propiedad sino a las instituciones en que él se apunala y que se sostiene por ese apuntalamiento”* (11).

El des-apuntalamiento de lo colectivo no es sinónimo de autonomía o de ser propietario de sí mismo. Cuando se fragilizan los soportes colectivos aumenta la indefensión de la persona. En definitiva, las instituciones son espacios de condensación de lo subjetivo y lo social.

René Kaes denomina al vínculo que se establece entre sujeto e institución como *vinculo instituido* y lo define así: *“Vínculo que se determina por efecto de una doble conjunción: la del deseo de sus sujetos de inscribir un vínculo en una duración y en una cierta estabilidad y la de las formas sociales que de diversas maneras reconocen y sostienen la institución de este vínculo”* (12).

Es importante remarcar la intersubjetividad como denominador común. Por eso desarrollaré, conjuntamente con subjetividad, someramente el monismo mente-cuerpo, lo genético y epigenético, la neuroplasticidad y las células en espejo.

Ignacio Lewkowicz (1999) utiliza el término *“subjetividad socialmente instituida”*. Afirma que *“la subjetividad no es el contenido variable de una estructura humana invariante sino que interviene en la constitución de la estructura misma”* (13).

Castoriadis relaciona las significaciones imaginarias sociales con la idea de solidaridad en el marco del pensamiento histórico-social, para mostrar la profunda articulación e interdependencia entre la psique y la sociedad (14). La subjetividad es producto de la incorporación de significaciones imaginarias sociales de la comunidad a la que el sujeto pertenece.

René Kaes y Janine Puget en *Violencia de estado y psicoanálisis* manifiestan: *“Pensamos que la inserción social es impuesta e incluye al individuo en una historia que le precede y pos-tcede, tiene una cualidad inconsciente y transforma al sujeto en transmisor y actor de una organización social en la cual se es sujeto activo y objeto pasivo. Será portador de un código referido a su pertenencia a la estructura social. La realidad social es entonces aquella que nos habla de todos los hombres existentes en un contexto dado”* (15).

Enrique Guinsberg aludiendo a subjetividad como procesos de constitución de la experiencia refiere que: *“consiste básicamente en la interrogación de los sentidos, las significaciones y los valores, éticos y morales, que produce una determinada cultura, su forma de apropiación por los individuos y la orientación que efectúan sobre sus acciones prácticas”* (16).

Las instituciones generadas por la modernidad funcionaron en su momento como espacios soporte de sociabilidad de los que concurrían a cada una de ellas. Me refiero a instituciones educativas, de salud, recreativas, políticas y sociales. Eran espacios que se definían a partir de las relaciones, la historia y la identidad de las personas es decir espacios de inclusión social. Estas

instituciones hoy están sujetas a las presiones de la globalización económica y los cambios sociales y culturales. Fenómeno que agravó una crisis de los lazos de inclusión, a la que contribuyó -década de los noventa mediante-, la pérdida de trabajo que fue generando un no-lugar, una no-circulación por la cultura, y una ruptura no sólo de la ligazón externa sino del andamiaje interno del sujeto. En el mundo a partir de 1980 el neoliberalismo modificó los lazos de los diferentes grupos, enfatizó la prevalencia del "individualismo" por sobre los compromisos solidarios vinculares. Esta situación provocó un hecho de manifiesta violencia: pérdida de los vínculos sociales, alteración de la imagen social y resquebrajamiento de la identidad individual.

Generó una crisis del orden institucional, el sistema de creencias que sostienen la legitimidad de los actos públicos se deterioró enormemente y aceleró una crisis de representación, en la que se cuestionó la representación. Esto modificó la relación representante-representado de manera sustancial.

Hoy se multiplican los espacios "desimbolizados", desprovistos de sentido, a los que se accede gracias al consumo. Teniendo presente que las instituciones soporte referidas implicaban espacios de subjetivación, podemos afirmar que las modificaciones de estas instituciones tienen consecuencia en la subjetividad y en las expresiones de violencia.

La afirmación de que la realización personal se da en base a la negación del otro hace emerger un nuevo tipo de violencia la violencia destructiva. El control social no asumido institucionalmente hace que la subjetividad y la violencia adquieran nuevas modalidades y dinámicas. La certidumbre del progreso y la ciencia como transformadora ha dado un viraje de 180 grados. No hay una exterioridad que determine sus acciones sino que es el mismo individuo. Ciudadanos que toman la justicia por su propia mano de manera paralela a la norma institucionalizada generan un sistema paralelo de normas.

Neurociencia

En la llamada década del cerebro muchos investigadores pensaron que había que buscar una anormalidad genética que diera cuenta de la causa de un trastorno psiquiátrico específico. La respuesta a este intento fue muy clara, los genes no codifican ni la enfermedad mental ni la conducta. En todo caso se puede plantear una genética compleja, que no se reduce a una genética dominante o recesiva simple, sino a un complejo conjunto de factores de riesgo que puede sesgar a una persona hacia una posible enfermedad pero no la causa. Por eso aplicamos el concepto de génesis y epigénesis. La génesis está vinculada a una genética compleja y la epigénesis comprende todo la etapa de maduración del cachorro humano, donde el sistema nervioso central y periférico, el sistema inmunitario y endocrinológico, y el aparato psíquico van articulándose en relación con el apego inicial madre-hijo, los estímulos externos-internos, sus vivencias y el complejo escenario familiar y cultural.

El infante nace con su sistema nervioso central inmaduro, y es a través de su interacción con las personas significativas de su contexto, que va madurando. Aprende nuevas maneras de relación con su entorno con la consiguiente selectividad de las conexiones sinápticas que dependen de la experiencia sensorial y social a través de la cual se va modelando su individualidad, con características propias e irrepetibles.

Lo psíquico, lo representacional, las inscripciones de las experiencias subjetivas modifican los circuitos neurofisiológicos. Un concepto que define claramente esta articulación es el de neuroplasticidad, que aporta el criterio de que las experiencias emocionales impactan y modifican los circuitos neurocelulares.

Para complementar este concepto es de destacar que, actualmente, neurociencia alude a la integración de todas aquellas disciplinas que tienen como objeto de estudio al sistema nervioso normal y patológico. Este nuevo enfoque trasciende lo exclusivamente biológico, entendido como única causalidad porque considera que el sistema nervioso se conforma a lo largo de la vida por la interacción de factores genéticos, procesos de desarrollo y factores ambientales. La neurociencia, entonces, se constituye como una disciplina científica que se propone comprender desde una perspectiva interdisciplinaria, las vinculaciones entre la cognición, la razón, la emoción y las relaciones anátomo-funcionales del cerebro.

El cerebro considerado tradicionalmente como una caja rígida e invariable, de acuerdo a su propiedad neuroplastica, pasa a ser un órgano dinámico; por lo tanto, biológico, social e histórico. En el desarrollo posnatal se expresan las cualidades de la plasticidad neuronal. No es un mecanismo que se activa por una lesión o traumatismo sino que es una propiedad del sistema nervioso central durante toda la vida. Este descubrimiento ya anticipado por Ramón y Cajal nos coloca ante tres afirmaciones:

- La plasticidad es inherente a cada sujeto.
- La experiencia de cada sujeto es única y tiene un impacto único.
- La plasticidad es el mecanismo por el cual cada sujeto es singular y cada cerebro único (17).

El sujeto humano requiere ser comprendido desde la complejidad. La biología molecular no redujo el estudio de las funciones en el humano de lo complejo a lo simple, a lo físico-químico, sino que recurrió a conceptos más complejos como información, código, mensaje, jerarquía.

El sujeto no está totalmente determinado porque no podría albergar nada nuevo, sería incapaz de transformarse. Tampoco es totalmente azaroso porque entonces no accedería a la historicidad.

Edgar Morín manifiesta que: "*El sujeto es una realidad compleja y abierta, comprenderlo implica desarrollar una mirada integral, multidimensional y la construcción de redes dinámicas y complejas*" (18).

Las neurociencias entienden un sujeto complejo desde la siguiente perspectiva:

El cerebro del hombre es el más complejo objeto psíquico del mundo viviente, por lo cual explicarlo presu-

pone abordar las diferentes miradas sobre el mismo, y sus intersecciones, es decir, las tramas vinculares en que el sujeto está inmerso y que expresan la articulación de los sucesivos ámbitos institucionales y sociales.

Así es como se fue organizando en el devenir histórico un cerebro más especializado para dar cabida a una mente más evolucionada.

Histéresis (quedarse atrás): Fenómeno por el cual un material presenta un estado de evolución que no depende sólo de la causa que lo provoca, sino también de sus estados anteriores. A modo de ejemplo aclaratorio, si se decide imantar una lámina de acero se lo puede hacer fácilmente, pero si luego se decide desimantarla comprobaremos que la lámina no vuelve íntegramente a su estado anterior sino que un 20% conservará la cualidad de imantación. Nuestras experiencias y vivencias quedan también registradas en el cerebro.

Giacomo Rizzolatti estudió un grupo de neuronas a las que llamó neuronas espejo y que dan correlato neuronal al campo imaginario y muestran como las conductas sociales se inscriben en el cuerpo (19). El caso de las neuronas espejo nos demuestra claramente que nuestro sistema nervioso central está destinado, irremediablemente, a la intersubjetividad. El niño está destinado, "armado", programado para la intersubjetividad y no solamente es producto de ella sino también portador de intersubjetividad.

Tramitación de lo traumático

Lo traumático de un acontecimiento se expresa en relación con el factor sorpresa y el efecto de horror. Situación inesperada en la que la persona queda perpleja con modificación de los tiempos y espacios conocidos. Situación que, por su velocidad y condiciones, se asemeja a lo siniestro (el horror de lo familiar) vinculado con lo que al principio enunciamos como ese lugar interno que no deja de ser externo en el encuentro contingente con el suceso exterior.

En *Malestar de la Cultura* Freud decía: "Ante hechos traumáticos de origen social los sujetos pueden reaccionar defensivamente presentando estupor inicial, paulatino embotamiento, abandono de toda expectativa, o con las formas groseras o finas de la narcotización de la sensibilidad frente a los estímulos desagradables..." (20).

Paradoja de la cultura predominante, mientras la idea del saber cómo lo útil y operativo cercena el pensamiento crítico y la posibilidad de interrogarse como acto que pueda inaugurar lo diferente, el trauma para poder ser tramitado presupone narrativa, darle lógicas de sentido, lo cual implica la posibilidad de ser imaginario como vía regia para su tramitación.

El desafío es que la tragedia no sea sólo trauma sino experiencia subjetiva. En definitiva, que no se celebre la vida con la muerte.

Se trata de que ese antes y después que marca la situa-

ción traumática pueda establecer un puente, la posibilidad de entender el sentido y la razón de la tragedia.

La vida humana no es sin conflicto, los conflictos son parte de la vida personal y social, pero depende de cómo se los tramite tanto individual como socialmente el tipo de consecuencias posibles que puedan ocasionar.

Subrayamos que en el curso de una psicoterapia se puede modificar la microestructura del cerebro y se pueden producir cambios neuroquímicos similares a los de los psicofármacos. Es la subjetividad actuando y modificando lo neurobiológico.

Freud desarrolló el principio de realidad y el principio de placer, agreguemos el principio de incertidumbre. El físico Werner Heisenberg desarrolló el principio de incertidumbre, es decir, la naturaleza probabilística de las mediciones. Afirma que cuanto mayor certeza se busca en determinar la posición de una partícula, menos se conoce su cantidad de movimiento lineal¹. Este principio implica un cambio básico en nuestra forma de estudiar la naturaleza, ya que se pasa de un conocimiento teóricamente exacto (o al menos, que en teoría podría llegar a ser exacto) a un conocimiento sólo de probabilidades y a la imposibilidad teórica de superar nunca un cierto nivel de error. Si medimos sólo la posición en que se encuentra una partícula perdemos la posibilidad de conocer su movimiento.

En la clínica esto se traduce en que si nos quedamos con lo estático del motivo de consulta perdemos la historia y subjetividad del paciente -esto ocurre con frecuencia en los llamados trastornos de la personalidad-, la diferencia entre lo descriptivo neuronal y lo percibido vivido.

No hay una sola estructura que garantice un buen posicionamiento en el mundo, por eso lo fundamental no es "salvar la vida humana", sino preservar lo humano de la vida.

El gran descubrimiento freudiano del inconsciente modifica el concepto del proceso del conocimiento y el de la relación del sujeto consigo mismo y con el otro semejante y el otro de la cultura.

Para construir esta narrativa hay que darle la palabra al sujeto para escuchar lo que no puede ser comprendido. La narrativa implica un encuentro que hace surgir la presencia del deseo. El deseo es disfuncional de lo biológico.

Se trata por lo tanto de no formatear a las personas, sino de escucharlas para entender que forma tienen. Recordemos que los otros semejantes y el Otro de la cultura, tienen lugar no sólo en la generación de los procesos patológicos, sino también en los procesos de cura.

En la práctica clínica nos encontramos con patologías de desamparo y desvalimiento fundamentalmente cuando el trauma fue provocado por humanos contra humanos. En muchas situaciones la familia no puede ser continente, más si ha sido parte, y entonces el contexto social y la respuesta del entorno social de acuerdo a la

¹ En 1927, año en que Heisenberg publicó el *Principio de Incertidumbre*, tuvo lugar en Bruselas el Quinto Congreso Solvay. Entre los asistentes Albert Einstein, Marie Curie y Max Planck.

calidad de la respuesta puede reforzar el trauma o servir de soporte y generar una red vincular reparadora.

La representación de lo antedicho es la posibilidad de recurrir a una terceridad como son las leyes, a los semejantes para restablecer lazos de humanidad que impliquen ser reconocido y reconocerse en ese vínculo.

Cuando lo que predomina es la fragmentación, el desconocimiento del Derecho-Ley fundante, la oposición inclusión-exclusión en la práctica funciona como exclusión- reclusión, y por lo tanto el otro como otro hostil; incrementa las situaciones de desamparo y desvalimiento que desgarran las redes vinculares y rupturan las apoyaturas que construyen y sostienen el psiquismo.

El psicoanálisis cumple una función política en la medida que como acto de creatividad posibilita un estatuto diferente de ciudadanía a través de un nuevo lazo social.

Para Hannah Arendt la política trata del estar juntos, la política nace en el entre los hombres, es por lo tanto no natural sino construcción humana (21). Surge en la ligazón, en el lazo social.

Aristóteles plantea que el viviente de la polis es un viviente en relación con los otros y buscando sentidos al bien común de sus integrantes a diferencia del viviente biológico².

En el mundo contemporáneo los puentes se han roto, una de las características de la individuación que genera este sistema es la tendencia al aislamiento, correlativa a una desactivación de lo colectivo y a una pérdida para grandes grupos humanos de la experiencia vívida de lo social y conlleva como consecuencia aparentemente paradójica la fragmentación y multiplicación de las demandas localizadas.

Se han alterado seriamente la vida cotidiana de amplios grupos sociales y la calidad de los vínculos entre las personas. El padecimiento social abarca la identidad estigmatizada, la desagregación social, la violencia urbana, los códigos de silencio y la carencia de perspectivas de futuro social y personal. Progreso y barbarie. Sofisticada producción, avances tecnológicos y científicos y simultáneamente barbarie que mata a los hombres, los despoja de todo, al mismo tiempo que "habla" de dignidad y libertad.

Todo individuo puede situarse en relación a un doble eje: el de la integración a través del trabajo y el de inserción social (articuladora de lo subjetivo y lo intersubjetivo). El trabajo posibilita una zona de integración.

El gran descubrimiento del psicoanálisis -dice Silvia Bleichmar- es haber planteado por primera vez en la historia del pensamiento que es posible que exista un pensamiento sin sujeto, y que ese pensamiento sin sujeto no está en el otro trascendental -también sujeto- ni en ningún lugar particularmente habitado por conciencia o intencionalidad (27). El gran aporte del psicoanálisis consiste en haber descubierto que existe un pensamiento que antecede al sujeto, que luego forma parte de un

espacio que no es el de la subjetividad reflexiva, espacio que denominamos inconciente, y que el sujeto debe apropiarse a lo largo de toda su vida de ese pensamiento. Dicho de otra manera, en la medida en que el sujeto está en el enunciado es un efecto de enunciado. El juicio de atribución es previo al juicio de existencia.

Los espacios diferenciados que se fueron construyendo en el ámbito social y territorial generaron la posibilidad de un sistema de relaciones sociales que individual y colectivamente les permita pensar en futuro. Son espacios que en muchos casos se constituyeron por fuera del Estado buscando desarrollar vínculos bajo las formas de derechos contra las prácticas que los destituyeron. En otros casos con relaciones de autonomía y dependencia con el Estado.

Se pulverizan formas tradicionales de asociación y agrupación y tienen cabida nuevas formas de identidad de grupos juveniles, conformados gracias a nuevas espacialidades y temporalidades, con nuevas lógicas de sentido y nuevas formas de pensamiento, acción e identificaciones que no son únicas, monolíticas ni uniformes. Como decía un joven de los institutos de menores: "*Si mi vida no vale nada, la del otro tampoco*", frase que encierra la terrible realidad de la fragmentación social, y el desapego por una vida que ha perdido el sentido de ser vivida.

En el discurso de los medios de comunicación la felicidad no es ya una opción sino una obligación. Sin embargo en nuestra práctica diaria nos encontramos con que el discurso predominante es una fábrica de hiperestimulación y de infelicidad.

Hay una generación que ha aprendido más palabras y ha escuchado más historias de la televisión que de sus padres. Recordemos que los hijos aprenden lo que viven. Es importante que los padres puedan tener una actitud rectificadora, mostrando que la aspiración de bienestar es un deseo que se construye y que no está al margen de ejercer el juicio de responsabilidad.

Es decir, revertir la trama en que el consumidor como producto cultural sustituyó al trabajador, al ciudadano y al amante.

En la lógica del consumo no ser consumidor es pasar a la condición de excluido. Es común escuchar *cruzar la línea de la exclusión no tiene vuelta*. Por eso me parece importante que recuperemos como principal sentido el ser productores de humanidad, y no sólo de consumo.

Al mismo tiempo se modifican los lazos de diferentes ejeros e instituciones.

Las diferentes formas de marginación social incrementan el grado de vulnerabilidad de las personas.

Es importante destacar que uno de los rasgos de este tipo de nucleamientos es el de intentar regenerar el entramado de un lazo social solidario entre sus integrantes, que posibilite nuevos sistemas de reconocimiento y por lo tanto de recuperación de su singularidad como personas.

² Las obras de Aristóteles que nos han llegado y que forman lo que se conoció como el *Corpus aristotelicum* se editan según la edición prusiana de Immanuel Bekker de 1831-1836, *Ética y Política*.

Ante la pérdida de un lugar, por ejemplo, el del trabajo, se recrearon diferentes lugares y se recuperó una circulación social y cultural de una cualidad diferente. Vías de organización de los que quedaron fuera del mundo del trabajo y del mercado como dispositivo obligado de integración.

El denominador común más frecuente es una demanda que desborda las estructuras existentes y que expresa vínculos caracterizados por la violencia y la fragmentación.

Estas experiencias resaltan la importancia de una mirada que incluya el lazo vincular y social. En los últimos tiempos ha cobrado mayor relevancia la clínica con predominio de la inhibición y las patologías del *acting out* y pasaje al acto. Las patologías vinculadas con el consumo y la acción se articulan con la cultura predominante. La clínica más frecuente nos enfrenta con la dificultad de encontrar sentidos que modifiquen el padecer, y muchas veces obstáculos en el acto de medicar.

La clínica que nos demanda se funda en la dialéctica intimidador-intimidado, por lo cual es importante considerar los rasgos principales de la sociedad en que nos toca vivir vinculados a las características de las patologías más frecuentes. Generalmente en las consultas por motivos de diferentes violencias, pánico y depresión nos encontramos ante personas intimidadas, por lo que es importante crear un espacio de "intimidad". Se trata de personas que no sólo no pueden generar intimidad con los demás, sino que tampoco la tienen con ellos mismos. Se defienden de su propio interior angustiante, paralizante, sobre el cual no pueden pensar. Vivencian la situación atravesada de manera amenazante y por eso pueden llegar a amenazar. Se trata de ir construyendo una subjetividad historizada para poder actuar sobre el presente como lo desarrolla Freud en *Moisés y el monoteísmo* (23). Significa subjetivar el sufrimiento.

Crear un espacio de intimidad posibilita generar una dialéctica entre el otro en la relación social y los otros interiores de la estructura psíquica, una dialéctica diferente a la de amenazado/amenazador con la que se inaugura con frecuencia este tipo de consulta.

El padecimiento social abarca la identidad estigmatizada, la desagregación social, la violencia urbana, los códigos de silencio y la carencia de perspectivas de futuro social y personal.

Siguiendo a Freud en *Pulsiones y destinos de pulsión*, la articulación entre la cultura y el sujeto se relaciona con un aspecto importante: de la forma en que cada cultura de lugar al sujeto, dependerá la manera predominante de encauzar los potenciales agresivos individuales y sociales (24). Para Freud la cultura es la protección del ser humano frente a la naturaleza y la regulación de los vínculos recíprocos entre los hombres. La sublimación de las pulsiones es un rasgo particularmente destacado del desarrollo cultural.

Los cambios culturales se expresan en la subjetividad. Nos encontramos con situaciones en que el hacer constituye una modalidad operativa de la tramitación del conflicto, desfallecimientos fantasmáticos y déficit de simbolización, lo que André Green llama aparatos

psíquicos de acción (25). En la clínica de las impulsiones lo que predomina es la sensación de vacío, la violencia destructiva y autodestructiva.

Nos encontramos en muchas consultas frente a individuos cuyas manifestaciones neuróticas preexistentes están subsumidas por severas perturbaciones actuales. Lo predominante en su problemática es la posición frente a los aspectos traumáticos de la realidad actual y no las vicisitudes de sus historias infantiles.

Cuando el padecimiento se expresa como resignación, sus efectos son el desadueñamiento del cuerpo (con las consiguientes consecuencias somáticas), y padecimiento psíquico. Para poder revertir esta situación hay que generar un movimiento subjetivo. Esto presupone tanto un posicionamiento diferente por parte del profesional consultado, como lograr ampliar el campo psíquico del o de los consultantes. Estamos ante un escenario donde se desarrolla en la persona un conflicto entre el retraimiento sobre sí mismo y el lazo vincular, que se vivencia en una lucha interior entre la angustia, el dolor y el odio. En estas consultas hay importantes perturbaciones somatopsicosociales. Desde lo psíquico hay un fuerte impacto emocional desorganizante que moviliza sentimientos de desamparo y desesperanza. Este estado de labilidad interna deriva en conflictos de difícil resolución (suicidios, depresiones graves, episodios psicóticos, estados de futilidad, apatía y violencia). Desde lo somático, diferentes enfermedades psicosomáticas, alcoholismo, trastornos por consumo de drogas, etc. En el terreno social, ruptura de lazos sociales, debilitamiento y/o pérdida de vínculos, procesos de deterioro personal y en relación con la familia y grupos de pertenencia.

Las propuestas identificadoras e ideales se modelan a través de los medios masivos de comunicación. Podríamos decir que en tanto consumidores de acontecimientos, todos sufrimos de bulimia. Los enfermos de bulimia deben deshacerse rápidamente de lo que ingieren para hacerle lugar a más comida: lo que anhelan no es saciar el apetito, sino llenarse vorazmente; los acontecimientos/espectáculos mediáticos están hechos a medida de este propósito. Para que se los trague sin masticarlos, y para no llegar a digerirlos nunca. No importa tanto el número de consumidores como el número de actos de consumo, que justifiquen la perpetuación y rotación del sistema. Adicciones, depresiones, anorexias y bulimias, estallidos corporales, impulsiones y violencias constituyen patologías características que son a la vez de exceso y de déficit (sobre-estimulación y arrasamiento), muchas veces como salidas frente a lo insoportable.

Los medios de comunicación atraviesan, aún con efectos no totalmente conocidos, variados aspectos de la subjetividad. Siguiendo a Freud, el líder y la masa están en la pantalla de TV, es decir están en la casa.

La operación necesaria para instalar este modelo de socialización se basó en el descrédito de las instituciones, que a principios de la modernidad generaron la ilusión del progreso y bienestar social. En muchos casos los ciudadanos y no consumidores se sintieron partícipes de este ideal. La cuestión cambió dramáticamente, las instituciones fueron dejando de constituir espacios posibles

de transformación, generando el sentimiento subjetivo de que lo que el sujeto realice ha perdido sentido.

La artificialidad de los estímulos y las dificultades de responder a la velocidad que exigen los requerimientos de la época ha generado el incremento del consumo de euforizantes químicos y de psicofármacos. La perturbación psíquica se muestra cada vez más como una epidemia social.

Otras patologías frecuentes hoy, se asocian con el alcoholismo, otras adicciones y con situaciones de violencia y maltrato. El factor psicosocial, las condiciones familiares y ambientales tienen una importancia decisiva en su origen. Lo que predomina en la problemática es la posición frente a los aspectos traumáticos de la realidad actual.

La sociedad de consumo proclama abiertamente la imposibilidad de la satisfacción. La sociedad de consumo y el consumismo no tienen nada que ver con satisfacer "necesidades".

Como en la ópera *Don Giovanni* de Mozart, el placer de Don Juan no está en la posesión de las mujeres, sino en su seducción (26).

Hemos desarrollado los aspectos vinculares, socioculturales y las modalidades identificadoras predominantes. ¿Cuáles son las características principales de la clínica que nos demanda, por la cual se la ha llamado clínica del vacío o patologías del vacío?

El denominador común de muchas de las patologías antes descritas está relacionado con patologías de exceso o de carencia. Se corresponde con la subjetividad anclada en la lógica del consumo. Lo dominante subraya la eficacia en la acción, la velocidad, el pragmatismo, los hábitos de consumo y el culto por la imagen. Rasgo fundamental de la clínica del vacío: modalidades adictivas, satisfacción pulsional inmediata y desinvestidura del pensamiento y la palabra. Una faceta de exceso, la pulsión desamarrada, imposible de satisfacer, donde el vacío ocupa el lugar del deseo. Una faceta de carencias tempranas que inciden decididamente en la construcción del psiquismo y en la maduración del sistema nervioso central, donde la palabra es reemplazada por la acción y el afecto por el cálculo operacional. Un efecto es la objetualización de la relación entre las personas.

En las llamadas patologías del vacío lo observable es:

- La impulsividad sin mediar la palabra.
- La transgresión sin mediar el Derecho-Ley fundante.
- Las diversas adicciones, obtención del placer ya.
- La violencia como desconocimiento del otro humano.
- El aislamiento, donde el otro es hostil.

Se despliega en esta clínica una lógica paradójica: la ambigüedad, contraria a la del conflicto: la ambivalencia.

Hay situaciones en la infancia en las cuales se expresa un sentimiento de desvalimiento que da lugar a la más profunda de las angustias: se trata de la sensación de "des-auxilio", de "des-ayuda", sentir que el otro del cual dependen los cuidados básicos no responde al llamado, deja al ser sometido no sólo al terror sino también a la desolación profunda de no ser oído, a tal punto que puede devenir en "marasmo", un dejarse morir por abandono

de toda perspectiva de reencuentro con el objeto de auxilio.

Lo expuesto convoca a una innovación en la práctica terapéutica donde no hay teoría de intervención que pueda eludir la dimensión social y las modificaciones en la subjetividad de esta época. Se generan malestares específicos donde estos aspectos son inevitables. Frecuentemente el síntoma social expresa carencia del vínculo social.

El desafío es pensar de manera diferente la demanda actual, no sólo por cómo abordarla sino fundamentalmente por las características diferenciadas de cómo se expresa la subjetividad y el tipo de representaciones sociales. La experiencia realizada me ha hecho pensar que ya no basta con una clínica que tenga en cuenta el factor social (contexto), sino en generar una clínica de lo social (contexto como parte del texto). Se trata de ir construyendo una subjetividad historizada para poder actuar sobre el presente.

Son frecuentes las situaciones de urgencia donde llegan a las guardias protagonistas de actuaciones violentas: autoagresiones, accidentes, heteroagresiones, intoxicaciones, heridas de bala o de arma blanca, peleas, intentos de suicidio.

La indiferencia como síntoma social hace que lo humano no importe para otro ser humano. Individuos que deben gestionarse a sí mismos en un contexto de profunda vulnerabilidad. En la clínica de las impulsiones lo que predomina es la sensación de vacío, la violencia destructiva y autodestructiva y las modalidades operativas de la tramitación del conflicto (aparatos psíquicos de acción).

La estrategia con el paciente es implementar las herramientas necesarias para poner en acción los recursos de la institución que posibiliten movilizar los propios recursos de la persona o grupo consultante y de interacción con los otros desde las posibilidades reales y no ideales.

Se generan malestares específicos donde las cuestiones sociales son inevitables. No se las puede abordar desde formulaciones reduccionistas. Es ésta una de las situaciones donde es necesario apelar a la constitución de equipos de carácter multidisciplinario para abordarlas en la complejidad del fenómeno.

El término estrategia presupone cálculo, razones, argumentos para abordar esta problemática. El carácter pluricausal y polifacético de la violencia demanda un enfoque que integre saberes e incluso instituciones. Esta necesaria gestión conjunta puede indicar la afectación de conocimientos, habilidades y actitudes no sólo individuales sino también organizativas-institucionales.

La familia

Una definición posible es la una estructura social básica que se configura por el interjuego de roles diferenciados, el cual constituye el modelo natural de interacción grupal. También se podría decir que la familia es un grupo de parentesco cuya responsabilidad primaria es la

socialización de los hijos y la plena satisfacción de otras necesidades básicas.

La familia consiste en un grupo de personas que tienen parentesco consanguíneo, de matrimonio o de adopción, y que viven juntos por un periodo indefinido.

La tradición de la salud mental moderna ha consistido en gran parte en culpar o responsabilizar a los padres de algún modo, y que para el tratamiento había que separar al paciente de la unidad familiar que lo causaba.

Esto se ha modificado y hoy se piensa que el trastorno es incapacitante y confuso tanto para el paciente como para su familia, y que ésta realmente necesita aprender cómo ayudar a resolver directamente el problema y encontrar soluciones.

Por eso todo abordaje terapéutico se construye:

1. Sobre sus vínculos y los elementos que lo constituyen.
2. Sus roles, las funciones que cumple cada miembro en la familia.
3. La comunicación, las normas y las relaciones de poder.

Estos elementos son la base para llevar a cabo la evaluación, el diagnóstico descriptivo del vínculo familiar implementando las estrategias de intervención.

Nuestra práctica diaria nos muestra infinitas familias que pueden ser definidas como tales y que son muy diferentes entre sí. ¿Cuándo esta familia está ó no en situación de riesgo y bajo qué tipo de riesgo?

La familia como toda construcción histórica-social se ha ido modificando, podríamos afirmar que no estamos ante una época de familias cambiantes sino ante un cambio de lo que se concibió como familia. A la par de la familia "tipo", de mamá, papá y dos hijos de los sectores medios, aparecen la familia prole villera, las familias de los desocupados, la familia de los "los tuyos, los míos y los nuestros", la familia de lesbianas o de homosexuales para mencionar algunas.

En el proceso de deconstrucción del modelo de familia se diferencia los lugares materno y paterno de los tradicionales, se incluyen las parejas homosexuales y su posibilidad de criar hijos, se expresa en las diferentes modalidades de reproducción, asistida como alquiler de vientres, óvulos/espermatozoides congelados y toda una amplia gama de situaciones que caen dentro del ámbito de la bioética. Finalmente tiene consecuencias en la construcción de la subjetividad el mundo interno de sus miembros y el impacto social y cultural (10).

Habiendo descripto brevemente la heterogeneidad de la familia y sus causas socioculturales, es importante subrayar el impacto sobre los contratos matrimoniales institucionalizados por la modernidad que se han ido resquebrajando y fue creciendo la tasa de separaciones y divorcios. Se fue generando el fenómeno de prolongar la soltería y simultáneamente se produce el auge de *amigovios*, concubinatos, uniones consensuales a prueba, y la conformación tanto de Familias Monoparentales como de Familias Ensambladas o Reconstituidas.

Hay un crecimiento de:

1. Los hogares monoparentales (en 1 de cada 5 familias se registra hoy la ausencia de uno de los cónyuges, generalmente el varón)
2. Las familias con jefatura femenina (el 27% de los hogares del país estaban a cargo de mujeres en 2001)
3. Los hogares con dos proveedores (pasaron del 25.5% al 46.3% entre 1980 y 2001 en el Área Metropolitana de Buenos Aires).

Conclusiones

El objetivo del trabajo ha sido rescatar el valor de la intersubjetividad y el sentido de lo social. Es importante no descuidar la dimensión social y cultural de los aspectos clínicos, epistémicos o políticos de la psiquiatría. Es la posibilidad de abrir camino a lo nuevo aun no pensado frente al escepticismo y el automatismo clínico.

Las circunstancias nos obligan a ser, además de psiquiatras, un poco sociólogos, historiadores, filósofos y hasta antropólogos. Uno de las cuestiones principales es que la consecuencia de la entrevista con el paciente sea la de producir cambios psíquicos.

La pérdida de credibilidad de las instituciones existentes genera una situación doble: por una parte hay ley escrita, instituciones constituidas, y por la otra, hay escepticismo y búsqueda no instituyente (acciones sociales) sino destructivas (acciones individuales o de grupos pero como suma de individuos). El individuo que nos demanda es en muchos casos producto de una disgregación de lo social.

Kaes refiere que "*en determinados casos no puede darse cuenta de -ni operar en- la estructura psíquica de un sujeto sufriendo si no tomamos en consideración su articulación con el conjunto transubjetivo al que pertenece*" (27).

Una de las consecuencias es que tener en cuenta el conjunto transubjetivo al que pertenece el paciente posibilita afrontar los conflictos a partir de que para asumir su propia subjetividad es necesario historizar, y esta tarea sólo puede constituirse desde y con otro.

Una concepción antropológica del sujeto no implica sólo que el hombre sea el objeto de la investigación o que la investigación tendrá especial consideración al hombre sino entender la psiquiatría como ciencia y arte de la existencia humana.

Cuando se plantea las modificaciones sociales de existencia y los cambios de las redes vinculares se remarca que el sujeto y su subjetividad se resignifican en torno a la constitución de nuevas identidades colectivas.

El desafío es una conceptualización del sujeto que rupte la disociación entre la externalidad y el andamiaje interno del sujeto.

También se analiza la relación entre el consumo masivo de bienes y el impacto de los medios de comunicación.

Las nuevas realidades sociales atraviesan nuestra práctica clínica y configuran un nuevo escenario social y cultural que nos obliga a reflexionar sobre estos cambios y a pensar en los ajustes necesarios en nuestras prácticas y saberes ■

Referencias bibliográficas

1. Roudinesco E. La batalla de cien años. Buenos Aires: Ed. Fundamentos; 1993.
2. Resiliencia, trauma y subjetividad. En: Resiliencia en psiquiatría y salud mental. Una propuesta para nuestro siglo. Cuaderno APSA; 2007.
3. Vommaro H, Garramuño J, Tobal D. Desafíos en salud mental. Buenos Aires: Polemos; 2011.
4. Freud S. Psicología de las masas y análisis del yo. T. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu; 1979.
5. Descartes R. El discurso del método. Madrid: Alianza Editorial; 2004.
6. Spinosa B. Tratado de la reforma del entendimiento. Principios de filosofía de Descartes. Pensamientos metafísicos. Madrid: Alianza; 2006.
7. Rico Bovio A. Las fronteras del cuerpo. Crítica de la corporeidad. México: Serie Pluriminor; 1990.
8. Vommaro H. Violencia, trauma y subjetividad. *Revista de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay* 2007.
9. Violencia en psiquiatría y salud mental en violencia: respuestas de la psiquiatría y la salud mental. Buenos Aires: Ediciones APSA; 2006.
10. Vommaro H. Violencia: Institución y Subjetividad. En: Deprati MC. Violencia: del apego a lo social. Buenos Aires: Buenos Aires: Letra Viva; 2014.
11. Kaes R. La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1989.
12. Kaes R. El pacto denegativo en los conjuntos transubjetivos. Buenos Aires: Amorrortu; 1990.
13. Lewkowicz I. ¿Se acabó la infancia? Ensayo sobre la destitución de la niñez.
14. Castoriadis C. La institución imaginaria de la sociedad. Tusquets Editores; 1975.
15. Kaes R, Puget J. Violencia de Estado y Psicoanálisis. Ed. Lumen; 2006.
16. Guinsberg E. Acerca de la Subjetividad. *Revista Topia* Abril 2004.
17. Magistretti P, Ansermet F. A cada cual su cerebro: Plasticidad neuronal e inconciente. Buenos Aires: Katz Editores; 2006.
18. Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Editorial Gedisa; 1994.
19. Rizzolatti G. Las neuronas en espejo. Buenos Aires: Paidós; 2006.
20. Freud S. El malestar en la cultura. T. XXI. Buenos Aires: Amorrortu; 1979.
21. Arendt H. ¿Qué es la política? Barcelona: Paidós; 1997.
22. Límites y exceso del concepto de subjetividad en psicoanálisis. *Revista Topia* Abril 2004.
23. Freud S. Moisés y el monoteísmo. T. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu; 1979.
24. Freud S. Pulsiones y destinos de pulsión. T. XIV; Buenos Aires: Amorrortu; 1979.
25. Green A. Pasión clínica, pensamiento complejo: hacia el futuro del psicoanálisis. En: Green A: Ilusiones y desilusiones del trabajo psicoanalítico. París: Odile Jacob; 2010.
26. Bauman Z. La sociedad sitiada. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2004.
27. Kaes R. La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1989.

Aplicación de una red social a la práctica y el aprendizaje de la psiquiatría

Estefanía Mondin

Médica residente de tercer año.

Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).

E-mail: estefimondin@hotmail.com

Daniel Matusevich

Médico psiquiatra.

Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).

“...en el salto al vacío de esos hombres y mujeres que, antes de ser navegantes solitarios en redacciones como laboratorios asépticos, prefirieron tomar el riesgo de soltar amarras...”

Leila Guerriero, 2014

Introducción

Estamos asistiendo a un cambio en la forma de acceso a la información que sin lugar a dudas está produciendo un fuerte impacto tanto en la formación como en el trabajo de las nuevas generaciones de profesionales médicos. El libro, en su formato clásico, ha dejado de ser el elemento excluyente y central en la vida de aquellos que se están formando y nuevos actores compiten por el control de las horas escolares y también del tiempo libre de las nuevas generaciones. Scarfo sostiene que en las

redes sociales (RS) se va creando una comunidad con novedosas formas de conocimiento y de aprendizaje continuo, en la que los jóvenes invierten tiempo y energía en construir relaciones alrededor de intereses compartidos, la “vieja escuela” es interpelada permanentemente en cada momento punto com y su validez puesta en jaque (1).

Las computadoras en todas sus formas y las imágenes han desarrollado una presencia masiva en la vida de los

Resumen

Las redes sociales son un espacio virtual en el que las personas se relacionan y construyen su identidad, comparten información, publican contenidos e intervienen sobre los contenidos publicados por otros. A continuación describiremos una experiencia realizada en la Sala de Internación del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires en la que utilizamos la red social Whatsapp aplicada tanto al desarrollo de la tarea clínica como a la tarea docente. A partir de estas nuevas formas de relacionarnos entre profesionales, surge una nueva manera de trabajar, participar en grupo o tratar de evaluar distintas posibilidades para abordar un paciente. Analizaremos la utilidad de esta plataforma virtual como herramienta de trabajo.

Palabras clave: Red social - Whatsapp - Comunicación - Educación - Tecnología.

APPLYING A SOCIAL NETWORK FOR THE PRACTICE AND LEARNING OF PSYCHIATRY

Abstract

Social networking is a virtual space in which people relate and build their identity, share information, publish content and intervene on the content posted by others. We will describe an experiment carried out in the psychiatry service of Italian Hospital in Buenos Aires, in which we use Whatsapp Social Network applied to the development of clinical work and teaching task. From these new ways of relating between professional, emerge a new way to work, participate in groups or try to evaluate various options for dealing with a patient. We analyze the usefulness of this virtual platform as a working tool.

Key words: Social network - Whatsapp - Communication - Education - Technology.

jóvenes, y esta presencia se ve reflejada en la forma en que los mismos acceden a los diversos contenidos que jalonan el camino de la instrucción. Carlos Tajer plantea al respecto que: *"...esta experiencia se asocia con profundos cambios en cómo perciben su ubicación en el mundo y el acceso al conocimiento; estructuras de pensamiento, estéticas y de propiedad; predisposición para compartir e interactuar. Frente a esta etapa, estos jóvenes, son llamados con derecho, nativos digitales"* (2). Algunos de nosotros, en cambio, nos hemos compenetrado con las nuevas tecnologías, en mayor o menor medida dominamos los nuevos lenguajes, pero al no ser nuestra lengua madre, en vez de ser nativos, somos migrantes digitales.

Por supuesto que también existen los llamados extranjeros digitales (utilizan el correo electrónico y muy poco más) y los tecnoescépticos (aquellos que desvalorizan y relativizan todos los nuevos desarrollos) para terminar de configurar un escenario cambiante y de gran complejidad. Retomamos nuevamente a Tajer con una reflexión de gran potencia extraída de su último libro: *"...que los extranjeros digitales y los tecnoescépticos estén en las cumbres de los puestos educativos y académicos establece una brecha compleja y nos expone a los reiterados discursos de críticas a las nuevas generaciones de 'bárbaros e iletrados' y una invitación nostálgica para el regreso al libro escolástico y la enseñanza de los maestros"*. Scarfo va más allá ya que sostiene enfáticamente que *"...la gran mayoría de los que toman decisiones importantes en la patria educativa apenas conoce lo que es internet"* (1). Quizás nadie haya reflejado estas tensiones y divergencias como Umberto Eco cuando plantea que: *"...mientras los apocalípticos sobreviven precisamente elaborando teorías sobre la decadencia, los integrados raramente teorizan, sino que prefieren actuar, producir, emitir cotidianamente sus mensajes a todos los niveles"* (3). Cada lector deberá reflexionar acerca de cómo se insertan estas viñetas en su universo laboral, ya que en nuestro medio los escenarios son de lo más variados, yendo desde el elogio más absoluto a la tecnología hasta la abjuración más extrema y definitiva de la misma. Lo que sí es necesario señalar es que en los países líderes en materia educativa las organizaciones burocráticas están siendo reemplazadas por nuevas formas con diferentes mecanismos de administración y coordinación; hace más de cuarenta años que se vienen formulando planteos acerca de la necesidad de modificar estructuralmente a los sistemas educativos, aunque es necesario reconocer que la fortuna de estos reclamos ha sido muy relativa en nuestro país.

Sibilia sostiene que las personas están cada vez más pertrechadas con un conjunto de dispositivos de conexión permanente (teléfonos, computadoras portátiles, acceso perpetuo a Internet) en un camino que conduce de manera inexorable a lo que esta autora dio en llamar la digitalización total. Por otro lado somos testigos de una espiral de consumo en aceleración constante que dificulta sobremanera la constitución de modos de identidad fijos y estables, que faciliten y propicien los procesos de aprendizaje. Parafraseando a la misma autora podemos decir que los conocimientos constituyen bienes muy especiales, que son adquiridos y en muchas

ocasiones descartados por aquellos a quienes se dirigen, para ser reemplazados por otros en un *loop* que no tiene fin, lanzados al torbellino de la actualización constante, intimados a maximizar la flexibilidad y la capacidad de reciclaje. Estos desafíos son inéditos, dándole un matiz muy especial al tiempo en el que nos toca desarrollar nuestra tarea, complejizando la estructuración de una identidad profesional fija y estable, como era mucho más frecuente en la sociedad moderna e industrial (4).

En esta cultura, descrita muy sucintamente y a los fines prácticos de entrar en tema, aparece un jugador que rápidamente adquiere un rol protagónico en el escenario global, las redes sociales; definamos entonces red social (RS), para continuar avanzando en nuestro recorrido. Por RS entendemos a un espacio virtual en el que las personas se relacionan y construyen su identidad, comparten información, publican contenidos, intervienen sobre los contenidos publicados por otros, cooperan a distancia y, en definitiva, siguiendo a Orihuela, se apropian de la tecnología para convertirla en parte de la vida. Rescatamos las advertencias de este autor cuando sostiene que el sentido común y la prudencia deben ser los mejores consejeros a la hora de definir los datos y contenidos que cada uno aportara a una determinada matriz de contacto y comunicación. La red social se incluye dentro de lo que se ha dado en llamar Web 2.0 que permite la utilización de herramientas informáticas, para, entre otras cosas, facilitar un intercambio de información sin precedentes entre los diversos actores involucrados (5).

En esta breve comunicación describiremos una experiencia que venimos realizando desde hace doce meses en la Sala de Internación del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires en la que utilizamos la red social Whatsapp aplicada tanto al desarrollo de la tarea clínica como a la tarea docente, analizaremos sus posibilidades y evaluaremos sus aplicaciones futuras. Este trabajo surge a partir de la convicción de que los jóvenes médicos pasan más tiempo conectados a través de las RS que en cualquier otro sitio; aprovechando esa certeza creemos que este tipo de comunicación potencia la creación de equipos de trabajo en los que los médicos en formación toman un rol activo en su propia educación y desarrollo profesional. Que esta experiencia haya surgido en el ámbito de la psiquiatría y la salud mental nos parece absolutamente coherente ya que las complejidades que nos proponen las diferentes patologías y sus situaciones contextuales son prácticamente inabarcables y, en algún punto, incomprensibles cuando la decisión de posicionarse frente a ellas elige el camino del trabajo individual. Entonces la inclusión de una red social en el ámbito de la clínica más extrema aparece en forma natural, como intento de dar cuenta de aquello que Luis Hornstein sostiene desde hace tiempo cuando teoriza acerca de la demanda actual: *"...quienes nos consultan, generalizaré: personas con incertidumbre sobre las fronteras entre el yo y los otros; con diversidad de sufrimientos y síntomas; con fluctuaciones intensas en la autoestima; con vulnerabilidad a las heridas narcisísticas; con gran dependencia de los otros o imposibilidad de establecer relaciones significativas; con intensas angustias y temores; con apatía, con trastornos*

del sueño y del apetito, con hipocondría, con crisis de ideales y valores y con multiplicidad de malestares corporales" (6). Esta circunstancia se ve complementada por el hecho de que, en nuestra sala de internación, gran parte de los profesionales involucrados en la tarea sean nativos digitales y el resto seamos, siguiendo a Eco, "optimistas de la integración" (3).

Decidimos esquivar lo que Paula Sibilia dio en llamar "histeria antitecnológica" que expresa "...el resentimiento de la bivalencia caduca contra una polivalencia que no puede comprender". Asumimos que la neutralidad política de los conocimientos y de la tecnociencia no existe, eligiendo actuar, producir y polemizar por sobre elaborar teorías acerca de la decadencia. Los jóvenes ya no poseen identidades fijas y estables, comunes en otras épocas, el desafío constituye en esquivar los cantos de sirenas de las viejas certezas y realidades absolutas para enfrentar las transformaciones ocurridas en las últimas décadas en los campos del saber (4). Esta experiencia se incluye en una sala de internación de psiquiatría que funciona dentro de un marco teórico psicodinámico en el que se prioriza la narrativa del paciente en oposición al modelo biomédico, al fármaco y a la pasión clasificatoria. Vale la pena citar nuevamente a Tajer cuando plantea que "...la sustitución sin descanso durante el entrenamiento de habilidades que son fundamentalmente lingüísticas, empáticas e interpretativas por aquellas consideradas científicas, eminentemente medibles, pero inevitablemente reduccionistas, puede ser interpretada de cualquier manera pero no como un logro del curriculum moderno" (2). Nuestra propuesta incluye a las RS como un territorio a explorar en el que las habilidades sin lugar a dudas pueden ocupar un lugar de preeminencia.

La experiencia: alcances y sentido

Whatsapp es una aplicación de mensajería multiplataforma que permite enviar y recibir mensajes mediante internet de manera económica, complementando servicios tradicionales de mensajes cortos o sistema de mensajería multimedia. Además de aprovechar de la mensajería básica, los usuarios pueden crear grupos y enviar entre ellos un número ilimitado de imágenes, videos y mensajes de audio (7).

En nuestra experiencia creamos un grupo de aprendizaje y trabajo que incluye a todas las personas que se desempeñan en la Sala de Internación, organizando una matriz virtual de comunicación abierta las 24 horas en la cual se postean descripciones de todas las actividades llevadas adelante por el equipo incluyendo terapias individuales, grupales, intervenciones de emergencia, terapias familiares, decisiones farmacológicas, decisiones en relación a contención física, cuestiones legales, etc. Las características fundamentales de este sistema (comunicación, cooperación y comunidad) coinciden en un todo con nuestra idea de aquello a lo que el trabajo en equipo debe aspirar.

Nuestro modelo comunitario, en equipo y psicodinámico se empoderó sensiblemente a partir de la decisión de crear el grupo de trabajo; nos parece que la conquista

social, laboral y educativa de la tecnología contribuyó manifiestamente a fortalecer el modelo de trabajo ya que los contextos colaborativos y cooperativos se potenciaron además de retroalimentarse, generando un nuevo concepto de interactividad. En gran cantidad de universidades del mundo las RS son utilizadas para prolongar las actividades docentes, para compartir materiales o para profundizar en los contenidos académicos; Naso y Balbi sostienen que "...los medios y las tecnologías de la información y comunicación constituyen modos de apropiación de la realidad, del mundo y del conocimiento. Sus lenguajes están modelando nuevos estilos cognitivos y estructuras mentales como otra forma de comprensión y percepción de la realidad. En consecuencia, es necesario, más bien imprescindible, que las instituciones educativas asuman la tarea de la alfabetización en estos nuevos lenguajes" (8). En términos de Giustini es necesario construir una arquitectura de la participación utilizando la Web 2.0 como plataforma para definir nuevos horizontes de participación y de cooperación (9). En nuestras palabras apoderarnos de la tecnología para convertirla en parte de nuestra vida, sin tecnoutpismos pero con conciencia crítica de los límites y las posibilidades.

Uno de los atractivos que presenta este sistema es que los jóvenes médicos están en contacto directo con sus mentores, lo que permite crear un ambiente de trabajo favorable que se retroalimenta a través de la posibilidad de expresarse libremente y sin ataduras. Esta libertad potencia la participación del grupo ya que el único límite impuesto es la creatividad de cada participante puesta al servicio de la red social y de la tarea compartida. Cuando hablamos de libertad creemos necesario puntualizar un aporte de Naso y Balbi, quienes sostienen que "...dejar libertad a los alumnos para que establezcan sus relaciones a través de nuestra red implica también enseñarles a conocer dónde están sus límites y a respetar el centro educativo, el conjunto de profesores y a los propios compañeros" (8).

Así es como cada intervención esta modelada de acuerdo a las características del que la postea, permitiendo que a medida que transcurre el tiempo los distintos miembros de la comunidad vayan perfilando su estilo y modalidad de participación. Ser conocido por lo que uno hace y también por lo que uno escribe, quizás una forma de comenzar a re-imaginar los historiales clínicos en tiempos en que la evidencia pareciera estar reemplazando a la narrativa. Hace tiempo venimos sosteniendo que la única forma de volver a jerarquizar el modelo narrativo es fomentar las habilidades de lectura y escritura entre los jóvenes profesionales, más abocados a descifrar algoritmos matemáticos que a relatar historias. En este breve lapso de tiempo hemos asistido en nuestro ámbito de trabajo a un verdadero volver a vivir de los informes escritos, a un reverdecir de las narraciones en donde las historias de nuestros pacientes y sus familias se han compaginado en el espacio real y en el virtual en forma armónica e interactiva.

La utilización del Whatsapp se inscribe dentro de una corriente de pensamiento que intenta volver a jerarquizar los relatos de nuestros pacientes frente a una psiquiatría cada vez más deshumanizada y esclava de la tecnifica-

ción. En esta línea, transcribiremos ahora la advertencia planteada por Doval y Tajer, para que no quede ninguna duda acerca de cuál es nuestra posición frente a estas cuestiones: *"Insistimos en que es tan disparatado pretender que uno puede hacer buena medicina a partir de un manual de datos surgidos de la evidencia como desconocer los datos, disfrazando la ignorancia en la experiencia y en un enfoque presuntamente humanista"* (2). En resumen, la tecnología al servicio del humanismo médico y no la medicina prisionera de la tecnificación, la medición y la estimación.

La comunicación directa entre los miembros del grupo es simple, las intervenciones se van sucediendo una tras otra sin ningún tipo de jerarquía, guiadas y motivadas por el interés de la cuestión o por la urgencia de la intervención. Consideramos que una de las fortalezas del modelo radica en que sucede "en tiempo real", mientras los acontecimientos van transcurriendo. Este hecho garantiza y permite una supervisión y seguimiento del trabajo en todo momento, pero fundamentalmente en las situaciones de guardia, más la regla que la excepción en una sala de internación de psiquiatría.

Otro aporte radica en que el flujo de la información compartida por todos garantiza una democratización del acceso a la misma, que genera una tormenta de intervenciones parciales previa a la toma de una decisión, que se realiza después de analizar cada uno de los aportes realizados. Pensamos que el verdadero funcionamiento en equipo radica en difuminar los límites entre los pacientes, tuyo o mío, para pasar al "de todos", única forma de funcionar verdaderamente en red. Las redes sociales plantean la decadencia del modelo basado en la autoridad jerárquica para permitir pensar un modelo sostenido en el consenso y una autoridad respaldada por el conocimiento y el liderazgo.

Discusiones

Hemos realizado un recorrido intentando delinear las posibilidades de una red social aplicada al trabajo diario en una sala de internación de psiquiatría. Esta experiencia recién está en los comienzos y esta comunicación se inscribe en la línea de comenzar a crear una matriz disciplinar que se ocupe de analizar las interacciones posibles entre medicina, tecnología, entrenamiento médico y trabajo en equipo con el objeto de ampliar las posibilidades de desarrollo de la tarea que nos ocupa.

Esperamos que otros grupos de trabajo recojan el guante y se apropien de Whatsapp o de cualquiera de las demás redes sociales para analizarlas y aplicarlas a las tareas cotidianas en el atribulado mundo de la psiquiatría y la salud mental. Puntuaremos una serie de elementos destacados que hemos recogido en los primeros 12 meses de desarrollo de nuestra experiencia:

La digitalización de la vida: Paula Sibilia sostiene que *"...los muros de las empresas también se derrumban: los empleados están cada vez más pertrechados con un conjunto de dispositivos de conexión permanente (teléfonos móviles, computadoras portátiles, acceso a Internet), que desdibujan los límites entre espacio de trabajo y lugar de ocio, entre tiempo de trabajo y tiempo libre"* (4). En la convicción de que

esta idea define el escenario laboral y académico actual la utilización de la RS surge casi de manera natural como un intento de incorporar los aspectos positivos de la revolución tecnológica al devenir diario de una comunidad terapéutica psicodinámicamente orientada en donde se desempeñan médicos en etapa de formación. Consideramos que algunas de las banderas largamente sostenidas por este modelo son retomadas por las RS, con ese convencimiento llevamos adelante esta tarea de adaptación entre jóvenes, viejos, tecnología, comunidad, virtualidad y realidad.

Comunicación horizontal: la comunicación directa entre los participantes se simplifica notablemente ya que los mensajes escritos actúan como facilitadores o mordientes de dicho proceso, que es retomado en los intercambios y en las supervisiones presenciales. La RS tiene entonces un efecto franco en las interacciones entre todos los miembros de la comunidad de trabajo, que se ve facilitado por la centralización de las actividades en un único sitio.

Seguimiento de la tarea: la sensación de estar permanentemente en contacto gracias al hecho de que el espacio permanezca abierto 24 horas aporta la posibilidad de un seguimiento del trabajo que simplifica la tarea. El hecho de que el posteo tenga carácter de obligatorio (por ejemplo en las guardias) o voluntario (por ejemplo los fines de semana o fuera del espacio laboral) disminuye notablemente las sensaciones persecutorias o de control del trabajo pero aumenta la sensación de responsabilidad y el compromiso, uno de los objetivos primarios cuando imaginamos esta matriz de comunicación.

Aumento del sentimiento de comunidad educativa y laboral: retomando a Naso y Balbi podemos agregar que el efecto de cercanía que producen las RS genera un incremento en la sensación de cohesión grupal ya que el hecho de compartir alumnos y docentes el mismo espacio y tener las mismas posibilidades de crear productos digitales redundan en una re-calibración y en una complejización permanente de las relaciones reales (8). El ambiente laboral mejora debido a que gran parte de las variables de trabajo y estudio son elaboradas de manera consensuada por todo el equipo gracias a que la dinámica creativa de objetos en la RS es naturalmente interactiva. Lazos afectivos que se crean tanto a partir del encuentro físico como de la relación virtual, flexibilización al servicio de la producción de nuevas subjetividades, es necesario renunciar a muchas de las certezas que definieron nuestra práctica para intentar abrirnos a una digitalización crítica que interpela a aquellas prácticas obsoletas que se repiten sin cuestionarse un ápice acerca de su validez.

Coordinación, trabajo grupal y participación: compartir y construir toda la información (los pacientes "son de todos") cambio drásticamente las características del trabajo en la internación, ya que al haberse modificado el flujo de conocimiento las intervenciones terapéuticas del equipo ganaron en riqueza y profundidad. Un efecto muy positivo de la RS es el hecho de que amplió la capacidad de los médicos en formación a "animarse" a intervenir y a participar de las discusiones clínicas y teó-

ricas de un modo mucho más libre, menos prejuicioso, animados en la convicción que las equivocaciones y los errores pavimentan la ruta del aprendizaje. La RS multiplica la cantidad de instancias de revisión y la posibilidad de repasar las decisiones, situación que repercute de manera muy favorable en la capacidad del profesional novel, ya que aumenta la confianza en sí mismo y en sus conocimientos al constatar que el trabajo grupal de todos se revisita permanentemente, no sólo el de quienes están haciendo sus primeras armas en las profesiones.

Lo real, lo virtual y la brecha intergeneracional: la interacción entre las producciones genera un nuevo espacio de discusión donde lo escrito ("chateado", virtual) y lo hablado (real) se imbrican y se entrelazan para terminar potenciándose en una única matriz comunicacional, donde se relativiza totalmente el origen de cada elaboración, jerarquizándose en cambio la calidad de la misma. Hemos detectado el hecho de que los migrantes digitales hayamos abrazado un modo de comunicación propio de los nativos produjo un acortamiento de la brecha intergeneracional, lo que redundó en un claro beneficio tanto en las relaciones de trabajo como en la tarea clínica. Ampliando una de las líneas escritas al comienzo de esta comunicación, consideramos al tecnoescepticismo una de las barreras comunicacionales más significativas a la hora de considerar las relaciones entre las nuevas generaciones de psiquiatras y los profesionales más veteranos; así mismo creemos que constituye un obstáculo episte-

mológico de peso a la hora de definir cualquier tipo de tarea docente.

Interacción creativa: la convicción de que en numerosos centros de internación psiquiátricos se llevan adelante procesos de tratamiento igual que hace veinte o treinta años atrás (sólo se modifican los esquemas farmacológicos) nos impulsó a intentar definir nuevos modos de acercamiento a la tarea asistencial y a la docente; parafraseando a Litwin para que la práctica y la enseñanza sean comprensivas deberían favorecer el desarrollo de procesos reflexivos, el reconocimiento de analogías y contradicciones y permanentemente recurrir al nivel de análisis epistemológico (10). La incorporación de la RS al trabajo cotidiano nos obliga a incorporar la reflexión acerca de la tecnología y sus posibilidades de manera ineludible, ampliando entonces las interacciones creativas que se producen entre los diversos protagonistas, enriqueciendo el bagaje existencial y terapéutico y sirviendo de antídoto contra las prácticas "en piloto automático" que contaminan nuestro escenario de trabajo ■

Agradecimientos

Agradezco a Belén, Flor, Selva, Denise, Estefi y Manu sin los cuales hubiera sido imposible construir la red. D.M.

Referencias bibliográficas

1. Scarfo D. ¿Un modelo escolar se demuestra caduco? BANIO. 12 julio 2014.
2. Tajer C. La medicina del nuevo siglo. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2011.
3. Eco H. Apocalípticos e Integrados. Buenos Aires: Tusquets; 2011.
4. Sibilía P. El hombre postorgánico. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2009.
5. Orihuela J. Redes Sociales: un inventario de recursos y experiencias [Internet]. 2012 Disponible en: www.cuaderno.com.
6. Hornstein L. Las encrucijadas actuales del psicoanálisis. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2013.
7. Wikipedia.
8. Naso F, Balbi M, Di Grazia N, Peri J. La importancia de las redes sociales en el ámbito educativo. Universidad del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires. VII Congreso de Tecnología en Educación y Educación en Tecnología. 2012.
9. Giustini D. How Web 2.0 is changing medicine. *BMJ* 2006 Dec 23; 333 (7582): 1283-4.
10. Litwin E. El Campo de la didáctica: la búsqueda de una nueva agenda. En: Litwin E y colaboradores. Corrientes didácticas contemporáneas. Buenos Aires: Paidós; 2013.

Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales (GLADET A.C.)

Entrevista a Sergio Javier Villaseñor Bayardo

Por Juan Carlos Stagnaro



Sergio Javier Villaseñor Bayardo, destacado psiquiatra mexicano, es, entre otras muchas actividades científicas que desarrolla, Presidente del Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales (GLADET A.C.) y Profesor Investigador titular del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México. Sus numerosos e importantes estudios en el tema, plasmados en artículos de revistas de su país y del concierto internacional y en libros, apoyados en revisiones teóricas y trabajos de campo, constituyen un aporte señero en el establecimiento de una identidad latinoamericana de nuestra especialidad. Gran amigo de la Argentina, a la que visita con frecuencia, Sergio Villaseñor fue uno de los primeros corresponsales de Vertex y acompaña desde el inicio su publicación.

Vertex: ¿Por qué es importante la perspectiva Transcultural? ¿Qué puede aportar a la psiquiatría en general?

Sergio Villaseñor Bayardo: Los aspectos culturales que influyen en la génesis, expresión y evolución de la enfermedad mental han interesado a los psiquiatras durante mucho tiempo. A principios del siglo XX, Kraepelin sugería que en la frecuencia de los trastornos mentales influían directamente las características culturales. Nació, así, la psiquiatría comparativa. Desde entonces, la psiquiatría se ha visto condicionada por las diversas perspectivas desde las que se ha considerado la influencia cultural sobre los trastornos mentales, lo cual ha dado origen a la etnopsiquiatría, la psiquiatría cultural o la psiquiatría transcultural.

La evolución hacia la multiculturalidad -reflejo del progresivo incremento de la migración en el mundo- se encuentra con una serie de peculiaridades lingüísticas y culturales que dificultan la adecuada asistencia sanitaria, si no se cuenta con un adecuado encuadre cultural.

Un ejemplo de la importancia del abordaje del componente cultural se ha visto reflejado en la inclusión de un Eje Idiográfico en la Formulación Diagnóstica de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP), con una base epistemológica en la Investigación

Cualitativa Etnográfica, en todo lo cual, nuestro grupo tuvo una importante participación. No se ha mencionado hasta ahora, pero allí nos adelantamos a la Formulación Cultural que hoy propone el DSM-5 de la APA.

Vertex: ¿Cómo surgió el GLADET?

SVB: Han transcurrido más de cincuenta años desde que un grupo de profesionales de la psiquiatría latinoamericana unió esfuerzos e iniciativas para cimentar lo que ahora es la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL).

En 1951 se reunieron en Jalapa, Veracruz, México, los doctores José Antonio Bustamante (Cuba), Guillermo Dávila (México) y Carlos Alberto Seguí (Perú), quienes se autodenominaron Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales (GLADET). Durante los siguientes 10 años, el punto de discusión de dicho grupo fue la necesidad de dar una respuesta satisfactoria a las interrogantes surgidas en el Congreso Mundial de París de 1950. Los latinoamericanos allí presentes sintieron que en tal congreso se estaban debatiendo los problemas de una región del mundo con arreglo a una particular per-

cepción europea, lo que limitaba su aplicación y marginaba, tal vez involuntariamente, los diferentes contextos de otras regiones del planeta. Con este panorama y ante tales necesidades, en 1960 se reunieron en La Habana, Cuba, Seguín, Dávila, Bermann, Pacheco e Silva, Mata de Gregorio y Bustamante, quienes decidieron celebrar el Primer Congreso de la APAL en Caracas en 1961, el cual fue considerado por algunos como una continuación del realizado en Jalapa en 1951.

De esta manera se establece el primer antecedente histórico latinoamericano de estos esfuerzos por llevar la práctica de la salud mental bajo la luz de los contextos sociales y culturales. Así iniciaron las aportaciones de este continente; por ejemplo, el término transculturación, por parte del doctor Fernando Ortiz, de Cuba. La palabra que se usaba en diversos estudios era aculturación (*acculturation*), empleada por Powell desde 1889.

El profesor José A. Bustamante, el líder más destacado en estos estudios en Cuba, en su ponencia presentada en la III Sesión Plenaria "Psiquiatría Transcultural" del IV Congreso Mundial de Psiquiatría, aclaró el proceso por el cual se aceptó mundialmente el término transculturación en lugar del término sajón expuesto.

Han pasado más de cinco décadas y ahora un entusiasta grupo de intelectuales, en homenaje a aquellos pioneros, retoma con un nuevo rumbo estos intercambios académico y científicos, pero conserva el nombre como un justo homenaje a los pioneros.

En febrero de 2007 se funda legalmente en Guadalajara, Jalisco, México, el Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales, AC (GLADET).

Vertex: ¿Cuáles son los objetivos y funciones del GLADET?

SVB: Somos un grupo de profesionales interesados en la investigación, la clínica, la docencia y la difusión científica de la psiquiatría y sus vínculos con la cultura latinoamericana. Buscamos evidenciar la importancia de los componentes culturales en diversos aspectos de la salud mental de nuestra población. Nuestro objetivo es influir en las políticas de salud mental para que se consideren y respeten las bases culturales, y así lograr un enfoque integrador de la salud pública en nuestro continente.

Queremos constituirnos en un grupo de líderes en el área de la psiquiatría cultural, capaz de influir decisivamente, con información de alta calidad académica y científica, en el curso de la salud mental en América Latina. Esto lo lograremos fomentando un genuino intercambio multidisciplinario de de altura académica y científica, orientado a la generación de nuevos discursos, teorías e ideas, con especial hincapié en áreas como el diagnóstico psiquiátrico cultural, los procesos de migración, la acul-

turación, la etnopsicofarmacología, la medicina tradicional, las religiones, la espiritualidad y el arte.

Vertex: ¿Cuáles han sido sus principales actividades y publicaciones?

SVB: Hemos organizado tres congresos y el IV tendrá lugar en 2015, simultáneamente con el IV Congreso de la World Association of Cultural Psychiatry.

Nuestro Primer Congreso Internacional tuvo lugar en Guadalajara, Jalisco, México del 17 al 20 de abril del 2008. Se organizó en conjunto con la Sección de Psiquiatría Transcultural de la Asociación Mundial de Psiquiatría, la Asociación Mundial de Psiquiatría Cultural y la Asociación Psiquiátrica de América Latina, además de otras asociaciones de relevancia nacional e internacional. Su lema fue "Psiquiatría, naturaleza y cultura, de lo singular a lo universal", y su objetivo principal fue reunir las visiones de los clínicos, investigadores y trabajadores de la salud mental con particular interés en la psiquiatría transcultural de América Latina y del mundo.

El Comité Científico Internacional estuvo formado por distinguidas personalidades de todo el mundo.

Entre los miembros re-fundadores y/o miembros honoríficos del GLADET puedo mencionar a Renato D. Alarcón, José López Rodas y Julio Acha de Perú; Carlos Rojas Malpica, Néstor de la Portilla y Joyce Esser Díaz de Venezuela; Pablo Pascual Báez de la República Dominicana; Ana E. Toledo y Francisco Alonso-Fernández de España; George Wolfgang Jilek de Canadá; Goffredo Bartocci de Italia; Kamaldeep Bhui del Reino Unido; Jean Garrabé de Lara, Yves Thoret, Pierre Chenivresse y Manuela de Luca de Francia; Marcos de Noronha de Brasil; Ron Wintrob, Wen-Shing Tseng y Jon Streltzer de los EE.UU.; así como a mis compatriotas Héctor Pérez-Rincón García, Felipe Vázquez Estupiñán, José Dorazco Valdéz, Jesús Gómez-Plascencia y Castillo, Eduardo Corona Tabares, Sergio Gorjón Cano, José Contreras Plascencia, José Luis Estrada, Héctor Rodríguez Juárez, Martha Patricia Aceves Pulido, Ana Cecilia Lara, José Refugio Reyes Rivas, Efraín Torres Vaca, Jorge Arturo Serna Ornelas y Ricardo Virgen Montelongo de México.

La memoria del primer congreso de GLADET quedó plasmada en un libro fundamental para la psiquiatría contemporánea de América Latina.

El Segundo Congreso Internacional GLADET fue en la ciudad de Cusco, del 28 al 30 de agosto de 2010, conjuntamente con el XXI Congreso Peruano de Psiquiatría. Las conversaciones para realizar los Congresos con la colaboración de ambas instituciones se iniciaron en el marco de un encuentro internacional sobre depresión, realizado en la ciudad de Huatulco, México en año 2009, que contó con la participación de los Dres. Julio Acha, Carlos Rojas Malpica y un servidor.

El Presidente Ejecutivo del evento, fue el Dr. Hugo Chávez, Presidente de la Asociación Peruana de Psiquiatría. Los Presi-

dentes honorarios fueron Goffredo Bartocci, Presidente de la World Association of Cultural Psychiatry (WACP) e Yves Thoret, Presidente de la Sociedad de L'Evolution Psychiatrique. Los colegas Aitor Castillo y Julio Acha, fungieron como Presidente y Vice-Presidente del Comité Organizador, respectivamente. En esa ocasión tuvo lugar el Simposio GLADET sobre "La psiquiatría cultural en América Latina" con la participación de Renato Alarcón que presentó un importante trabajo intitulado "En busca de El Dorado: panorama de la investigación en Psiquiatría Cultural en América Latina"; yo mismo expuse acerca de "La embriaguez de lo divino"; Néstor de la Portilla presentó un panorama de las "Revistas Psiquiátricas Latinoamericanas en un mundo globalizado" y Carlos Rojas Malpica disertó sobre "La hermenéutica del silencio en la representación social del trópico".

También se realizó allí el Simposio de GLADET y de la WACP, coordinado por el profesor Bartocci sobre "Tópicos de Psiquiatría Cultural". En el mismo participaron Eduardo Corona, quien expuso sobre el tema "Trastornos afectivos en la etnia Wixárika" y Jean Leccia y Marcos de Noronha, quienes disertaron sobre "Clinical Studies of a territory" y "Ritos curativos folklóricos brasileños" respectivamente. En horas de la tarde se realizó una Sesión Plenaria del GLADET, en la que se dictaron las siguientes conferencias: Goffredo Bartocci, "Psychotherapy, culture and supernatural", Jean Garrabé de Lara, "Los intercambios franco-peruanos en psiquiatría y neurología", y yo "De la psiquiatría folklórica a la psiquiatría cultural". La Société de L'Evolution Psychiatrique, también organizó en esa ocasión un simposio que contó con las ponencias de Yves Thoret, "La defiliación en la obra Inca Apu Ollantay", Jean Garrabé de Lara, "Estudios clínicos y literarios en psicopatología" y Manuella De Luca, "Psicopatología de las conductas de ataque al cuerpo en adolescentes y jóvenes adultos".

Con el objetivo de abordar el tema de la violencia y las migraciones, desde la perspectiva de la psiquiatría cultural, el GLADET convocó su III Congreso Internacional que

reunió un significativo grupo de especialistas de distintas regiones del mundo en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, entre el 9 y 11 de agosto de 2012.

Durante ese evento se entregaron por vez primera las condecoraciones "Prof. Honorio Delgado" al Prof. Francisco Alonso Fernández por su intensa labor docente y de investigación reflejada en una singular productividad; "Prof. Jean Garrabé" al Prof. Renato D. Alarcón por su extraordinaria trayectoria profesional y por el humanismo que siempre ha manifestado, y "Prof. José Luis Patiño Rojas" al Dr. Rodrigo Figueroa Vera por su destacada labor como médico residente y joven psiquiatra.

Algunas de nuestras publicaciones más destacadas son las siguientes: Villaseñor Bayardo, S. J. Rojas Malpica C., Garrabé J. (2011). Antología de textos clásicos de la psiquiatría latinoamericana; Villaseñor Bayardo, S. J. (2009). Psiquiatría naturaleza y cultura: de lo singular a lo universal; Villaseñor Bayardo, S. J. (2008). Apuntes para una Etnopsiquiatría Mexicana; Villaseñor Bayardo, S. J., Alonso Fernández E., Garrabé de Lara J. (2007). La Psiquiatría en el siglo XXI: realidad y compromiso; Villaseñor Bayardo, S. J. (2006). Voces de la Psiquiatría. Los Precusores y Villaseñor-Bayardo, S. J. (compilador) (2003). La Misoginia, el odio al origen.

El IV Congreso Internacional del GLADET será en el año 2015 simultáneamente con el IV Congreso de la World Association of Cultural Psychiatry que tendrá lugar en Puerto Vallarta, Jalisco, México.

El congreso se denomina "Desafíos Globales y Psiquiatría Cultural: desastres naturales, conflictos, inseguridad, migración y espiritualidad". A diferencia de lo que pasó en el Primer Congreso Mundial de Psiquiatría en París en 1950, en esta ocasión tenemos la firme convicción de que la psiquiatría latinoamericana estará plenamente representada en el concierto de la aldea global y que nuestras y inquietudes y perspectivas serán una voz legítima del desarrollo científico y la problemática de nuestro continente ■



Los indígenas y la locura¹

Lucio Meléndez



Lucio Meléndez, Director del Hospicio de San Buenaventura, desde 1876, institución que ampliada y reformada pasó a ser el emblemático Hospicio de las Mercedes en 1887, fue también el primer profesor titular de la flamante cátedra de Patología Mental creada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1886. A lo largo de su vida produjo una extensa obra escrita que incluyó más de cien artículos publicados en revistas especializadas (fue colaborador durante años de los "Anales del Círculo Médico Argentino" y de la "Revista Médico-Quirúrgica") sobre temas sanitarios, nosográficos, de medicina legal, etc., y la serie de más de cincuenta observaciones clínicas en las que plasmó su forma de abordaje de las enfermedades mentales. Entre esos escritos se encuentra el que reproducimos a continuación que constituye el primero en su tipo de la literatura médica argentina.

No ha muchos días que el amable noticiero de *La Nación* se admiraba de la gran cantidad de alienados que tenían entrada en el Departamento de Policía y decía que los hombres de ciencia, retirados del calor de las cuestiones políticas, debían estudiar las causas de este aumento creciente de insanos en la Provincia de Buenos Aires.

Profesores de la especialidad de Pinel y amantes de su escuela, vasta y fecunda, en manos de sus dignos discípulos y de los alienistas contemporáneos, no hemos desoído esta justa indicación, y nuestra tarea por ahora se limita á recoger los datos que aparezcan más tarde cuando desaparezca la atmósfera electoral por que atravesarnos, para que nuestra palabra pueda tener eco entre las personas que deban ponerlas en práctica, como únicos encargados de velar por la salud de esos desgraciados.

Nuestra mente es limitarnos, pues, á consignar algunos hechos referentes á las palabras con que encabezamos estas líneas.

Hace algún tiempo que venimos acariciando tan provechosa idea; pero la falta de datos no nos ha permitido hacer un estudio detenido y serio como lo deseábamos.

En nuestros ratos de ocio nos preguntábamos ¿porqué no han ingresado alienados indígenas al Hospicio de

las Mercedes, después de la guerra de conquista llevada al interior de la Pampa? ¿Pertenece acaso, nos decíamos, aquellos seres bárbaros á una raza privilegiada? La última interrogación nos era difícil aceptar, á juzgar por lo ocurrido con los salvajes de otras naciones.

En verdad que no encontramos motivos suficientes para creer que el órgano cerebral del indígena haga excepción á las reglas generales de la organización humana.

El pulmón, corazón e hígado son igualmente aptos para sufrir una enfermedad aguda ó crónica, cualquiera que sea su forma; siguiendo el cuadro nosológico, el cerebro, órgano de funciones múltiples, es igualmente apto como aquellos, para sufrir una enfermedad de la misma naturaleza. No hay motivos legítimos para afirmar lo contrario, supuesto que el alienado no es sino un enfermo, cuyo padecimiento material está localizado en el cerebro ó fuera de él; pero que el órgano ó víscera que la padece está en íntima relación con aquel por acción simpática o refleja.

Admitido que las enfermedades mentales tienen su asiento en el cerebro y no en el espíritu, como sostienen hasta hoy algunos alienistas, pasamos á estudiar las causas, que han podido influir en el organismo del salvaje

¹ Publicado en *Revista Médico-Quirúrgica*, 1880, XVII, pp. 34-36.

para producir la locura y veremos que el poder de aquellas no está en relación con los casos de vesania ocurridos.

A varios jefes del ejército argentino les hemos preguntado si han tenido ocasión de ver producirse casos de locura en los indígenas, con especificación de categorías, sexo y edades; contestábanos los unos afirmativamente, citándonos hechos prácticos, y los otros negativamente.

Es admirable que esta raza no haya dado gran número de insanos, sometidos como lo han estado por tantos meses á las variadas y múltiples causas, que producen la enajenación mental en las razas civilizadas; y sin embargo, los casos de vesania no han tenido lugar como era de esperarse.

Azotados por el enemigo en todas partes, desalojados de sus hogares para buscar una guarida donde ocultarse, sufriendo penurias de todo género, han podido resistir valerosamente á tales acontecimientos sin perder la razón y no se dirá que su organismo robusto y fuerte los pone á salvo de contraerías vesanias y que educados bajo un sistema militar están menos pre dispuestos que los habitantes de la ciudad. Tal argumentación no tiene á nuestro juicio valor alguno, porque todos los días estamos presenciando ejemplos en contra de ello.

Los militares más valientes, como los soldados mas arrojados han sufrido una enfermedad mental acá y en otras partes bajo una causa poderosa. Todos los organismos y temperamentos son susceptibles de padecerlas con algunas especialidades, en las que interviene además la especialidad de las causas.

Podría decirse con algún viso de verdad que los salvajes están más acostumbrados á sufrir la sed y el hambre que los de las ciudades; pero no son estas las únicas causas, que pueden influir en el salvaje para producir la vesania ¿ cuántas otras no han existido ? como las prisiones, la muerte de un ser querido, del jefe de una tribu ó de una familia; y á pesar de esto, no se han producido tampoco los casos de locura ó al menos no tenemos noticia de que tal cosa haya sucedido.

¿Podrá decirse de un modo categórico que, no habiéndose producido la enfermedad mental en los primeros tiempos deje de presentarse más tarde en los traídos a las ciudades para hacer el aprendizaje y disfrutar de la vida civilizadora ? Tampoco se puede afirmar esto de un modo terminante.

Uno de los Sres. Jefes nos refirió que de los heridos prisioneros hechos en el Colorado había sido atacado de enajenación mental un joven indígena, á juzgar por la incoherencia que se notaba en su conversación y en las ideas absurdas que manifestó algunas veces, diciendo que tenía el poder de evadirse merced al *gualichu* de que disponía para burlar la vigilancia severa á que se encontraba sometido; ideas que un día puso en práctica pretendiendo volar de arriba de las trincheras del fortín para caer en una zanja llena de agua en la que pereció á los cortos instantes.

En este indio mediaba la circunstancia de encontrarse herido; lo que dio lugar quizá á una fiebre traumática en alto grado, produciéndose el delirio nervioso, que le hacía concebir ideas irrealizables y fantásticas.

La nostalgia, que obra tan poderosamente en el hombre civilizado, ha dado lugar á un caso de vesania

en una de las indias alojadas en el hospicio de alienadas, según nos lo refiere uno de los practicantes de aquel establecimiento.

No recordamos en estos momentos si ella pertenece á las argentinas ó chilenas; creo que sea á las últimas. A mas, diré que la enferma presenta el tipo de una lipe-maniaca, y lo mas particular aun, es que aborrece á las que no son de su nación, y pide con frecuencia que se le separe de ellas.

Parece que el conocimiento de las cuestiones de límites con Chile, ha llegado hasta la Pampa; lo que no puede explicarse de otra, manera sino suponiendo que los cristianos de la nación hermana, que están en relaciones comerciales con los indígenas, exploten esta materia para despertar en ellos el odio hacia el argentino é inducirlos á defender hasta el sacrificio sus hogares y hacerles creer que se les usurpa sus terrenos de los que se creían dueños absolutos.

Estas ideas nos ha sugerido la antipatía que tiene la enferma por las otras indígenas, que se encuentran con ella y que son de nacionalidad argentina; de otro modo no concebimos tales rencores, cuando no hay motivos de distinciones hacia estas últimas de parte de las encargadas de asistir las.

Hemos sabido también que algunos de los indios repartidos entre las familias han presentado caracteres de idiotas; lo que no extraño si reflexionamos que ellos pueden depender de tribus cercanas á las cordilleras, en donde, por las condiciones climatéricas, se ven esos seres desgraciados por falta de desarrollo cerebral.





Tampoco extrañaríamos que ellos á su vez lo hubieran heredado de sus antepasados; porque vemos diariamente en las Provincias del interior próximas á los Andes, que los idiotas y cretinos engendran hijos en las mismas condiciones de salud que sus genitores y en las que existen, además, los casamientos consanguíneos, como quizá tenga lugar entre los indígenas, siendo esta una de las causas que por sí sola produce alienados en varias generaciones.

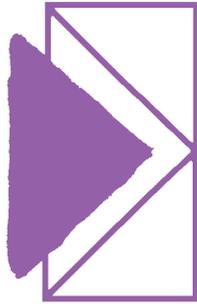
Si hasta el presente no se han presentado otros alienados en los centenares de indígenas repartidos en las ciudades y cuerpos de ejércitos, no nos sorprendería verlos más tarde en ese penoso estado; pues se ha visto ya en los Estados Unidos que los salvajes llevados á la vida de las ciudades han perdido la razón; lo que se explica por ciertas exigencias y abusos que trae aquella á los que no pueden sobreponerse por falta de cultura.

Nuestro comprofesor y amigo el Dr. Damianovich, nos ha noticiado de un indio alienado que se encuentra

en el Hospital Militar en una de las salas á su cargo, el cual hacia parte de un batallón de línea, y cuya causa ocasional de la enfermedad cree ser una congestión cerebral á consecuencia de las fatigas de una marcha forzada con un día de calor sofocante.

En el caso referido por nuestro colega encontramos la existencia de dos causas ocasionales poderosas, el trabajo hasta el cansancio por una parte, y el calor solar por otra.

Terminaremos estas líneas en la esperanza de que no estará quizá muy lejano el momento en que podamos observar algunos casos prácticos, de indígenas insanos, que nos permitan presentar algún cuadro importante como materia de estudio para los que deseen dedicarse á esta especialidad; ó hasta que los cirujanos militares nos den algunos datos al respecto, creyéndoles en mejores condiciones que nosotros para hacer un estudio de esta naturaleza, por haber hecho la campaña del Rio Negro ■



confrontaciones



Declaración de Santiago

I Conferencia Latinoamericana del Espectro Autista Santiago, Chile, 2013

10 y 11 de Septiembre
Aula Magna, Facultad de Medicina
Universidad de Chile

Un poco de historia

Un año y medio antes de realizar la Conferencia de Chile 2013 y a expensas de una idea y propuesta del Dr. Ezra Susser, miembro de RedeAmerica y de la Universidad de Columbia, surge la posibilidad de conectar profesionales e instituciones dedicadas a la problemática del TEA, fundamentalmente enfocados a la inclusión de programas de Detección Temprana en poblaciones de bajos recursos y con altos niveles de vulnerabilidad, con herramientas que permitieran hacer una pesquisa y seguimiento, antes de los dos años (*La situación de la salud mental infantil hoy en el mundo entero se encuentra en la enorme responsabilidad de mejorar las condiciones de vida de los niños que logran sobrevivir pero no de cualquier modo, sino con las garantías necesarias para poder alcanzar un desarrollo integral adecuado*). Hubo una primera exploración de las herramientas disponibles y una evaluación de cuáles serían las poblaciones que pudieran interesarnos para lograr conseguir perfiles epidemiológicos que no estaban disponibles en esta zona de Latinoamérica. La propuesta era conectar tres países: Argentina, Chile y Brasil... países en los que RedeAmerica venía desarro-

llando intercambios, entrenamientos y propuestas de investigación compartidas en poblaciones adultas, lo cual facilitaba el futuro proyecto de trabajo con niños y adolescentes.

Comenzaron entonces las reuniones mensuales, con la representatividad de profesionales de los tres países y la incorporación FUNDAMENTAL del Dr. Michael Rosanoff, representante AS, quien junto con el Dr. Susser fueron pilares insustituibles de toda la actividad desarrollada.

Rápidamente se concluyó como fundacional la relevancia de generar un encuentro internacional de intercambio, actualización y programación, en una actividad conjunta que incluyera además de los profesionales, instituciones, ámbitos académicos, representantes del estado, grupos de padres y el apoyo de agencias internacionales (OPS, UNICEF), todos sectores que facilitarían la visibilización de una problemática del desarrollo en aumento y para la cual no siempre hay definidas políticas públicas y estrategias consensuadas.

Chile, con fuerte representatividad en RedeAmerica, fue por consenso la elegida para este primer evento: la articulación de un comité local chileno de excelencia, junto al comité local tri-nacional y al grupo ampliado con los colegas de Universidad de Columbia y AS permitió gestionar la organización y ejecución de esta trascendente actividad, financiada de manera considerable por AS, que ha mostrado permanentemente su interés en desarrollar actividades en la región, al que se sumó la colaboración financiera del Departamento de Psiquiatría Norte, Universidad de Chile y el Magister de Psicología Infantojuvenil de la Escuela de psicología.

El evento

El 10 y 11 de setiembre de 2013, en la Sede de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y con la presencia de 650 personas (profesionales, grupos de familiares, instituciones del tercer sector, representantes de organismos internacionales, autoridades gubernamentales locales, miembros de todas las entidades que dieron auspicio, en primera línea: Autismo Speaks, RedeAmericas, Columbia University (Malman School of Public Health), Universidad de Chile, y en segunda línea: PANAACEA, Autismo & Realidade, Instituto Austral de Salud Mental, WAIMH, IPUB, FLACSO, Universidad de Rio, BIOAUTISMO, SENADIS, se desarrolló con mucha intensidad en las exposiciones y profundo compromiso de los participantes la conferencia.

Las dos preguntas que guiaron el encuentro: “¿Donde estamos?” y “¿Hacia dónde vamos?”, metas y objetivos, abrieron las jornadas en la palabra del Dr. E. Susser, quien precisó “que nos orientaban problemas éticos, en los que las prioridades eran los aspectos colaborativos entre grupos, armando ayudas, impidiendo que el tema de TEA quede aislado de otras problemáticas, de otros trastornos que acompañan a los niños hasta su adultez”. (Salud Global)

Su objetivo fue fortalecer la visualización de los TEA y favorecer el desarrollo de iniciativas en el campo de la investigación, legislación, servicios, participación gubernamental y organizaciones de padres.

Fue destacable y significativa la doble participación plenaria del Dr. Lonnie Zwaigenbaum (Co-director Autism Research Centre, University of Alberta, Canadá):

Estado actual del Autismo / Estrategias Innovadoras para el Diagnóstico Precoz e Intervención en los TEA.

Con el espíritu de intercambio y participación, se crearon tres grupos de discusión, heterogéneos en la composición de sus participantes, coordinados por el comité organizador. El objetivo era definir problemáticas comunes, elaborar dificultades en áreas específicas,

compartir experiencias y realizar contactos más personales para nuevos intercambios.

Conclusiones de los tres grupos:

1. Estado de la investigación del Autismo y futuros proyectos en América Latina:

- En los tres países participantes no existen estudios de prevalencia de los TEA.

- Es necesario mejorar la calidad de registros existentes y facilitar el acceso a la información, para mejorar el desarrollo de estudios de prevalencia.

- Los estudios de prevalencia (transversales) no permiten identificar relaciones causales entre los factores estudiados, por lo cual también se requiere fomentar la investigación analítica.

- Se resalta la poca información de la población general sobre TEA.

- Se advierte el riesgo de la estigmatización respecto de TEA.

Se propone:

- Fortalecer el trabajo intersectorial a nivel local (en cada país).

- Formar una Red Latinoamericana de Actores Sociales relacionados con el trabajo con niños y adolescentes con TEA.

- Difusión Comunicacional en la población general del concepto TEA.

2. Legislación y programas gubernamentales:

- Existen dificultades para llevar a la práctica una norma jurídica en cada país, en especial en el tema TEA por lo multiforme del trastorno, que comprende muchas disciplinas de legislación transversal; esta es una situación a nivel mundial.

- Chile, Brasil y Argentina tienen sistemas jurídicos y funcionamiento del poder legislativo distintos: Argentina excesivamente Federal y complejo con mecanismos participativos redundantes pero progresista y de mucho protagonismo de las ONG. Brasil, federal y estadual en que se complementan en la operatoria de las políticas del autismo. Chile: más unitario, pero que tampoco es saludable para la operatoria del cumplimiento de los programas de autismo.

Se propone:

- Creación de un Foro Legislativo de esta Conferencia con los países participantes.

- Plantear en los organismos regionales (Mercosur, Pacto Andino, etc.) agendas oficiales con el objetivo de armonizar la legislación y crear mecanismos específicos para que se cumplan las leyes y se financien los proyectos con la presión de las ONG's.

3. Estados de los servicios clínicos en América latina y capacitación de profesionales clínicos en el área de TEA:

- Existen problemas de cobertura sanitaria en la región para los TEA y dificultades para la inclusión educativa acorde con el modelo de derechos vigente según la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad.

- En la región existen diferentes modalidades de atención, algunas sin sustento científico, lo que genera un perjuicio de las personas con TEA y sus familias.

Se propone:

- La urgente necesidad de incorporar programas de formación universitaria en el área de desarrollo, tanto para la detección como para la intervención temprana, en una estrategia interdisciplinaria.

- Participación de los organismos públicos con políticas de estado en salud y educación comprometidas con la problemática de los TEA.

- Establecer protocolos en la detección temprana y de intervención.

- Construir una plataforma virtual latinoamericana de extensión para abordar el tema de los TEA.

- Avanzar en la atención e inclusión social de personas adolescentes y adultas con TEA, capacitación para el trabajo que favorezcan la autonomía y la calidad de vida.

- Involucrar a los organismos públicos de la región y a los organismos internacionales para que apoyen y auspicien estas directrices en Latinoamérica.

- Favorecer en los profesionales la incorporación en su trabajo, de la comprensión y el amor que se requiere con personas con características distintas.

Apartado concerniente al Área de Instrumentos de Evaluación (relativo a las conclusiones de la jornada pre-congreso con asistencia de investigadores y clínicos de los tres países):

- Los 3 países tienen varias dificultades en relación al uso del ADOS y el ADI-R: adaptación y validación.

- El costo del entrenamiento, de los instrumentos y

el uso de ADOS y ADI-R y otros, es muy alto para nuestros países, lo que dificulta la investigación y la práctica clínica.

- Los 3 países cuentan con al menos un instrumento de pesquisa traducido: M-CHAT, SCQ, ABC. Se considera que el uso del ADOS y del ADI-R para proyectos de salud pública es poco factible.

Se propone:

- Crear un Comité Latinoamericano conformado por miembros de cada país con el objetivo de trabajar sobre la temática de los instrumentos diagnósticos.

- Autism Speaks podría conseguir que entrenadores oficiales en ADOS capaciten a equipos latinoamericanos a muy bajo costo o de manera gratuita.

- Plantear en la OMS el desarrollo de instrumentos que permitan la detección de TEA a nivel global. Conseguir apoyo económico de los gobiernos para llevar a cabo proyectos de investigación y estudios epidemiológicos.

- Compartir instrumentos utilizados en Brasil y Argentina.

- Explorar la validez y utilidad de otros instrumentos diagnósticos de mayor accesibilidad y revisar la posibilidad de crear un instrumento diagnóstico latinoamericano de TEA.

- Aunar esfuerzos con el Cultural Diversity Committee de INSAR que se reúne anualmente en IMFAR, ya que establece como una de sus prioridades el desarrollo de instrumentos de pesquisa y diagnóstico accesibles globalmente.

Mirando al futuro

1. La experiencia profundamente productiva que generó la Conferencia, de intercambio generoso y colaborativo entre los tres países, de conocimiento, experiencias, dificultades, soluciones, nuevos caminos, consensos, relatos colectivos y personales sobre el trabajo de profesionales y padres con niños y adolescentes con TEA nos compromete a todos los participantes a:

2. Proponer nuevas Conferencias, si es posible anuales, para trabajar y profundizar con más especificidad los temas atinentes a TEA (rotativamente en los países participantes).

3. Crear Convenios colaborativos de investigación.

4. Formular Evidencia regional que por similitudes geopolíticas puedan ser utilizadas en las políticas públicas de cada país vinculadas a TEA.

5. Crear un Foro permanente interactivo virtual o un Blog que permita el intercambio permanente y el aporte de conocimiento y experiencias.

6. CREAR UNA RED LATINOAMERICANA DE AGENTES DE SALUD, EDUCACION, LEGISLATIVOS Y FAMILIARES COMPROMETIDOS CON TEA.

La cobertura internacional vía *streaming*, gracias al esfuerzo magistral del comité local, permitirá acceder a esta Conferencia en: www.reuna.cl (videoteca) ■

Contactos en Argentina:

- Marcela Armus: marcela.armus@gmail.com
- Daniel Valdez: daniel.valdez@me.com
- Alexia Rattazzi: alexiarattazzi@panaacea.org

Lecturas y señales



La medicina del nuevo siglo. Evidencias, narrativas, redes sociales y desencuentro médico-paciente.

Apuntes críticos

Daniel Matusevich



Autor: Carlos Tajer
Libros del Zorzal, 2011

Antonio Muñoz Molina, en un excelente artículo aparecido hace apenas algunas semanas, nos habla acerca del comienzo asombroso de algunos libros en los cuales ya con leer las primeras líneas alcanza para ingresar en el interior de un mundo, en el desafío de un misterio o en la corriente de una historia. Continúa nuestro autor diciendo que, como si tropezáramos, caemos en medio de la narración como quien entra en una sala oscura con la película empezada; de buenas a primeras nos encontramos, como los personajes, en el trance de un descu-

brimiento y ya no podemos parar la lectura hasta que no lleguemos al fondo de todo.

Este efecto es percibido por el lector al abordar las primeras líneas del prólogo del excelente libro de Carlos Tajer, en el que, con evidente maestría narrativa y sensibilidad, quedan plasmadas las líneas fundamentales que luego serán desarrolladas y ampliadas en el resto del texto. La deshumanización de nuestra práctica médica, la falta de acceso a las coberturas, los avances en las neurociencias, el negocio de la medicina, la narración, la escasez de espacios de debate, la evidencia, el encuentro entre el médico y su paciente y la educación médica constituyen los grandes temas que marcan el ritmo de esta obra.

El autor, docente e investigador de profusa trayectoria, divide su obra en tres partes bien delimitadas (el credo de la medicina contemporánea, el encuentro del médico y el paciente y la medicina del nuevo siglo), cada una de las cuales está a su vez dividida en capítulos de lectura sencilla, sin sacrificar profundidad y complejidad.

Nos parece detectar un modo y una manera de desplegar los argumentos propia del galeno humanista de otros tiempos (hoy una figura que escasea, reemplazada por doctor experto en matemáticas y estadísticas), heredero de los grandes intelectuales de nuestra medicina, ducho en ciencias sociales y en ciencias biológicas, comprometido con las grandes polémicas de nuestro tiempo y que no retrocede frente a las discusiones, hoy opacadas por la corrección política.

Veamos algunos ejemplos que grafican estas opiniones: en la página 100 el autor describe lo que dio en

llamar “cardiología basada en la narrativa” a partir de relatos de pacientes, desplegando argumentos en los que conviven la mirada clínica, la empatía, los aspectos psicológicos, el sentido del humor y la emoción, para terminar realizando un elogio del modelo narrativo (“[...] en la narrativa del paciente siempre aparecerán aspectos de su situación emocional, y el solo hecho de preguntar sobre el tema aporta al paciente el permiso o la valoración de la relevancia de lo que en realidad le pasa en la vida”) que francamente se extraña en la mayor parte de los trabajos de los psiquiatras que fatigan las parrillas de los diversos comités de redacción, nacionales e internacionales.

Otra perla, “La cardiología en la era de las redes sociales”, un capítulo de lectura esencial para todos aquellos interesados en tratar de entender como Internet y sus derivados están cambiando la forma de ejercer nuestra práctica, planteando una serie de desafíos inéditos hasta ahora en nuestra profesión, los cuales son detallados por Tajer de manera amena y didáctica, pero sin sacrificar un ápice de profundidad, quedando planteado un escenario caracterizado por nuestro autor de la siguiente manera: “(...) en un momento complejo de la producción científica, con consensos que muchas veces nos despiertan dudas, atravesados por intereses y visiones muy consumistas o comerciales de la medicina y con la producción médica en su mayoría en manos de la industria, la necesidad de una participación comunitaria abierta y desprejuiciada en el debate es cada vez más necesaria”.

El lector interesado ya habrá tomado nota de que tenemos entre manos una obra en la cual la mirada del epistemólogo campea de principio a fin, circuns-

cribiendo un marco de análisis que se vislumbra en la portada bajo el subtítulo Apuntes críticos; es en ese sentido que Tajer no defrauda, ya que la polémica nunca es de cafetín o, siguiendo un artículo publicado por él mismo en un blog de la Revista Argentina de Cardiología: “(...) hemos aprendido, a lo largo de múltiples viajes en taxi y cortes de pelo, que cualquiera sea el tema planteado, interlocutores sin ninguna calificación opinarán con toda autoridad y precisión: no siempre es conveniente operarse de la vesícula, mira lo que le pasó a mi tía..., conozco a alguien que tuvo el mismo problema y lo demandó..., lo que hay que hacer con el petróleo es..., ese ruido que usted me cuenta debe ser el cigüeñal..., la intubación del arroyo no se hizo con la tecnología de avanzada... Yo en tres semanas te arreglo el problema del tránsito”. El autor nos alerta contra lo que él mismo dio en llamar “el médico lenguaraz”, afectado de una forma grave de incontinencia verbal patogénica, que encarnaría un aspecto devastador de la palabra médica, que trasciende las especialidades y acerca nuestra profesión a la universalidad de la estupidez humana.

En cambio aquí, las opiniones y los comentarios están perfectamente fundamentados y justificados redondeando una obra única, en el sentido planteado por Roberto Piglia cuando dice que un libro es único cuando no se parece a nada y tiene una cualidad epifánica que se percibe al leer cualquiera de sus páginas; aquellos que decidan asomarse a la producción de Tajer no se verán defraudados ni por su prosa ni por sus ideas, que se encuentran sin duda entre las más desafiantes de la medicina argentina actual ■

“La propuesta es apasionante, pero muy compleja de encarar, dado que los conceptos de evidencia son muy diferentes en las ciencias sociales y las naturales (cualitativos vs. cuantitativos), así como los criterios de verdad. Esta tensión entre humanidades y ciencias fácticas no se resume solo a la medicina, sino que abarca también todo el espectro del pensamiento científico, como se ha debatido en un libro reciente del eminente biólogo Stephen Gould. Para el análisis del paciente particular sobre el sentido de nuestra intervención, necesitamos del conocimiento psicológico-emocional y también de la dimensión cultural-histórico-social, necesariamente cualitativa.” (Pág. 55)