



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

105



ANTROPOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

Levín / Mantaras / Margulies / Matusevich / Neufeld / Thisted

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

Volumen XXIII - Nº 105 Septiembre - Octubre 2012 - ISSN 0327-6139

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

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, 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. Baremlit, 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 Matusевич, 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. Artilos Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

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

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXIII Nro. 105 SEPTIEMBRE - OCTUBRE 2012

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

En Europa: Correspondencia Informes y Suscripciones

Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,
 (75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22
 Fax.: (33-1) 43.43.24.64
 E.mail: wintreb@easynet.fr

Diseño

Marisa G. Henry
 marisaghenry@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: Mariana Gabor
Obra: "Entre cardones y garabatos"

(2009)
Acrílico sobre tela
100 x 100 cm.

www.marianagabor.com.ar

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad/impulsividad: su diagnóstico y detección de comorbilidades
Laura Silvia Visens pág. 325
- Caracterización epidemiológica de las hospitalizaciones por trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes en Córdoba, Argentina
Mónica Edith Bella, Raquel Bauducco, Jorge Luis Leal, María Guillermina Decca pág. 331
- El siglo del receptor, historia de ideas que iniciaron la psicofarmacología
Héctor Alejandro Serra, Daniel O. Fadel pág. 339

DOSSIER

- Antropología y Psiquiatría* pág. 350
 - Antropología social y antropólogos de ayer y de hoy: del exotismo y la reciprocidad imaginada a las desigualdades cotidianas
María Rosa Neufeld pág. 354
 - Métodos cualitativos en psiquiatría: utilización del "relato de vida" para el estudio del suicidio en la vejez
Gilda Mantaras, Daniel Matusevich pág. 359
 - Psicoanálisis y antropología social
Jens Ariel Thisted pág. 364
 - Medicina del VIH-Sida, tratamiento antirretroviral, adherencia: una discusión sobre el cuidado de sí
Susana Margulies pág. 369
 - Entrevista a Miguel Mihanovich
Santiago A. Levín pág. 374

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- Entre la Epidemiología Psiquiátrica y la Antropología Cultural: Fernando Pagés Larraya, un pensamiento singular
Norberto Aldo Conti pág. 386
- Lo irracional en la cultura
Fernando Pagés Larraya pág. 390

EDITORIAL

E

n abril del año próximo tendrá lugar el XXVIII Congreso Argentino de Psiquiatría de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) en torno al lema: "Estructura del síntoma y estrategias terapéuticas. La dimensión psicoterapéutica del rol del psiquiatra". Una inmejorable ocasión para poner sobre el tapete un aspecto crucial del ejercicio de nuestra profesión en el momento actual.

La aplicación de la psicoterapia fue desde siempre consustancial con el ejercicio de la psiquiatría. Desde el tratamiento moral de Pinel (cura psíquica, diría Johann Reil en 1803 en sus Rapsodien) hasta el psicoanálisis, y cualquier otra forma de influencia psíquica, técnicamente reglada y científicamente justificada, fue un componente de la función médica y, particularmente, de la especialidad psiquiátrica.

Durante el siglo XX ese campo técnico fue progresivamente compartido por los profesionales de la psiquiatría con los psicólogos clínicos, como lógica consecuencia del común interés por los fenómenos psicopatológicos y su corrección terapéutica.

Desde siempre la parte correspondiente a la adquisición de destrezas psicoterapéuticas ocupó un espacio indiscutido en la formación de los psiquiatras. Sobretodo durante las primeras tres cuartas partes del siglo pasado cuando la presencia de la fenomenología, y particularmente del psicoanálisis, como referentes teóricos, le dieron fundamento a la psicopatología dinámica. En ese contexto paradigmático, la combinación de psicoterapia de orientación psicoanalítica -con sus aditamentos de breve, planificada, focal, etc.- y psicofarmacología, junto a otras técnicas socioterapéuticas, constituyó el modelo de tratamiento más difundido de las enfermedades mentales.

Pero, en las últimas tres décadas se ha visto a nivel mundial una disminución en la intensidad de la formación psicoterapéutica de los psiquiatras. Esto se expresa en los contenidos curriculares de las carreras universitarias de especialistas y de las residencias -es cada vez menor, por ejemplo, el número de los psiquiatras en formación que considera que un psicoanálisis personal es indispensable para su futura práctica- generando un acantonamiento de la actividad terapéutica de los psiquiatras en la mera administración de medicamentos y la indicación de directivas conductuales. Afortunadamente, en nuestro país, esa tendencia, si bien se insinúa de manera preocupante, no ha alcanzado una alta adhesión; quizás por la fuerte impronta de nuestra tradición psi.

El diseño asistencial en el que "el psiquiatra prescribe medicamentos y el psicólogo habla con el paciente", fue impulsado por una concepción reduccionista biológica que da una prioridad a la corrección farmacológica de los trastornos mentales desvalorizando la inclusión de los aspectos subjetivos en su diagnóstico y tratamiento. No es de poca importancia señalar que este modo de entender la atención en la especialidad ha sido considerado funcional a la concepción economicista de los servicios gerenciados de salud; y también encuentra en el imaginario de la cultura contemporánea sus puntos de apoyo.

El fenómeno que hemos apuntado en relación a la formación de los nuevos psiquiatras, encuentra su justificación en los factores así enumerados. Dejar de lado ese aspecto de la formación es dejarlo de lado en las prácticas posteriores del ejercicio profesional. Renunciar a él es imposible sin recortar la riqueza y amplitud del campo clínico y quitar espesor humano a la consulta. El psiquiatra no puede ni debe renunciar a la dimensión psicoterapéutica de su rol. Cualquiera sea la escuela psicoterapéutica a la que adhiera es necesario que se forme y se entrene en esas técnicas, y explicithe los fundamentos teóricos psicopatológicos que mejor expliquen sus hallazgos clínicos ■

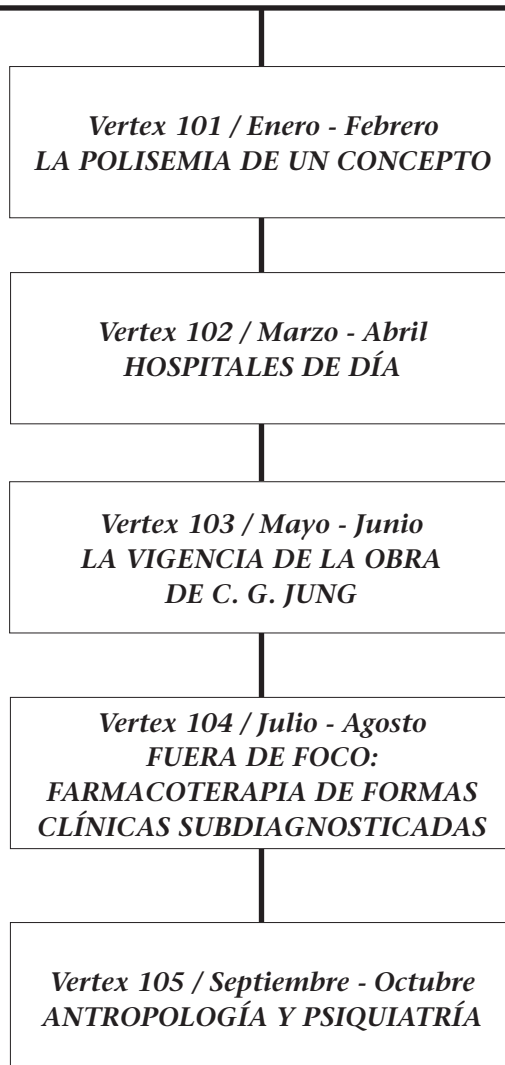
REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

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 2012





*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Trastorno por déficit de atención con hiperactividad/impulsividad: su diagnóstico y detección de comorbilidades

Laura Silvia Visens

*Médica. Departamento médico, Janssen Cilag Farmacéutica S.A.
E-mail: lvisens@its.jnj.com*

Resumen

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un desorden común en niños y en los últimos años ha sido más diagnosticado en adultos. La prevalencia en los adultos está entre 4-5%. Puede estimarse que entre un 50-70% de los niños afectados con TDAH mantienen la condición en la adultez. Para su detección y diagnóstico se usan diversos criterios que están siendo revisados en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) y herramientas validadas en español y gratuitas como el *ADHD Self-Report Scale* (ASRS). El TDAH a menudo se asocia con varias condiciones comórbidas, como trastornos del humor, ansiedad, conducta y de aprendizaje, trastorno oposicionista desafiante en niños y abuso de sustancias en adultos. En estudios en adultos se halló que hasta el 87% de los pacientes con TDAH presenta al menos una comorbilidad psiquiátrica, lo que acrecienta la importancia de un diagnóstico temprano preciso de TDAH. Los tratamientos farmacológicos actúan sobre los sistemas dopaminérgico, noradrenérgico y serotoninérgico. Dada la forma de presentación de la afección, su frecuente comorbilidad y reciente caracterización, el objetivo de la presente revisión se centra en describir aspectos generales de la enfermedad enfatizando su detección y diagnóstico.

Palabras clave: TDAH - Diagnóstico - Comorbilidades - Estimulantes.

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD): AN OVERVIEW

Summary

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a common disorder in children and it has been increasingly diagnosed in adults, as well. The prevalence in adults is reported to be between 4-5%. It is estimated that between 50-70% of all children suffering ADHD maintain the condition into their adulthood. There are several criteria used for the detection and diagnosis of ADHD, which are described in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) validated diagnostic scales like the *ADHD Self-Report Scale* (ASRS). ADHD is often associated with different comorbid conditions like mood disorders, anxiety, defiant oppositional conduct or learning disorders in children, and substances abuse on adults. Studies on adults, demonstrate 87% of the patients with ADHD present with at least one psychiatric comorbidity which raises the importance of an accurate early diagnosis of ADHD. Pharmacological treatment approaches for ADHD as well as for some of the psychiatry comorbidities involve the dopaminergic, noradrenergic and serotonergic systems. Considering the way in which ADHD presents, its common comorbidity and recent characterization, the objective of the present work is to describe the general aspects of the disease, with emphasis on its detection and diagnosis.

Key words: ADHD - Diagnosis - Comorbidities - Stimulants.

Introducción

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno psiquiátrico común en niños y en los últimos años ha sido más diagnosticado en adultos. Se caracteriza por una historia de inatención, hiperactividad e impulsividad asociados a problemas cognitivos y emocionales (20).

Aunque actualmente el consenso médico acepta la existencia del trastorno en la vida adulta, el comienzo del TDAH se produce en la infancia. La prevalencia en la infancia (dependiendo de los estudios) varía entre 3-7% (32). Los datos recolectados sugieren que los prominentes síntomas del TDAH persisten en aproximadamente 40-60% en la adolescencia o adultez y que el 1-6% de los adultos tienen TDAH (19, 23). En España se ha reportado en un grupo tratado una tasa de persistencia menor al 15%, pero sólo pudieron ser evaluados a lo largo del tiempo menos del 25% de los pacientes (34).

El impacto en la calidad de vida es considerable y la mayoría de los pacientes con TDAH presentan fallas en las actividades de la vida diaria que aumentan si coexiste con otros trastornos psiquiátricos. Las encuestas sugieren que las personas con TDAH alcanzan menos objetivos educacionales más allá de la escuela secundaria, es menos probable que tengan empleos de jornada completa y tienen en promedio ingresos significativamente más bajos que las personas sin el trastorno. Comparado con la población en general, el paciente con TDAH tiene duplicada la probabilidad de arrestos y divorcios y un 78% más de desempleo; también se asocia la enfermedad con más fallas en la conducción de vehículos, más multas por exceso de velocidad y suspensiones de licencias de conducir. Los jóvenes tienen, además, conductas sexuales riesgosas, no usan métodos anticonceptivos, tienen más embarazos y mayor probabilidad de transmisión de enfermedades sexuales. Por todo esto, el TDAH afecta la vida del paciente en lo educacional, profesional e interpersonal (2, 4, 6, 8, 36).

El TDAH a menudo se asocia con varias condiciones comórbidas, como trastornos del humor, ansiedad, conducta, trastorno opositor desafiante y de aprendizaje en niños y abuso de sustancias en adultos (16, 20, 25). Casi el 80% de los pacientes adultos con TDAH presentan al menos una comorbilidad psiquiátrica (4). Hay estudios que hablan de porcentajes mayores: 87% de los pacientes presenta al menos una comorbilidad psiquiátrica y el 56% al menos dos (28).

Por lo antedicho, el diagnóstico y tratamiento del TDAH suele ser un desafío. A pesar de la concientización, muchos médicos están poco dispuestos a evaluar y subsecuentemente tratar adultos con TDAH, en parte porque hay pocos datos sobre la presentación de los síntomas del TDAH en la adultez (44).

Dada la forma de presentación de la afección, su frecuente comorbilidad y reciente caracterización, el objetivo de la presente revisión se centra en describir aspectos generales de la enfermedad enfatizando su detección y diagnóstico en el adulto.

Se realizó una búsqueda en PubMed, Scielo y BIREME entre el 1/08/08 y el 30/06/11 con las palabras clave: *attention-deficit, hyperactivity disorder, bipolar, mania, adult, comorbidity, diagnosis, and treatment* (en Scielo y BIREME se extendió la búsqueda sin límite de fecha y en español) y se encontraron un total de 19 artículos. En la base de datos de *Clinical trials* se encuentran once estudios sobre esta patología, cinco observacionales y seis experimentales.

Evaluación

La evaluación de los adultos con síntomas de TDAH requiere un esfuerzo por integrar todos los datos clínicos disponibles que ayudarán en la realización del diagnóstico. Un protocolo estandarizado debería incluir una historia clínica completa (que incluya un diagnóstico retrospectivo de TDAH en la niñez), cuestionarios autoadministrados de síntomas, rendimiento neuropsicológico y evaluación de comorbilidad psicopatológica (35). Asimismo los antecedentes familiares son de relevancia ya que se ha hallado hasta un 20% de repetición del TDAH en familiares de primer grado (15). El TDAH es 3 veces más común en familiares de pacientes con TB que en los controles (14). La heredabilidad del TDAH se ha estimado hasta en un 80% (20).

Debe destacarse también que no se observa diferencia por género en TDAH en adultos. En la infancia la relación entre niños y niñas es de 2:1 hasta 9:1; mientras que en la adultez se hallan proporciones similares de varones y mujeres con la patología (7, 23).

Los principales síntomas del TDAH: inatención, hiperactividad, impulsividad, se asocian con problemas de focalización en tareas que demanden largo tiempo, dificultades en la organización, priorización de tareas, manejo del tiempo, olvidos frecuentes, extravío de documentos, entre otros. Los adultos con TDAH, a menudo, finalizan las tareas justo a tiempo o, a veces, no las finalizan, no pagan las cuentas, no contestan las cartas. La impulsividad en los adultos puede tener consecuencias más serias que en la infancia, imprudencia en la conducción, fin en las relaciones personales, renuncia en el trabajo sin otra alternativa laboral, incremento en el uso de sustancias (18).

Reconociendo que los trastornos pueden aparecer en la adolescencia y que muchos síntomas que eran conocidos en niños se presentan de manera diferente en adultos la edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), actualizada en mayo del 2010 y a publicarse en el 2013, propone en el diagnóstico clínico en adultos lo siguiente (3):

- a diferencia del diagnóstico en niños, se requieren solamente cuatro de los criterios de déficit de atención y/o de hiperactividad e impulsividad (Tabla 1);
- confirmados por la observación de terceros involucrados siempre que sea posible;
- no debidos a hostilidad, rebeldía o falta de comprensión;
- que hayan estado presentes a los 12 años;

- que aparezcan en al menos dos situaciones diferentes (en la casa y con amigos, en la casa y en la escuela);
 - síntomas que claramente interfieran o reduzcan la calidad del desempeño social, laboral o académico;
 - síntomas que no se produzcan exclusivamente en el marco de una crisis esquizofrénica o de otras comorbilidades;
 - con duración de al menos seis meses.
- En base a la presencia de la sintomatología señalada, el DSM-5 sugiere la clasificación que se describe en la Tabla 2.

Tabla 1. Síntomas a evaluar para el Diagnóstico de TDAH (Modificado de DSM-5).

Para déficit de atención, frecuentemente
<ul style="list-style-type: none"> (a) falla en brindar atención a los detalles o cometer errores por falta de cuidado en el estudio o el trabajo (b) dificultad en mantener atención en lecturas prolongadas, conferencias o conversaciones (c) apariencia de no escuchar cuando se le habla directamente (d) no cumple con las indicaciones pierde el foco rápidamente o se distrae con situaciones marginales sin terminar las tareas (e) dificultad en organizar sus actividades manteniéndolas en orden (f) rechazo a participar en tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido (g) pérdida de objetos necesarios para el trabajo (h) se distrae fácilmente con estímulos extraños y pensamientos no relacionados al tema en cuestión (i) olvidos en la actividad cotidiana como devolver llamados, pagar facturas o concurrir a citas
Para hiperactividad e impulsividad frecuentemente
<ul style="list-style-type: none"> (a) mueve nerviosamente las manos los pies o en la silla (b) está agitado o inquieto en situaciones en que los demás están sentados (c) se mueve excesivamente o se siente agitado o limitado (d) excesivamente ruidoso (e) en movimiento, se siente incómodo estando sentado por cierto tiempo como en comidas o reuniones (f) habla excesivamente (g) interrumpe al hablar o se precipita o completa la frase del interlocutor (h) presenta dificultades en esperar su turno en una cola (i) interrumpe o se entromete en las actividades de otros (j) actúa impulsivamente (k) es impaciente (l) está incómodo al realizar tareas lentamente o sistemáticas (m) le resulta difícil resistir tentaciones u oportunidades incluso sin evaluar su riesgo

Tabla 2. Clasificación del TDAH (DSM-5).

<p>Combinada: al menos cuatro criterios de déficit de atención e hiperactividad.</p> <p>Déficit de Atención Predominante: al menos cuatro criterios de déficit de atención y tres de hiperactividad.</p> <p>Déficit de Atención Predominante (restrictivo): al menos cuatro criterios de déficit de atención y dos de hiperactividad.</p> <p>Hiperactividad Predominante: al menos cuatro criterios de hiperactividad.</p>
--

Uso de escalas para detección y diagnóstico

Debido a las dificultades señaladas se han diseñado varias escalas que pueden transformarse en herramientas de uso cotidiano. Para la detección se ha elaborado la escala autoadministrada *ADHD Rating Scale* de 18 ítems (13), y la de seis ítems de la Organización Mundial de la Salud. (*ADHD Self-Report Scale*, ASRS), ambas traduci-

das al español y validadas (24). En estudios poblacionales por encuesta se ha estimado la sensibilidad de estas herramientas en un 68,7%, su especificidad en 99,5% y una precisión general del 97,9% (22).

Otro cuestionario que cumple funciones similares es el *Conners' Adult ADHD Rating Scale* (CAARS). Esta escala se presenta en distintas versiones y se acompaña del *Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV* (CAA-

DID) que es una guía estructurada de 180 minutos de duración para la entrevista de sujetos de 18 años o más. Otras escalas pueden incorporarse, algunas aún en etapa experimental. Asimismo existen escalas para la medición de la calidad de vida en pacientes con TDAH (26).

TDAH y comorbilidades psiquiátricas

En adultos se ha reportado que aproximadamente el 87% de los pacientes con TDAH presenta al menos una comorbilidad psiquiátrica y el 56% al menos dos (28).

La depresión mayor se encuentra en el 24-31%. En la población en general, la prevalencia de trastorno de ansiedad alcanza el 20%, mientras que en los adultos con TDAH llega al 47% (16). La literatura sugiere que los niños con comorbilidades psiquiátricas tales como trastorno de conducta (TC) pueden tener más alto riesgo de persistencia de síntomas de TDAH.

El TC es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes en la infancia con una prevalencia del 6-16% en hombres y del 2-9% en mujeres. La prevalencia de la comorbilidad entre TDAH y TC es del 10.7% (38).

Los trastornos del humor, incluyendo trastorno bipolar I y II (TB) y depresión mayor, son comúnmente encontrados en niños y adultos con TDAH (25). Alrededor del 9-35% de los pacientes adultos con TB tienen también diagnóstico de TDAH (21, 29, 40).

La prevalencia de TDAH y TB comórbidos varía según el subtipo de TDAH y TB. Se han reportado más altas tasas de TB en pacientes con TDAH tipo combinado comparado con el tipo inatento o hiperactivo. Es más frecuente que a los pacientes con TDAH comórbido se los diagnostique con TB I (31).

Hay claras diferencias reconocibles entre el TB y el TDAH, los síntomas del TDAH tienden a ser más estables, en contraste con la naturaleza episódica del TB. Además, el aumento de la productividad, la alta autoestima y los signos psicóticos son más frecuentes en los períodos eufóricos del TB y raramente aparecen en el TDAH (42).

El abuso de sustancias y la adicción al alcohol y nicotina son más prevalentes en pacientes con TDAH que en la población general (44). Uno de los trastornos comórbidos más frecuentes del abuso de sustancias de comienzo precoz es el TDAH (45). Entre 7,5% y 54% de los pacientes afectados por abuso de sustancias presentan TDAH (1, 25). En tal sentido se ha recomendado que se detecte TDAH en pacientes con abuso de sustancias (17).

Recientemente se encontró diferencia significativa entre la prevalencia de TDAH en estos pacientes registrada en historia clínica (3.4%), y en el mismo grupo cuando se detectó usando el ASRS (43.7%) (27).

La frecuente comorbilidad del TDAH con otras patologías psiquiátricas lleva a plantearse la necesidad de detección de TDAH cuando se diagnostican otras patologías.

Uso de imágenes

En los últimos años, los estudios de neuroimágenes han resaltado la importancia, en pacientes con TDAH,

de disfunciones en áreas prefrontal y cingulada anterior y ganglios basales (37, 41).

A pesar del aumento en el reconocimiento del TDAH del adulto, hay menos información en cuanto a la estructura cerebral y su función en esta patología. En el PET se encontró disminución del metabolismo de glucosa en frontal superior, premotor y corteza cingular en adultos con TDAH. Usando un test de memoria del trabajo con PET se encontró que la activación de la circulación sanguínea fue más prominente en las regiones frontales y temporales en los sujetos controles pero más difusa y menos frontal en los pacientes con TDAH; esto se observó en varones con TDAH, no así en mujeres. También se halló una reducción en el volumen de la corteza orbitofrontal izquierda en pacientes con TDAH (43).

Un importante número de estudios sugiere involucramiento de regiones fronto-estriatal, fronto-parietotemporal, fronto-cerebelar y fronto-límbica en adultos con TDAH; estas anomalías estructurales y funcionales persisten en la adolescencia, a pesar de una mejoría en los síntomas (12).

Aunque las imágenes funcionales aparentan ser una herramienta promisoriosa se necesitan más estudios para establecer su verdadero valor (26).

Tratamiento

Para el tratamiento de la afección, existen diferentes alternativas, tanto no farmacológicas (restricción dietaria, entrenamiento conductual parental) como farmacológicas, las que no serán abordadas en detalle dado el carácter de esta revisión (5) (33). La administración de medicación a un paciente con TDAH debe llevarse a cabo en colaboración con el paciente y la familia (9).

A pesar de la alta prevalencia en la edad adulta, solamente el 11% de los adultos es tratado, debido a múltiples factores, incluyendo la falta de concientización por parte de los médicos del TDAH en adultos, mal diagnóstico y mal tratamiento de las condiciones comórbidas y del TDAH (39).

El tratamiento usado en niños es también efectivo en adultos según evidencia científica basada mayormente en estudios de corto plazo (5) (10) (46). Los agentes farmacológicos aprobados son los estimulantes (sales de anfetaminas, dexametilfenidato y metilfenidato) y no estimulantes (atomoxetina). Los fármacos de larga duración son más recomendados para adultos (30).

La droga de primera elección en niños y adultos es el metilfenidato. Además, se demostró que el metilfenidato tiene efecto estabilizador del humor (10, 25).

Tratando el TDAH se demostró que disminuye la severidad de la comorbilidad por abuso de sustancias, aunque en los casos severos se debe tratar el abuso de sustancias en primer lugar (30).

Los tratamientos farmacológicos para ambos, TDAH y TB, actúan sobre los sistemas dopaminérgico, noradrenérgico y serotoninérgico. El TDAH es tratado con estimulantes, mientras que el TB requiere estabilizadores del humor, incluyendo anticonvulsivantes, antipsicóticos, litio y a veces, antidepresivos (25).

Conclusiones

La existencia de TDAH en el adulto si bien es crecientemente reconocida, no suele ser diagnosticada correctamente, probablemente debido a la coexistencia de TB y otras patologías que dificultan su identificación.

El correcto y oportuno diagnóstico y consecuente tratamiento de la condición comórbida son fundamentales, ya que el deterioro funcional y las consecuencias en la vida de relación en el adulto son más importantes que cuando existen TDAH o TB solos.

Mejorar la concientización y generar más conocimiento sobre TDAH y comorbilidades (TB u otro trastorno psiquiátrico) ayudará a mejorar la calidad de vida de estos pacientes y optimizar la utilización de recursos de salud mental.

Sería recomendable usar las mismas estrategias de detección en pacientes con las otras patologías psiquiátricas nombradas.

Agradecimientos

Al Dr. Ezequiel Klimovsky, por su colaboración en la búsqueda bibliográfica y en la revisión del manuscrito en sus aspectos formales.

Declaración de conflictos de intereses

La autora es empleada del laboratorio Janssen Cilag.

Fuente de financiación

Janssen Cilag Farmacéutica SA ■

Referencias bibliográficas

- Adler LA, Guida F, Irons S, Rotrosen J, O'Donnell K. Screening and imputed prevalence of ADHD in adult patients with comorbid substance use disorder at a residential treatment facility. *Postgrad Med* 2009; 121 (5): 7-10.
- Agosti, V, Chen Y, Levin FR. Does ADHD increase the risk of suicide attempts? *J Affect Disord* 2011; 133 (3): 595-9. Epub 2011 Jun 11.
- American Psychiatric Association DSM-5 Task Force and Work Groups. A10- ADHD. Disponible en : <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=383#>
- Antshel KM, Hargrave TM, Simonescu M, Kaul P, Hendricks K, Faraone SV. Advances in understanding and treating ADHD. *BMC Medicine* 2011; 9: 72.
- Asherson P, Chen W, Craddock B, Taylor E, Adult attention-deficit hyperactivity disorder: recognition and treatment in general adult psychiatry. *British Journal of Psychiatry*. 2007, 190: 4-5.
- Barkley RA., Murphy KR, Dupaul GI, Bush T. Driving in young adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: knowledge, performance, adverse outcomes, and the role of executive functioning. *J Int Neuropsychol Soc* 2002; 8 (5) 655-672.
- Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Bober M, Cadenogen E. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biol Psych* 2004; 55 (7): 692-700.
- Biederman J, Faraone, SV. The effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on employment and household income. *Med Gen Med* 2006; 8, 12.
- Brown T. Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. *Masson* 2003; 509-526.
- Charach A, Dashti B, Carson P, Booker L, Lim CG, Lillie E, et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of Treatment in at-Risk Preschoolers; Long-term Effectiveness in All Ages; and Variability in Prevalence, Diagnosis, and Treatment. *Comparative Effectiveness Review* No. 44.
- Conzelmann A, Woidich E, Mucha RF, Weyers P, Jacob CP, Lesch KP, et al. Methylphenidate normalizes emotional pro-

- cessing in adult patients with ADHD: preliminary findings. *Brain Research* 2011.
12. Cubillo A, Halari R, Smith A, Taylor E, Rubia K. A review of fronto-striatal and fronto-cortical brain abnormalities in children and adults with ADHD and new evidence for dysfunction in adults with ADHD during motivation and attention. *Cortex* 2011; 1-22.
 13. DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD, Reid R. ADHD Rating Scale-IV. Checklists, Norms and Clinical Interpretation. New York: The Guilford Press, 1998.
 14. Faraone SV, Biederman J, Mennin D, Wozniak J, Spencer T. Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: a familial subtype? *J Am Acad Child Adolesc Psych* 1997; 36, 1378-1390.
 15. Faraone SV, Biederman J, Monuteaux MC. Toward guidelines for pedigree selection in genetic studies of attention deficit hyperactivity disorder. *Genetic epidemiol* 2000; 18 (1) 1-16.
 16. Fischer AG, Bau CHD, Grevet EH, Salgado CA, Victor MM, Kalil KL. The role of comorbid major depressive disorder in the clinical presentation of adult ADHD. *J Psych Res* 2007; 41, 991-996.
 17. Goossens MA, van de Glind G, Carpentier PJ, Wijzen RM, van Duin D, Kooij JJ. An intervention program for ADHD in patients with substance use disorders: preliminary results of a field trial. *J Subst Abuse Treat* 2006; 30 (3): 253-259.
 18. Haavik J, Halmøy A, Lundervold AJ, Fasmer OB. Clinical assessment and diagnosis of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Rev Neurother* 2010; 10 (10), 1569-1580.
 19. Hechtman L. Prospective follow-up studies of ADHD: helping establish a valid diagnosis in adults. *Journal of AACAP* 2011; 50, (8) 533-534.
 20. Joo EJ, Lee KY, Choi KS, Kim SH, Song JY, Bang YW, et al. Childhood attention deficit hyperactivity disorder features in adult mood disorders. Article in press. Available online 22 June 2011 *Compr Psychiatry* 2011; Jun 21. [Epub ahead of print].
 21. Kent L, Craddock N. Is there a relationship between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder? *J Affect Disord* 2003; 73, 211-221.
 22. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med* 2005; 35 (2): 245-256.
 23. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Pscy* 2006; 163, 716-723.
 24. Kessler RC, Adler L, Gruber MJ,, Sarawate CA, Spencer T, Van Brunt DL. Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan Members *Int J Methods Psychiatr Res.* 2007 ; 16(2): 52-65.
 25. Klassen L, Katzman MA, Chokka P. Adult ADHD and its comorbidities with a focus on bipolar disorder. *J Affect Disord* 2010; 124 1-8.
 26. Kooij SJJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugué M, Carpentier PJ. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry* 2010, 10:67 <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/67>.
 27. McAweeney M, Rogers NL, Huddleston C, Moore D, Gentile JP. Symptom prevalence of ADHD in a community residential substance abuse treatment program. *J Atten Disord* 2010 May; 13 (6): 601-8. Epub 2009 Apr 13.
 28. McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, Yang M, Del'Homme M, Lynn DE, et al. Psychiatry Comorbidity in adult ADHD: findings for multiplex families. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1621-1627.
 29. McIntyre RS, Kennedy SH, Soczynska JK, Nguyen HT, Bilkey TS, Woldeyohannes HO, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults with bipolar disorder or major depressive disorder: results from the International Mood Disorders Collaborative Project. Prim Care Companion. *J Clin Psychiatry* 2010; 12 (3).
 30. Newcorn JH, Weiss M, Stein MA. The complexity of ADHD: diagnosis and treatment of the adult patient with comorbidities. *CNS Spectr* 2007; 12 (8 Suppl 12), 1-14.
 31. Nierenberg AA., Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR, Otto MW, Simon N, et al. STEP-BD Investigators, Clinical and diagnostic implications of Lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biol Psychiatry* 2005; 57, 1467-1473.
 32. Park S, Cho MJ, Chang SM, Jeon HJ, Cho SJ, Kim BS, et al. Prevalence, correlates and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: results of the Korean epidemiologic catchment area study. *Psychiatry Research* 2011; 186, 378-383.
 33. Pelsler L, Frankena K, Toorman J, Savelkoul H, Dubois A, Rodrigues Pereira R, et al. Effects of a restricted elimination diet on the behaviour of children with attention-deficit hyperactivity disorder (INCA study): a randomised controlled trial. *Lancet* 2011; 377: 494-503.
 34. Quintero J, Loro M, Jiménez B, García Campos N. *Vertex Rev Arg de Psiquiat* 2011; Vol XXII 101-108.
 35. Ramos-Quiroga JA, Bosch-Munsó RA, Castells-Cervelló X, Nogueira-Morais M, García-Giménez E, Casas-Brugué M. ADHD en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Rev Neurol* 2006; 42: 600-6.
 36. Rohlf H, Jucksch V, Gawrilow C, Huss M, Hein J, Lehmkuhl U et al. Set shifting and working memory in adults with ADHD. *J Neural Transm* 2011 May 31st.
 37. Rubia K, Overmeyer S, Taylor E, Brammer M, Williams SC, Simmons A, et al. Hypofrontality in attention deficit hyperactivity disorder during higher-order motor control: a study with functional MRI. *Am J Psychiatry* 1999; 156, 891-896.
 38. Smith AK, Stasi SM, Rhee SH, Corley RP, Young SE, Hewitt JK. The role of attention-deficit/hyperactivity disorder in the association between verbal ability and conduct disorder. *Frontiers in Psychiatry*, march 2011; Vol 2, Art 3.
 39. Stephen VF, Kevin MA. Diagnosing and treating attention-deficit/ hyperactivity disorder in adults. *World Psychiatry* 2008; 7, 131-136.
 40. Tamam, L, Karaku G, Ozpoyraz N.e Comorbidity of adult attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: prevalence and clinical correlates. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 258, 385-393 Epub 2008 Apr 24.
 41. Teicher MH, Anderson CM, Polcari A, Glod CA, Maas LC, Renshaw PF. Functional deficits in basal ganglia of children with attentiondeficit/ hyperactivity disorder shown with functional magnetic resonance imaging relaxometry. *Nat Med* 2000; 6, 470-473.
 42. Torralva T, Gleichgerricht E, Torrente F, Roca M, Strejilevich S, Cetkovich M, et al. Neuropsychological functioning in adult bipolar disorder and ADHD patients: a comparative study. *Psychiatry Res* 2011; 186 261-266.
 43. Valera EM, Brown A, Biederman J, Faraone SV, Makris N, Monuteaux MC, et al. Sex differences in the functional neuroanatomy of working memory in adults with ADHD. *Am J Psychiatry* 2010 Jan; 167 (1): 86-94. Epub 2009 Nov 2.
 44. Wilens TE, Biederman J, Faraone SV, Martelon M, Westberg D, Spencer TJ, et al. Presenting ADHD symptoms, subtypes and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *J Clin Psychiatry* 2009; 70 (11): 1557-1562.
 45. Wilens TE, Martelon M, Joshi G, Bateman C, Fried R, Petty C. Does ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow-up study of young adults with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; Vol 50 N° 6, 543-553.
 46. Wilens TE, Morrison NR, Prince J. An update on the pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Expert Review of Neurotherapeutics.* 2011 Oct;11(10):1443-65.

Caracterización epidemiológica de las hospitalizaciones por trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes en Córdoba, Argentina

Mónica Edith Bella

Doctora en Medicina y Cirugía.

Pediatra, especialista en Psiquiatría y Psiquiatría Infantojuvenil.

Jefa de Sala de Internación Psiquiatría Pediátrica, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba.

Profesora de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Córdoba y Universidad Católica de Córdoba.

E-mail: bellamonica@hotmail.com

Raquel Bauducco

Magister en Neuropsicofarmacología.

Especialista en Psiquiatría y Psiquiatría Infantojuvenil.

Médico de Sala de Internación Psiquiatría Pediátrica, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.

Jorge Luis Leal

Maestrando en Neuropsicofarmacología.

Especialista en Psiquiatría.

Médico de Sala de Internación Psiquiatría Pediátrica, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.

María Guillermina Decca

Licenciada en Trabajo Social, UNC.

Sala de Internación Psiquiatría Pediátrica, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.

Resumen

Las necesidades de la salud mental de los niños/adolescentes muestran cambios epidemiológicos y requieren con frecuencia de una hospitalización en psiquiatría. Objetivo: caracterizar epidemiológicamente a los niños/adolescentes hospitalizados por trastornos mentales en Córdoba. Material y método: estudio observacional, retrospectivo en base a historias clínicas de 144 casos hospitalizados en el periodo 2009-2010. Los datos se procesaron por análisis de frecuencias y se utilizó un nivel de significación de 0,05. Resultados: el 54,86% fueron mujeres y el 45,14% varones. Sus edades estaban entre los 6 y 16 años con una media mayor para las mujeres de 12,87 ($p<0,001$). Los motivos de ingreso más frecuentes: intentos de suicidio (25%), episodios de agitación psicomotriz (21,53%) y episodios psicóticos (15,97%). La mayoría de los casos por intento suicidio no recibían tratamientos ($p<0,001$). Los diagnósticos psicopatológicos más frecuentes fueron: en varones, los trastornos del comportamiento de inicio en la infancia ($p<0,001$) y en mujeres, los trastornos de la personalidad ($p<0,001$). La estadía media fue de 21,9 días, los casos rehospitalizados tuvieron una estadía media mayor. Conclusiones: los motivos de hospitalización más frecuentes corresponden a los síntomas de la impulsividad-agresión y muestran un comportamiento diferenciado por género. Las patologías deben ser reconocidas, diagnosticadas y tratadas más oportunamente.

Palabras clave: Hospitalización - Trastornos psicopatológicos - Intentos de suicidio - Episodios psicóticos - Infantojuvenil.

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF HOSPITALIZATIONS DUE TO MENTAL AND BEHAVIOR DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN CORDOBA, ARGENTINA

Summary

Mental health needs of children and adolescents show epidemiological changes and sometimes require psychiatric hospitalization. Objective: to perform an epidemiological characterization of children and adolescents hospitalized for mental disorders in Hospital de Niños de Córdoba. Materials and methods: observational retrospective study, based on clinical reports on 144 cases hospitalized during years 2009-2010. Data was processed using frequency analysis with a significance level of 0.05. Results: 54.86% of cases corresponded to women and 45.14% to men. They were aged between 6 and 16 years, showing a higher media in women 12.87 ($p<0.001$). Most frequent causes for hospitalization were: suicide attempt (25%), psychomotor agitation episodes (21.53%) and psychotic episodes (15.97%). Cases admitted for suicide attempt were not frequently treated ($p<0.001$). Most relevant psychopathological diagnoses were: behavior disorder of childhood in male, ($p<0.001$) and personality disorders in women ($p<0.001$). Average stay was 21.9 days, cases that needed re-admission showed a longer time. Conclusions: most frequent causes for hospitalization were related to impulsivity-aggression symptoms showing different distributions according to gender. Pathologies must be recognized, diagnosed and treated more promptly.

Key words: Hospitalization - Psychopathological disorder - Suicide attempt - Psychotic episode - Youth.

Introducción

Los modelos para comprender y abordar los problemas de salud mental de las personas son reflejo de los valores y consensos sociales que se construyen en cada época y en ese aspecto las enfermedades mentales, y más aún la hospitalización psiquiátrica, constituyen aún hoy una figura de carga y estigmatización social de importancia (1, 2, 3).

En 1990, a partir de la Declaración de Caracas, se insta a los países a generar una reestructuración en la atención de la psiquiatría y a cambiar el modelo de atención desde el asilo a la comunidad, promoviendo la internación psiquiátrica breve en los hospitales generales (4, 5). Argentina también adscribió a esa propuesta y los cambios legislativos recientes relacionados con la salud mental y con la infancia promueven la creación de hospitalizaciones dentro de los hospitales generales.

Se estima que existen 450 millones de personas en el mundo que sufren enfermedades mentales y la mayor parte de ellas no reciben los tratamientos y cuidados que requieren (5). Además, y contrariamente a la creencia popular, una proporción importante de las personas que presentan estas enfermedades son niños y adolescentes que en algún momento de su vida pueden requerir de una hospitalización (5).

Los estudios internacionales expresan un aumento en las consultas por causas mentales en los servicios de urgencias pediátricas y estas se acompañan de un mayor requerimiento de hospitalización (6, 7, 8, 9). Asimismo refieren que hay cambios en los perfiles epidemiológicos de las patologías mentales infantojuveniles que demandan de una hospitalización, detectando también la presencia de patologías de mayor gravedad como depresión y trastorno bipolar en estas últimas décadas (8, 9, 10, 11).

En Argentina son pocos los estudios que dan cuenta de la hospitalización por trastornos mentales y del comportamiento y la mayor parte de ellos han sido efectuados en poblaciones de adolescentes y adultos (13, 14, 15, 16).

Por otro lado, la mayoría de las provincias de Argentina no cuentan con instituciones, públicas o privadas, que respondan a los requerimientos de hospitalización para los niños y adolescentes con problemas mentales. La provincia de Córdoba tiene una población de 3.304.825 habitantes y el 35% corresponden a niños y adolescentes (censo nacional 2010). Hasta el año 2009 no había una institución especializada en la atención de esta demanda de la población infantojuvenil.

En el año 2009, el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, el hospital de mayor complejidad en pediatría dentro del sistema sanitario provincial, implementó una sala de internación de psiquiatría pediátrica de corta estadía para abordar esta nueva necesidad de la salud, constituyéndose en el centro de referencia para toda la red sanitaria de la provincia de Córdoba en hospitalización por causas mentales en niños y adolescentes. El abordaje terapéutico que se implementó en la sala de internación contempla los aspectos psicopatológicos, pero también las variables familiares, educativas y sociales desde una hospitalización de estadía breve. Para ofrecer un aborda-

je de estas características se articuló un trabajo interdisciplinario entre profesionales del equipo de salud de la sala de internación (médicos especialistas en psiquiatría y pediatría, enfermeras, licenciadas en trabajo social y licenciadas en nutrición) y otras instituciones de educación y salud (Escuela Hospitalaria Atrapasueños y Fundación Sistere). Los profesionales de educación brindan apoyo, orientación y articulación para favorecer la reinserción escolar y desarrollan talleres de plástica con los niños/adolescentes hospitalizados. Posteriormente se articuló un convenio con la Fundación Sistere (licenciados en psicología y acompañantes terapéuticos) para efectuar talleres de creatividad y juego.

A partir de lo expuesto, el objetivo del presente trabajo fue caracterizar epidemiológicamente a los niños y adolescentes hospitalizados por trastornos mentales y del comportamiento en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba en el período 2009-2010. Describir las causas que motivaron la hospitalización, tratamientos previos, trastornos mentales y del comportamiento que presenta, tratamientos implementados y analizar las necesidades de re-hospitalización.

Materiales y métodos

El presente estudio fue observacional, analítico y retrospectivo. Se efectuó en base a las historias clínicas de 144 casos que fueron internados en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba en el período comprendido entre febrero de 2009 y diciembre de 2010. El criterio de inclusión para participar en el estudio fue haber sido hospitalizado por una causa mental en el período propuesto para el estudio en la Sala de Internación de Psiquiatría Pediátrica del Hospital.

De las historias clínicas se obtuvieron las variables a estudiar: aspectos socio demográficos, motivo de ingreso, tipo de consulta, antecedentes de tratamientos previos, días de estadía, diagnóstico de egreso, rehospitalización. Las variables fueron definidas operativamente como:

- Variables socio-demográficas: edad, sexo, procedencia (lugar donde reside el niño/adolescente), categorizada como Córdoba Capital (CC), Interior de Córdoba (CI), Otras Provincias (OP). La escolaridad a su vez se categorizó en sin escolaridad y con escolaridad. La escolaridad en: ciclo inicial, primario, secundario, escolaridad especial, centro educativo terapéutico. El grupo de convivencia del niño se categorizó en: convive con su familia o se encuentra institucionalizado. Se clasificaron a las familias en: familia biparental, familia monoparental, familia reconstituida, familia ampliada (padres y otros familiares).

- Tipo de demanda: se categorizó como demanda espontánea cuando la consulta provenía de los familiares, derivación de otras instituciones de salud cuando el ingreso fue por orden judicial o Secretaria de la Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF).

- Motivo de ingreso: se determinó la causa clínica por la cual se hospitalizó el niño/adolescente. Dentro de estos se identificaron: intento de suicidio (IS) (actos efectuados con intención de quitarse la vida), episodio de agitación psi-

comotriz (EAP), episodio psicótico (EP), crisis de ansiedad (CA), episodio de autoagresividad (EAA) (actos sin intencionalidad suicida como múltiples cortes en diferentes partes del cuerpo u otros), episodio de heteroagresividad (EHA), síntomas depresivos (SD), trastorno de alimentación (TA), causa social (CS) y otros (OD) (en esta categoría se reagruparon intoxicación con sustancias psicoactivas, episodios disociativos y episodios confusionales).

- Tratamientos previos: se determinó la presencia o ausencia de tratamientos psicológicos o psiquiátricos antes de la hospitalización.

- Días de estada: cantidad de días que el niño/adolescentes permaneció hospitalizado.

- Diagnóstico de egreso: se codificó el trastorno mental en curso con criterios DSM-IV y códigos CIE-10 y se analizaron los diagnósticos principales y se categorizaron en: trastornos del comportamiento de inicio en la infancia (F91, F92, F93) esquizofrenia y trastornos psicóticos (F20, F20.2, F23), trastornos del humor (F31, F32), trastornos del desarrollo de la personalidad (F60.2, F60.3) y en otros diagnósticos se reagruparon causas menos frecuentes (trastornos de la alimentación, trastornos de ansiedad, retraso mental, trastornos generalizados del

desarrollo, causas orgánicas).

- Rehospitalización: análisis de los casos que requirieron de nueva hospitalización.

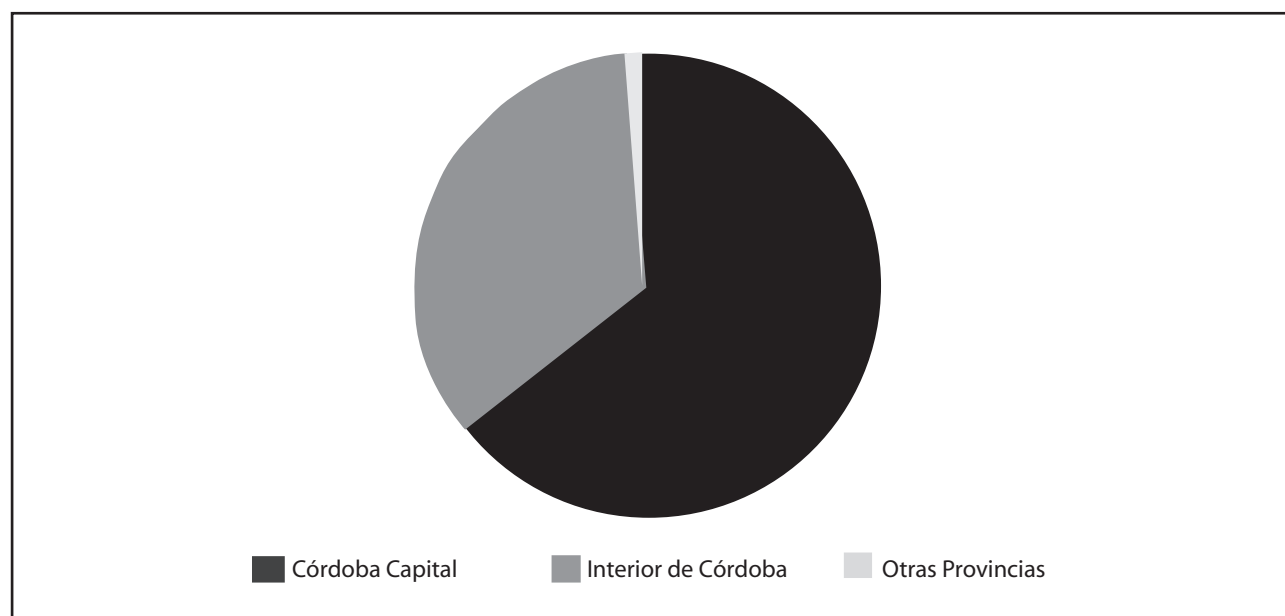
El procesamiento estadístico de los datos se efectuó mediante análisis de frecuencias a partir de análisis por datos categóricos y se aplicó ANOVA para el análisis de las variables numéricas. Se utilizó el programa estadístico Infostat y en todos los casos se estableció un nivel de significación de $p < 0,05$.

El protocolo de estudio de esta investigación fue aprobado por el Comité de Investigación del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad y por el Comité Institucional de Ética de Investigación en Salud del Polo Hospitalario del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba en Noviembre 2010.

Resultados

Se hospitalizaron 144 casos, 77 correspondieron al año 2009 y 67 casos al año 2010. El 61,11% ($n = 86$) de la muestra procedía de Córdoba Capital, el 36,81% ($n=55$) del interior de la provincia y el 2,08% ($n=3$) de otras provincias (ver Figura 1).

Figura 1.



La caracterización sociodemográfica de los niños/adolescentes hospitalizados mostró que el 54,86% ($n=79$) fueron mujeres y el 45,14% ($n=65$) varones y sus edades estaban comprendidas entre los 5 y 16 años con una media de 12,31 años. Al efectuar el análisis de la edad por sexo se encontraron diferencias significativas, detectando en las mujeres una media de edad mayor (12,87 años) ($p < 0,001$) que en los varones (11,61 años).

Cuando se estudió el grupo de convivencia se detectó que el 82,64% ($n=113$) de los niños/adolescentes vivían con su familia y el 17,36% ($n=25$) en instituciones de menores. La caracterización de las estructuras familiares de los niños/adolescentes hospitalizados se presenta en la Tabla 1. En el 4,17% ($n=6$) de los casos no se encontraron consignados los datos en la historia clínica.

Tabla 1. Caracterización del grupo de convivencia familiar de los niños y adolescentes hospitalizados.

Grupo de convivencia		Valores expresados en % y n
Familia	Familia biparental	32,65% (n=47)
	Familia monoparental	28,47% (n=41)
	Familia reconstituida	10,42% (n=15)
	Familia ampliada	6,94% (n=10)
Institucionalizado	Institucionalizado	17,36% (n=25)

Con respecto a la escolaridad, se observó que el 67,35% de los niños/adolescentes estaba escolarizado y el 28,47% (n=41) no tenía escolaridad, mostrando que la mayor parte de este grupo correspondía a los niños/adolescentes

que vivían en institutos de menores. La distribución de los casos en los diferentes niveles de escolaridad se muestra en la Tabla 2. En el 4,17% (n=6) de la muestra no se encontraban consignados los datos en la historia clínica.

Tabla 2. Caracterización de la escolaridad de los niños y adolescentes hospitalizados.

Escolaridad	Valores expresados en %
Ciclo inicial	0,69%
Primaria	25%
Secundaria	34,72%
Especial	3,47%
Centro educativo terapéutico	3,47%

En relación al tipo de demanda se observó que la consulta fue espontánea y efectuada por sus familiares en el 42,36% (n=61) de los niños/adolescentes, derivados de otras instituciones por equipos de salud mental en el 27,08% (n=39), hospitalización solicitada por Juzgado en el 22,92% (n=33) y por la Secretaría de la Niñez, Adolescencia y Familia (SeNAF) en el 7,64% (n=11).

Al analizar las causas que motivaron su hospitalización se encontró que los motivos de ingreso fueron: intentos de suicidio en el 25% (n=36) de los casos, episodios de agitación psicomotriz en el 21,53% (n=31), episodios psicóticos en el 15,97% (n=23), episodios heteroagresivos en el 12,5% (n = 18), episodios autoagresivos en el 7,64% (n=11) y otras causas menos frecuentes (trastornos de alimentación, crisis de ansiedad, episodios conversivos). Cuando se compararon los motivos de ingreso por sexo, se detectó que para el sexo femenino el motivo de ingreso más frecuente fue el intento de suicidio en el 18,75% (p<0,05) y luego los

episodios de agitación psicomotriz en el 9,72% y episodio psicótico en el 8,39% de los casos (Figura 2). Para los varones fueron los episodios de agitación psicomotriz en el 11,85%, episodios psicóticos en el 8,33%, episodios heteroagresivos 7,64%, y los intentos de suicidio en el 6,25% (Figura 2).

Otro aspecto estudiado fue la presencia de tratamientos en el momento de la consulta, detectando que el 61,11% de los casos recibía tratamiento con profesionales de salud mental y el 35,42% no recibía tratamiento en el momento de la consulta. Al relacionar las tres principales causas de ingreso, intentos de suicidio, episodios de agitación psicomotriz y episodios psicóticos con la presencia o ausencia de tratamientos previos, se detectó que los niños/adolescentes que habían ingresado por un intento de suicidio no recibían tratamiento en el 61,11% de los casos (p<0,001), por episodio de agitación psicótico en el 30,43% de los casos y en el 16,13% de los episodios de agitación psicomotriz (Figura 3).

Figura 2. Distribución de los niños y adolescentes hospitalizados por motivo de ingreso y sexo.

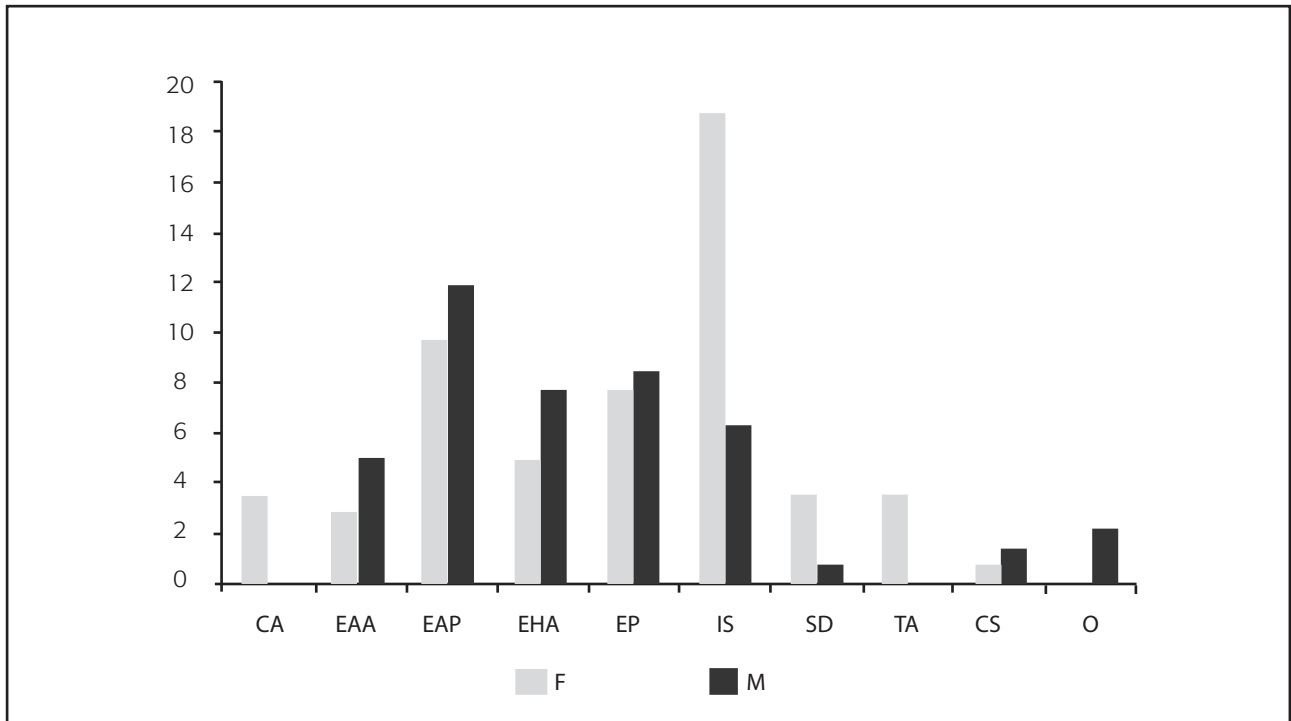
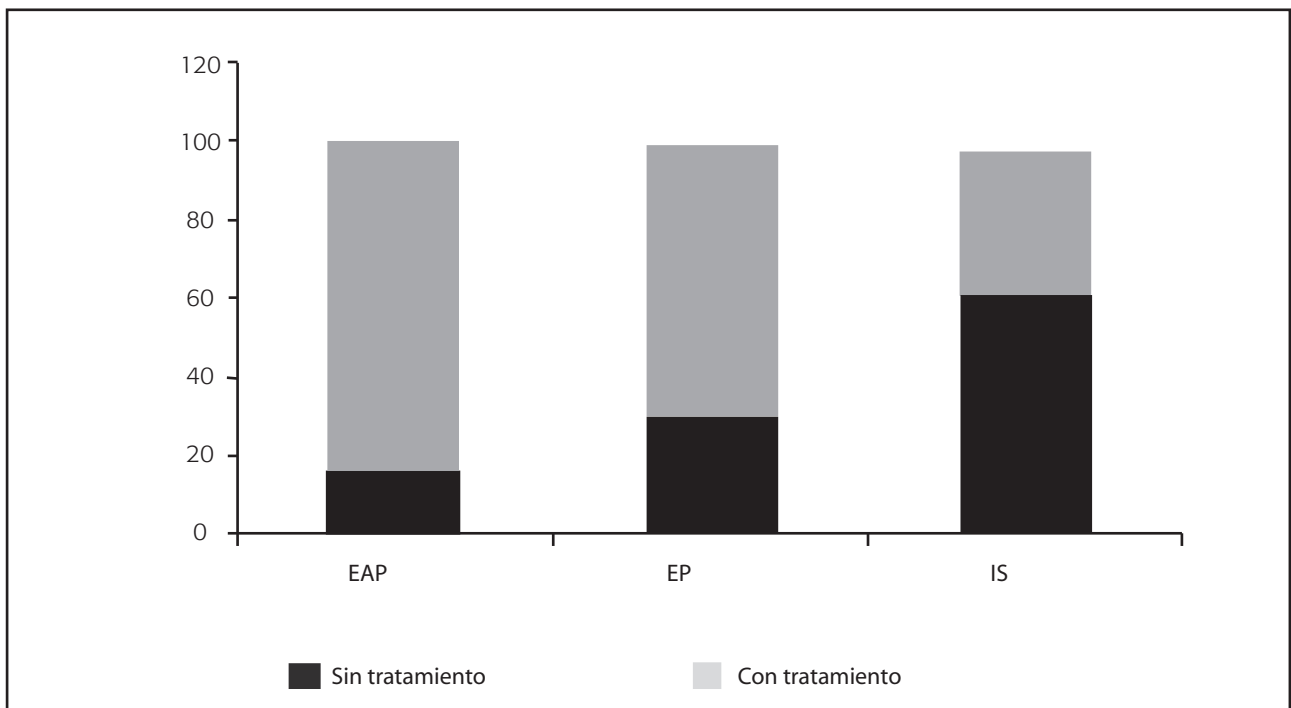


Figura 3. Relación entre motivos de ingresos más frecuentes y presencia de tratamientos previos.

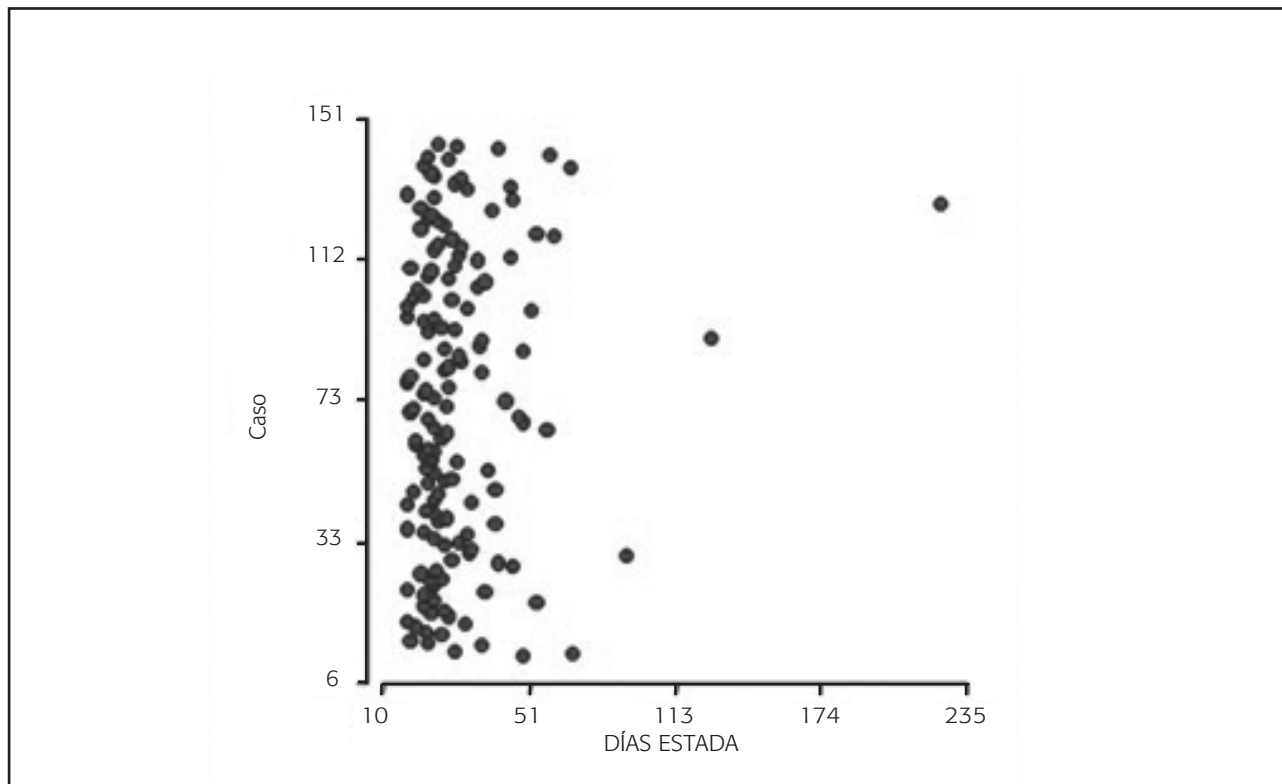


*p<0,001

Con respecto a la estadía de hospitalización se encontró un mínimo de 1 día y un máximo de 235 días con una media de 21,9 días (Figura 4). Las estadías más prolongadas no correspondieron a causas psicopatológicas sino a causas sociales, niños institucionalizados en hogares y en un caso abandono de la familia durante la hospitalización. El periodo de hospitalización más prolon-

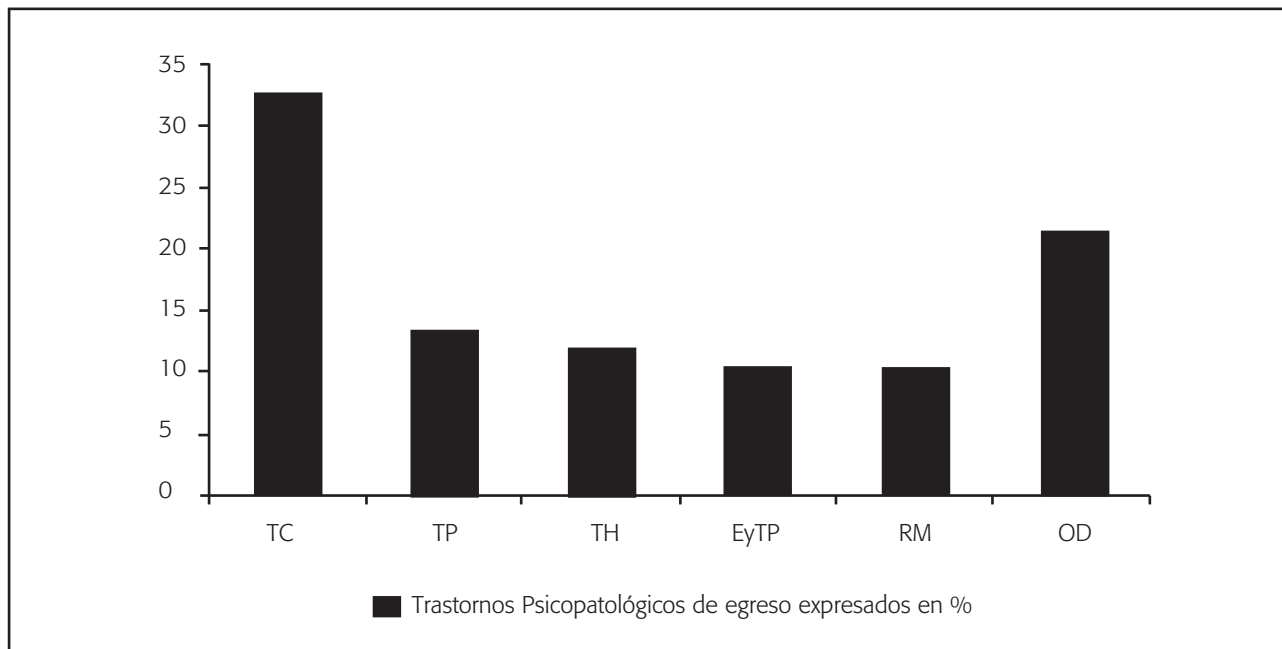
gado correspondió al tercer reingreso en el transcurso de 6 meses de un niño de 10 años que vivía en un instituto de menores (235 días) cuya alta médica fue otorgada en agosto de 2009 y requirió de múltiples acciones legales por parte del equipo de salud hasta que se efectivizó en marzo del 2010 con reubicación familiar.

Figura 4. Distribución de los niños y adolescentes hospitalizados por días de internación.



Mín: 1d, Máx: 235d, Media: 21,9d

Figura 5. Distribución de niños/adolescentes hospitalizados por trastorno psicopatológico de egreso.



El análisis de los diagnósticos de egreso mostró: trastornos del comportamiento y de las emociones de inicio en la infancia en el 32,64% (n=47), trastornos en el desarrollo de la personalidad en el 13,19% (n=19) los del cluster B los más frecuentes (límite e histriónico), trastornos del humor en el 11,81% (n=17) (depresión y trastorno bipo-

lar), esquizofrenia y trastornos psicóticos en el 10,42% (n=15), retraso mental en el 10,42% (n=15) y el 21,52% (n=31) se reagrupó en otros diagnóstico (Figura 5). Al comparar los diagnósticos de egreso por sexo se encontraron como los más frecuentes para las mujeres a los trastornos del desarrollo de la personalidad en el 15,33% (p<0,001) y

en los varones los trastornos del comportamiento de inicio en la infancia en el 24,82% ($p < 0,001$).

Con respecto al tratamiento, el 100% de los casos recibió tratamiento psicoterapéutico, orientación a padres y el 91% de los casos requirieron de tratamiento farmacológico. Los medicamentos utilizados fueron: antipsicóticos atípicos, antipsicóticos típicos, antidepresivos IRSS, estabilizadores del ánimo y benzodiacepinas.

El 15,97% ($n=23$) de los niños/adolescentes requirió de una rehospitalización y en el 43,48% ($n=10$) de los casos fue por demanda espontánea, el 26,09% ($n=6$) fue solicitado por la Justicia, en el 21,74% ($n=5$) por SeNAF y en el 8,70% ($n=2$) derivados por otras instituciones de salud. También se detectó que los niños/adolescentes que requirieron de una re-hospitalización vivían en instituciones en el 43,48% ($n=10$), con su familia el 39,13% ($n=9$) y con la familia extensa el 13,04% ($n=3$) y los diagnósticos de egreso más frecuentes de este grupo fueron los trastornos del comportamiento en el 43,48% ($n=10$) de los casos, los trastornos del humor en el 21,74% ($n=5$), la esquizofrenia y trastornos psicóticos en el 8,70% ($n=2$) con una media de estada de hospitalización de 31,7 días.

Discusión

A partir de los resultados expuestos y analizados en el presente estudio podemos decir que las causas que motivan la hospitalización de niños y adolescentes son situaciones clínicas de gravedad, intentos de suicidios, episodios de agitación psicomotriz, episodios heteroagresivos y episodios psicóticos y las características detectadas acuerdan con lo expresado en la bibliografía (6, 7, 8). También, y en acuerdo con las referencias bibliográficas, el motivo de ingreso más frecuente para este grupo etario fueron los intentos de suicidio, mostrando además un comportamiento diferenciado por sexo (13, 14, 15, 16, 17). Del mismo modo se detectó que para el sexo masculino los episodios de agitación psicomotriz y los episodios psicóticos fueron las causas que motivaron la hospitalización con mayor frecuencia.

Con respecto a las causas que motivaron la hospitalización cabe mencionar que todos los cuadros clínicos detectados (intentos de suicidios, episodios de agitación psicomotriz, episodios heteroagresivos y episodios psicóticos) muestran síntomas mentales y conductuales de tal intensidad que hace que la mayor parte de las veces sea la familia quien consulta, ya que les resulta imposible contener ese tipo de comportamientos. Pero también, en una proporción importante, se observó que fueron los equipos de salud tratantes quienes los derivaron a una medida terapéutica de las características de esta hospitalización. Este aspecto cobra particular relevancia ya que se observa cómo una medida terapéutica estigmatizada como es la internación en psiquiatría es también evaluada por los profesionales de la salud como un recurso terapéutico necesario ante determinadas situaciones clínicas como las analizadas en el presente estudio. Asimismo se observó cómo en otras situaciones clínicas era la primera instancia terapéutica, ya que una proporción importante de los

niños/adolescentes hospitalizados no recibía tratamiento psicológico o psiquiátrico y esta situación era más acentuada aun cuando la consulta era motivada por un intento de suicidio. Esta característica ya ha sido observada en estudios previos y se relaciona, en parte, con las dificultades que existen para reconocer las particularidades de la psicopatología de la infancia y las dificultades en los vínculos familiares que acompañan con frecuencia a las problemáticas mentales de los niños y adolescentes (18).

Otros motivos de ingreso detectados (episodios de agitación psicomotriz y episodios psicóticos) mostraron que, a diferencia de los intentos de suicidio, correspondían con frecuencia a niños y adolescentes que recibían tratamientos por sus trastornos psicopatológicos pero, por diferentes motivos, requerían de una hospitalización (como abandono de tratamientos, dificultades en el sostén familiar, dificultad para reconocer y diagnosticar los síntomas psicóticos y vivir en condición de hogarizado entre otros).

En cuanto a las patologías que se diagnosticaron durante la hospitalización (diagnósticos de egreso) se encontró que los más frecuentes fueron los relacionados con el espectro impulsivo-agresivo. Se detectó en las mujeres, como los más prevalentes, los trastornos del desarrollo de la personalidad (de tipo límite e histriónico) y en los varones el trastorno del comportamiento y de las emociones de inicio en la infancia. Otros trastornos psicopatológicos de importancia encontrados fueron los trastornos psicóticos y los trastornos del humor y, coincidiendo con las referencias bibliográficas internacionales, se observó cómo los cuadros psicopatológicos que requieren de hospitalizaciones en la infancia se acompañan de diagnósticos de patologías más graves (6, 7, 8, 10). Este aspecto requiere de estudios de seguimiento para esta población.

Asimismo, es de señalar que en el estudio se encontró que el grupo de niños y adolescentes que requirieron rehospitalizarse mostró una elevada proporción de niños y adolescentes que vivían en condición de hogarizado (institutos) y, asociándose a este grupo, una mayor frecuencia de ausencia de escolaridad. Este aspecto es un llamado de atención para el cuidado de la salud de esta población ya que el grupo más vulnerable que requiere precisamente de los cuidados de la sociedad presenta un déficit de escolaridad incrementando aun más la pérdida de los espacios de desarrollo y socialización de la infancia (familia, escuela), comprometiendo su desarrollo, salud y calidad de vida. Al ser este grupo el más vulnerable, deberían implementarse medidas de promoción de la salud y educación desde las instituciones encargadas de su cuidado, a fin de evitar mayores consecuencias.

La decisión de hospitalizar a un niño o adolescente es una medida terapéutica más que se utiliza en el contexto en que otras medidas terapéuticas no han sido suficientes, o cuando la patología que presenta el niño o adolescente así lo requiere, o ante la presencia de situaciones de deterioro funcional (familiar y social) que no son factibles de ser resueltas por otra vía. La hospitalización es un recurso con una finalidad exclusivamente terapéutica y no debe ser utilizado como una medida represiva o una instancia más del sistema "judicial", como se observó en

algunas situaciones de los niños y adolescentes de este estudio. De ello deriva la importancia de los cambios legislativos y los cuidados que deben tomar los profesionales que implementan las leyes, a fin de utilizar este recurso terapéutico como una instancia que corresponde al cuidado de la salud y no como medidas de resolución de otro tipo de problemáticas sociales, como se la connota con frecuencia.

Los modos de comprender y abordar la salud mental son reflejo de los valores y consensos sociales que se construyen en cada época y desde ese lugar la hospitalización de niños y adolescentes en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad busca brindar un tratamiento integral al niño y su familia desde un hospital de pediatría.

Finalmente, y en función de los resultados presentados y discutidos, podemos decir que el estudio muestra las características epidemiológicas de la hospitalización

de niños y adolescentes con enfermedades mentales en un Hospital de Pediatría del tercer nivel de complejidad en salud en Córdoba y con un modelo de abordaje interdisciplinario de estadía breve. Es indispensable que se construyan modelos de comprender y abordar la salud desde una perspectiva amplia e integral, que tenga en cuenta la complejidad de la salud mental infantojuvenil y las necesidades de atención de salud mental de este grupo etario, como es la hospitalización.

El cuidado de la salud mental infantojuvenil requiere medidas comunitarias para un reconocimiento y tratamiento más oportuno de las enfermedades mentales, pero también debe promover programas que aborden el estigma y la discriminación que provocan las enfermedades mentales en toda la comunidad (profesional y no profesional). Más aún el estigma que ocasiona la hospitalización por una enfermedad mental ■

Referencias bibliográficas

- Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. 2da ed. Buenos Aires, Amorrortu, 2010. p. 120-127.
- Stagnaro JC. Editorial. *Vertex, Rev Arg Psiquiatr* 2011; 22 (96).
- Stagnaro JC. Los psiquiatras y los hospitales psiquiátricos. Del asilo a la comunidad. *Vertex, Rev Arg Psiquiatr* 2006; 17 (65): 28-34.
- Conferencia sobre la reestructuración de los servicios psiquiátricos en América Latina. Declaración de Caracas, Venezuela, 1990. Reproducida en *Vertex, Rev Arg Psiquiatr* 1991; 2 (6).
- Organización Mundial de la Salud. Informe de la salud en el mundo: salud mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, 2001.
- Crespo MD, Solana García MJ, Maraño Pardo R, Gutiérrez Regidor C, Crespo Medina M, Míguez Navarro C, Vásquez López P, et al. Psychiatric patients in the pediatric emergency department of a tertiary care center: review of a 6-month period. *Anales de Pediatría* 2006; 64 (6): 536-41.
- Mahajan P, et al. Epidemiology of psychiatric-related visits to emergency departments in a multicenter collaborative research pediatric network. *Pediatr Emerg Care* 2009; 25 (11): 715-20.
- Grupp Phelan J, Harman JS, Kelleher KJ. Trends in mental health and chronic condition visits by children presenting for care at U.S. emergency departments. *Public Health Rep* 2010; 122 (1): 55-61
- Zwaanswijk M, Van Der Ende J, Verhaak P, Bensing J, Verhulst F. Factors associated with adolescents mental health service need and utilization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 692-8.
- Olfson M, Gameroff M, Marcus S, Greenberg T, Shaffer D. National trends in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1328-1335.
- Pacheco B, Lizana CA, Celhay I, Pereira J. Características clínicas de niños y adolescentes menores de 18 años hospitalizados en una clínica psiquiátrica universitaria. *Rev Med Chile* 2007; 135: 751-758.
- Almonte C, Capurro G. Estructura de la morbilidad psiquiátrica en niños y adolescentes en consulta ambulatoria y hospitalización. *Psiquiatría Salud Mental* 2001; 18: 22-28.
- Matusevich D, Ruiz M, Vairo M, Girard P, Rozadilla G, Castagnola G, Job A, Pinto I, Finkelsztein C. Modelo de comunidad terapéutica en internaciones psiquiátricas breves. Estudio descriptivo de la unidad psiquiátrica dinámica de internación del Hospital Italiano de Buenos Aires. *Vertex, Rev Arg Psiquiatr* 2006; 17 (65): 55-64.
- Gaudio JJ, Penido JH, Cuccio A. Hospitalización de pacientes en el Hospital JT Borda de la ciudad de Buenos Aires. *Vertex, Rev Arg Psiquiatr* 1992-1993; 3: 262-265.
- Strejilevich S, Cahn M, Triskier E, Orgambide S. Datos operacionales de una unidad psiquiátrica de internación en un hospital general y público de la ciudad de Bs As. *Vertex Rev Arg Psiquiatr* 2002; 13: 85-92.
- Rodríguez Garin A, Chieri P, Bula A, Comas C. Epidemiological study among the adolescent inpatients of a Hospital of Psychiatric Emergency. *Vertex, Rev Arg Psiquiatr* 2006; 17 (70): 440-445.
- Informe Situación de Salud en la Argentina 2003. Ministerio de Salud de la Nación Argentina y Organización Panamericana de la Salud.
- Bella ME, Fernández AR, Willington JM. Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio infantojuvenil. *Revista Argentina de Salud Pública* 2010; 1 (3): 24-29.

El siglo del receptor, historia de ideas que iniciaron la psicofarmacología

Héctor Alejandro Serra

*Médico especialista en Farmacología, UBA.
Profesor Titular de Farmacología, Facultad de Medicina, UCA.
Subdirector de la Carrera de Médico Especialista en Farmacología, Facultad de Medicina, UBA.
E-mail: haserrafarmaco@gmail.com*

Daniel O. Fadel

*Médico especialista en Psiquiatría
Profesor Adjunto de Farmacología, Facultad de Medicina, UCA.
Jefe de T. Prácticos de la 1a Cátedra de Farmacología. Facultad de Medicina, UBA.
Director del Curso Posgrado Avanzado "Bases Neurobiológicas y Farmacológicas de la Terapéutica Psiquiátrica 2011",
Facultad de Medicina, UBA.
Médico del Servicio Salud Mental Instituto de Investigaciones Médicas "Alfredo Lanari". Facultad de Medicina, UBA.*

Introducción

El hito fundacional de la psicofarmacología puede remontarse a 1952, año en que fue introducida la clorpromazina en la práctica psiquiátrica; la revolución que causó fue similar a la originada por Pinel cuando liberó de cadenas a los alienados en el París de fines del siglo XVIII (36). La clorpromazina, una fenotiazina, provino de la investigación sobre nuevos antihistamínicos, una de las primeras líneas de desarrollo farmacológico contemporáneas (37). Tal desarrollo no podía tener cabida sin la concepción moderna de la farmacodinamia.

La farmacodinamia estudia el mecanismo de acción de los fármacos (55). El hito clave de ésta es el concepto de receptor; pero a diferencia de la clorpromazina, el concepto de receptor no surgió puntual y rápidamente, sino que maduró desde mediados del siglo XIX y a lo largo del XX, ya que durante mucho tiempo fueron considerados entidades hipotéticas (9). Recién en la última década del siglo XX surgieron métodos y potencia de cálculo necesarios para la caracterización de los mismos (30).

Resumen

Hoy día, el término receptor resulta obvio en psicofarmacología. Sin embargo, esto no era tan obvio hace un siglo atrás. Para tratar de explicar cómo actuaban los fármacos, científicos europeos comenzaron a elaborar teorías que, con el avance científico, se tomaron en hechos. Así, el concepto de receptor comenzó a cobrar sustancia y con él sus aplicaciones en medicina y en psiquiatría. En este trabajo se relatan los hechos que han desembocado en el conocimiento actual del receptor, piedra angular de la farmacología.

Palabras clave: Receptor - Historia de la farmacología - Farmacodinamia - Antipsicóticos.

THE CENTURY OF THE RECEPTOR, HISTORY OF IDEAS THAT LAUNCHED PSYCHOPHARMACOLOGY

Summary

Nowadays, the term receptor is obvious in psychopharmacology. However, this was not so obvious a century ago. To try to explain how drugs act, European scientists began to develop theories that turned into deeds with the scientific progress. Thus, the receptor concept and their applications in medicine and psychiatry began to gain substance. In this paper we relate the facts that have led to the current knowledge of receptor, the cornerstone of pharmacology.

Key words: Receptor - History of pharmacology - Pharmacodynamics - Antipsychotic drugs.

Este escrito pretende reseñar los hechos más destacados que sustentaron el concepto de receptor con orientación a lo acaecido en la psicofarmacología. Pero cabe destacar que estos hechos fueron producto de seres humanos; actores que, en última instancia, influyeron y fueron influidos por las situaciones científicas y político-sociales de las épocas que les tocó vivir. Por consiguiente, esta historia del receptor posee dos aspectos, uno científico y uno socio-cultural. Bajo estas ideas puede denominarse a todo el período de maduración de la farmacodinamia como el “siglo del receptor”.

Terminología empleada

Un fármaco (del griego medicamento o tóxico, según el contexto de la frase) es toda sustancia de naturaleza química definida capaz de modificar las funciones de los seres vivos y que se emplea con fines diagnósticos, preventivos o terapéuticos (33, 55). Para ejercer tales cambios, la mayoría de ellos se fijan a componentes celulares precisos, que constituyen los receptores farmacológicos (9, 45). Un receptor (del latín *re* y *capere*; tomar, captar de nuevo) es toda molécula celular cuya unión con el fármaco produce cambios funcionales (33, 55). Para la farmacología son receptores: las proteínas receptoras de señales fisiológicas (neurotransmisores, hormonas, etc.); los canales y las bombas de las membranas biológicas; las enzimas intracelulares y proteínas del citoesqueleto; los ácidos nucleicos y sus proteínas asociadas, y las proteínas de la matriz extracelular (53). Asociado con el concepto de receptor se halla el de transducción (del latín, *traductionem*, traducere; enviar o conducir a través) que implica el paso de la señal extracelular como información regulatoria intracelular (23).

Agonista/agonismo (del griego, luchador) define al fármaco y al resultado de producir una respuesta como consecuencia de activar un juego de receptores determinado (33). La identificación de algunos receptores proviene del nombre de su agonista más conocido; por ejemplo receptores adrenérgicos estimulados por adrenalina (54). Antagonista/antagonismo (del griego, contra y luchador) define al fármaco y al resultado de impedir el desempeño del agonista. Un antagonista se une a un receptor pero no lo activa, sino que bloquea la activación por el agonista (33). Sinergismo (del griego, significando juntos y significando trabajo) define la acción de mejorar el efecto de un fármaco por adición de otro (33).

La palabra agonista tiene un origen incierto sobre quién y cuándo fue introducida. Probablemente haya ocurrido en la segunda década del siglo XX, pues Fuhner usa el término sinergismo hacia 1918 (6). Es interesante destacar que Clark, un personaje importante en esta historia no usa el término agonista sino droga activa, pero sí la palabra antagonismo. Luego de la Segunda Guerra Mundial, el término agonista y sus tipos se utilizan ampliamente (3, 12, 13, 59).

Períodos históricos del concepto de receptor

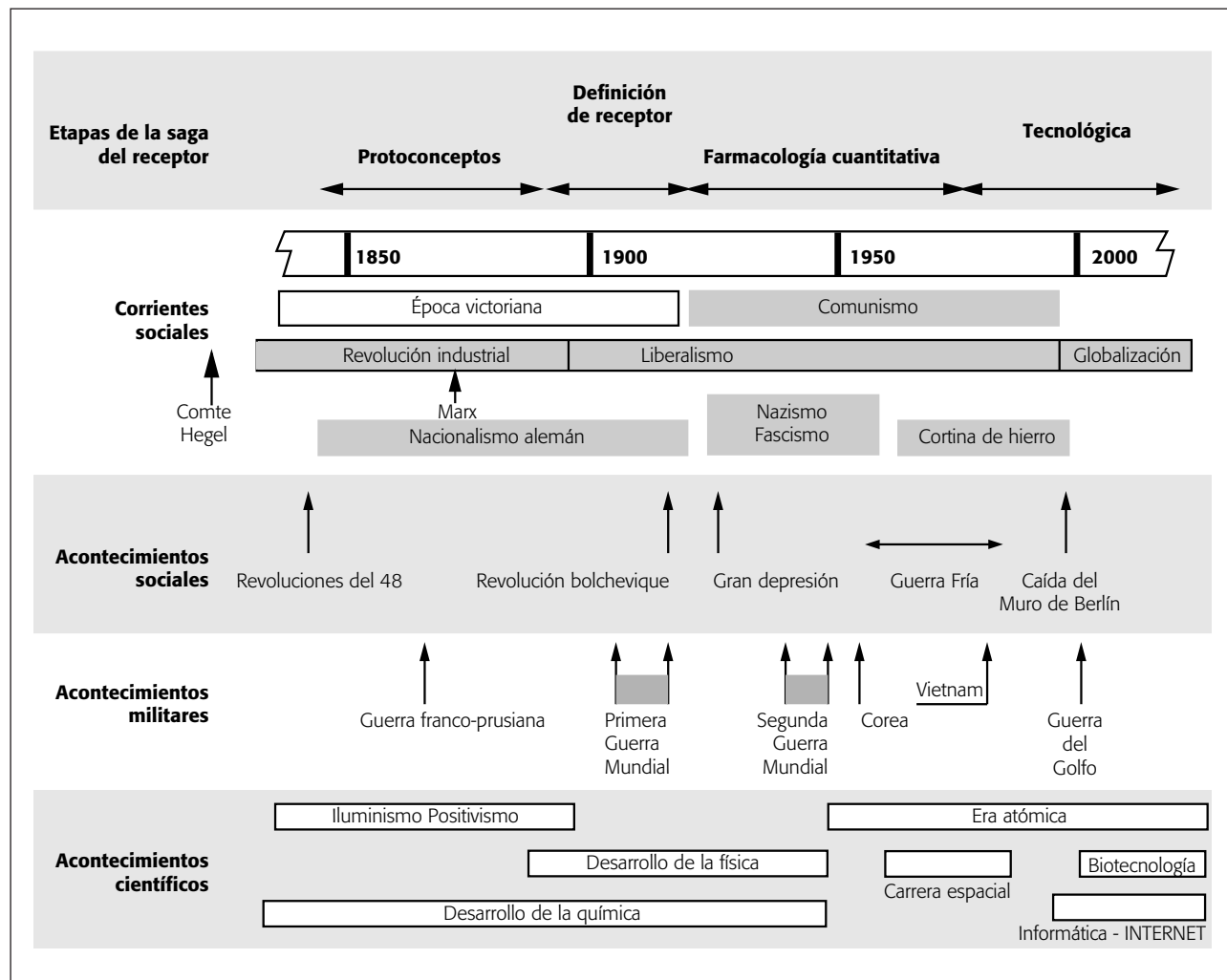
La historia del receptor puede dividirse en cuatro períodos: el primero o período de los protoconceptos, que abarca desde 1840 a 1895; el segundo o período de la definición del receptor, desde 1896 a 1915; el tercero o período de la farmacología cuantitativa, que va desde 1916 a 1970, y el cuarto o período tecnológico, que se extiende de 1971 hasta nuestros días (Tabla 1 y Figura 1).

Tabla 1. Personajes históricos importantes en la historia del receptor.

Personaje histórico	Año o período	Lugar	Contribución
Bernard	1844	Francia	El curare separa el nervio del músculo sin afectar los impulsos sensitivos o el corazón.
Buchheim	1847	Estonia	Inauguración de la primera cátedra de farmacología separada de materia médica. Inicio de la Farmacología Experimental con métodos de investigación fisiológicos.
Schmiedeberg	1869-1870	Alemania	Continuación de la labor de Buchheim, formación de más de 50 discípulos con lo cual la Farmacología Experimental se expande por Europa y EE UU.
Langley	1878-1905	Gran Bretaña	La atropina y la pilocarpina forman compuestos con <i>sustancias</i> de las terminales nerviosas o en las células glandulares. La <i>sustancia receptiva</i> del músculo recibe el estímulo y lo transfiere al material contráctil.
Ehrlich	1885-1900	Alemania	Las cadenas laterales de la gran macromolécula que es el protoplasma llevan a cabo las funciones comunes de las células. El receptor es el grupo de unión de la molécula protoplasmática donde se unen los compuestos externos (toxinas) mediante enlaces químicos.

Langley y Ehrlich	1908-1914		Establecimiento del receptor como sitio de unión a los fármacos.
Dale y Loewi	1909-1936	Gran Bretaña y Austria	Desarrollo de la fisiología y farmacología autonómica. Introducción de métodos y terminología específica.
Clark	1926 -1937	Gran Bretaña	Desarrollo de la farmacología cuantitativa. Medición de la interacción droga-receptor. Primeras interpretaciones mecanísticas sobre el efecto de las drogas: presentación de la teoría ocupacional. Primeros estudios de antagonismo entre drogas, creación del concepto de pAx.
Ahlquist	1948	Estados Unidos	Aplicación práctica del concepto de receptor: las diferentes respuestas a las catecolaminas son debidas a dos receptores, α y β , y no a dos sustancias, una estimulante y otra inhibitoria liberadas por el sistema simpático.
Ariëns	1951-1967	Holanda	Modificación de la teoría ocupacional: la respuesta no es lineal a la ocupación de receptores, introducción del concepto de actividad intrínseca y de distintos tipos de agonistas. Impulsor de la estereoselectividad en la unión de los compuestos al receptor.
Sutherland	1955-1957	Estados Unidos	Caracterización del AMPc, establecimiento de su papel como segundo mensajero de la acción hormonal tras el estímulo de varios receptores diferentes.
Stephenson	1956	Gran Bretaña	Modificación de la teoría ocupacional: introducción de los conceptos de eficacia y dualismo competitivo. Primera mención a la reserva de receptores.
Gaddum y Schild	1957-1960	Gran Bretaña	Estudio del antagonismo competitivo. Definición del pA ₂ y su uso para calcular la potencia de un antagonista.
Black	1958-1983	Gran Bretaña	Desarrollo de los primeros fármacos según el concepto de receptor y de la relación entre estructura química y acción farmacológica: Propranolol y Cimetidina.
Paton	1961	Gran Bretaña	Presentación de la teoría de las velocidades relativas para explicar la interacción droga-receptor, hoy en desuso.
Furchgott	1963-1972	Estados Unidos	Desarrollo de un modelo para cuantificar la reserva de receptores mediante antagonistas adrenérgicos irreversibles. Modificación de la teoría ocupacional.
Varios	1970 en adelante		Introducción de los métodos de radiomarcación (<i>binding</i>): determinación precisa del número y afinidad química de los receptores.
Changeaux	1970	Francia	Primera obtención y purificación química de un receptor: el nicotínico.
Rodbell	1980	Estados Unidos	Introducción del concepto de transducción de señales. Establecimiento definitivo de la relación entre los receptores, segundos mensajeros y maquinaria bioquímica intracelular.
Varios	1980 en adelante	Todo el mundo	Desarrollo de la metodología (bioquímica de proteínas, cristalografía de RX) para el análisis estructural de los receptores. Primeras aplicaciones de la biología molecular a los receptores (clonado y expresión en células de prueba): Aspectos funcionales y obtención de grandes cantidades de proteína para su secuenciación. Modelos operacionales para el funcionamiento de los receptores y su acople a la maquinaria bioquímica celular: Receptor en dos estados, modelo ternario cúbico, confórmers, teoría del ensamble.
Varios	1990 en adelante		Introducción de otras técnicas de la biología molecular (quimeras, mutagénesis dirigida, animales knock out y transgénicos) al estudio funcional, estructural y regulatorio de los receptores.

Figura 1. Cronología durante la saga del receptor.



El periodo de los protoconceptos

Éste transcurre en la Europa post-napoleónica donde Francia ha perdido su hegemonía y aparece dominada por el imperialismo británico. La revolución industrial, el liberalismo inglés y la época victoriana son elementos importantes para el desarrollo económico y el ascenso burgués que permiten la aparición de un ambiente académico, que sin embargo, no está demasiado comprometido con los grupos económicos del país. Frente a esto, la unificación alemana hacia 1870 genera un nacionalismo fundamental para los planes expansionistas de ese estado, cuya consecuencia es la necesidad de quitarle a Gran Bretaña el predominio industrial. Prueba de ello es la fuerte inversión estatal en aspectos clave de la nación como ciencia, tecnología y transporte, y el desarrollo de una industria química en manos de científicos. Así, el ambiente académico está fuertemente comprometido con el desarrollo estatal. Desde el punto de vista científico el positivismo y el iluminismo fueron las corrientes sobre las que se basaron las ideas imperantes (27, 49).

En este período Claude Bernard (1813-1878) en París introdujo el método científico en medicina y la experimentación sobre animales o sobre órganos aislados para

verificar hipótesis; asimismo, su descripción sistemática del efecto del curare sobre la unión neuromuscular brindó la primera localización de un sitio de acción de drogas (6, 28). Pero también, por esta época surge la farmacología tal como la conocemos hoy gracias a la voluntad inquebrantable de Rudolf Buchheim (1820-1879) de Dorpat (hoy Tartu, Estonia) y especialmente, de su discípulo Oswald Schmiedeberg (1838-1921) de Estrasburgo (durante esa época de Alemania), quienes cambiaron la currícula de la asignatura farmacia (llamada materia médica en ese entonces) de algo eminentemente descriptivo a algo absolutamente experimental, y difundiendo la nueva farmacología por Europa y Norteamérica (25, 39).

El período de la definición del receptor

Este ocurre en una época donde las potencias europeas se alinean en dos bandos enfrentados económica y militarmente (Francia, Inglaterra y Rusia vs. Imperios Centrales) que desatan la Primera Guerra Mundial (26, 49). La industria química alemana se halla en el cenit, provee colorantes, drogas de síntesis y productos para la maquinaria bélica. La ciencia sigue los avatares de la situación; en Gran Bretaña no era bien visto pasar de un

ámbito académico a la industria; en Alemania el estado sigue subsidiando a la ciencia y a la industria.

En este período, John Langley (1852-1925) acuñó el concepto de “sustancia receptiva”, tras sus experimentos con alcaloides y sistema nervioso autónomo. Una reflexión de 1878 constituye la primera aseveración sobre la existencia de una entidad celular con la cual las drogas interactúan químicamente para producir un efecto; pero tal vez las conclusiones de 1905 sean las que definen mejor tales ideas: “Llego a la conclusión de que la nicotina actúa sobre la masa muscular y no sobre las terminaciones nerviosas. Como se muestra más arriba, el curare actúa en la misma masa que la nicotina. Siguiendo este razonamiento, el curare actúa sobre la masa muscular y no sobre el nervio. Por lo tanto, en el estado normal, tanto la nicotina como el curare suprimen el efecto de la estimulación nerviosa, pero no la contracción obtenida por estimulación eléctrica directa o una inyección adecuada de nicotina; de esto puede ser inferido que ni los tóxicos ni el estímulo nervioso actúan directamente sobre la sustancia contráctil, sino sobre una sustancia accesoria. Debido a que esta sustancia accesoria recibe el estímulo y lo transfiere al material contráctil, podemos referirnos a ella como la sustancia receptiva del músculo” (Langley 1905, ref. 6). Es interesante destacar también este último párrafo puesto que añade al concepto de receptor su sentido fisiológico, es decir, no sólo resulta una sustancia capaz de unirse químicamente con las drogas sino que, además, envía al interior celular información de vital importancia para el funcionamiento. Y de ese modo, se anticipa unos 75 años al concepto de transducción; término que como tal se usó a partir de 1980 cuando Martin Rodbell (1925-1998) publica una revisión sobre proteínas G en el efecto hormonal sobre la membrana celular (48).

En tanto en Alemania, el polifacético Paul Ehrlich (1854-1915) desarrolló su vasta obra (57). La “teoría de las cadenas laterales”, publicada en 1897, sirvió para explicar la formación de los anticuerpos ante la exposición antigénica, por lo tanto tuvo más aplicación inmunológica que farmacológica; aunque fue formulada a partir de una serie de ideas entre las que primaron las reacciones químicas entre células y compuestos exógenos con un marcado grado de especificidad y donde la estructura del compuesto definía la función. Hacia 1900, bajo influencia del concepto “llave - cerradura” que Emil Fischer había postulado para explicar la unión enzima - sustrato, sostuvo: “Por consideración a la brevedad, debemos, en términos generales, designar como receptor a aquel grupo de unión presente en la molécula protoplásmica hacia el cual un grupo externo, recientemente introducido, se une” (Ehrlich 1900, ref. 61). No obstante, durante un tiempo fue reacio a aplicar los conceptos mencionados a fármacos y colorantes, pues pensó que, a diferencia de las toxinas, estos se unían lábilmente al protoplasma, pues eran removidos fácilmente por lavado.

Para la primera década del siglo XX, las ideas de Langley y Ehrlich convergieron con lo cual, el concepto de receptor quedó definitivamente afianzado. En 1908, Langley destacó que su teoría sobre la acción de las drogas

era coincidente en general con la teoría de la inmunidad de Ehrlich y para 1909, la negación de Ehrlich por aplicar la idea del receptor a las drogas terminó por desaparecer (6). A propósito de los trabajos de Langley, Ehrlich sugirió que los agentes activos (pilocarpina o nicotina) y sus antagonistas específicos (atropina o curare respectivamente) debían tener grupos haptofóricos similares pero toxofóricos distintos para explicar sus diferentes acciones, y que los grupos haptofóricos de la pilocarpina y atropina podían diferir de los de la nicotina y el curare para sostener el diferente sitio de acción. Tal vez, la frase más citada de Ehrlich resume la idea: “Si en química la ley *corpora non agunt nisi liquida* (las sustancias no actúan a menos que se hallen disueltas) es verdadera, en quimioterapia el principio *corpora non agunt nisi fixata* (las sustancias no actúan a menos que se fijen) es también verdadero” (Ehrlich, 1913, ref. 9).

El período de “oro” o de la farmacología cuantitativa

Este se halla inmerso en un período muy turbulento de la historia. Tiene su centro en Gran Bretaña, ahora, polo científico por excelencia que agrupa a científicos centroeuropeos que deben huir del nazismo en ascenso. Estados Unidos, abocado a la recuperación tras la gran depresión, fomenta planes industriales y una inmigración importante se proyecta como un centro de porvenir (26, 49). Existe también una fuerte inversión científico-educativa que atrae también a los científicos (primera inmigración) en huida. Durante la Segunda Guerra Mundial, esta etapa tiene su depresión, pero luego se recupera. Las guerras de Corea y Vietnam impulsan la investigación química en nuevas armas y nuevos fármacos. Desde el punto de vista científico comienza la era atómica con un desarrollo global en ciencia y tecnología. Existe una relocalización de científicos germanos en la post-guerra (segunda inmigración) que son captados por las dos superpotencias. Estados Unidos y la Unión Soviética se destacan como nuevas mecenas científicas.

En este período desarrolla su labor Alfred Joseph Clark (1885-1941) quien debe ser considerado el padre de la farmacología cuantitativa (10). Si bien inicialmente se inclinó por la fisiología, hacia 1910, cambió su interés al estudiar las acciones de la tiramina en el hombre. Hasta su doctorado en 1914 sirvió como asistente de farmacología y luego continuó como profesor en Ciudad del Cabo (Sudáfrica), Londres y finalmente, Edimburgo. Clark tuvo una prolífica actividad, pero el estudio de los efectos de la acetilcolina y la atropina sobre el corazón de batracio (13, 14) le permitió el desarrollo teórico que sentó las bases del conocimiento actual de la interacción droga - receptor. De acuerdo con Parascandola (40), Clark sentía un verdadero “afecto” por la cuantificación de los objetos, afinidad que ya poseía desde niño. Gracias a la aplicación de estas ideas, convirtió a la farmacología en una ciencia sistemática y mensurable, tomando la matemática como aliado imprescindible. A tal efecto, trató de unificar los métodos de obtención, medición y representación de los resultados. Como consecuencia, introdujo la representación cartesiana en forma de curva dosis res-

puesta como resumen de grandes cantidades de datos, y utilizó la escala logarítmica para representar las concentraciones debido al amplio rango de estas. Trató también de mejorar la forma de evaluación de los datos obtenidos y, por primera vez, calculó la cantidad de moléculas de droga que entran en contacto con las células. Debido a su interés sobre la forma en que actuaban las drogas, estudió la relación existente entre la concentración utilizada y la respuesta obtenida, y aplicó ecuaciones para explicar la interacción droga - receptor. En su trabajo sobre acetilcolina de 1926 (14) se lee: "La mínima cantidad de acetilcolina que produce una acción, a saber, 10^{-14} mol.g por mg de corazón, podría proveer unas 20000 moléculas por célula y estas podrían cubrir una superficie del orden de los 10^{-10} cm². Estas cifras demuestran que es imposible que la acetilcolina actuase formando una capa continua sobre la superficie de las células cardíacas o cubriendo cualquier gran superficie dentro de ellas". Al respecto, debe señalarse que cuando Clark se inició en la farmacología, todavía estaba en pleno debate el mecanismo de acción de las drogas. Para algunos investigadores como Dale las drogas actuaban por mecanismos físicos (tensión superficial, fuerza iónica, presión osmótica, etc.) mientras que para otros, como Langley y Ehrlich, mediante la unión química con el protoplasma (47). El valor de sus datos fue altísimo pues dirimió la cuestión hacia la existencia de receptores. La forma de la curva concentración-respuesta y la ecuación que la representa es similar a la isoterma de adsorción (desarrollada por Langmuir para explicar la aposición de los gases sobre una superficie metálica); por consiguiente, la explicación más sencilla es que la acetilcolina reacciona con algún tipo de compuesto en la superficie de las células en forma monomolecular y reversible (15). En su libro *The Mode of Action of Drugs on Cells (El modo de acción de las drogas sobre las células)* (12), aparecido en 1933, desarrolló aún más los conceptos y como aproximación al mecanismo de acción de las drogas esbozó la *teoría ocupacional*, que afirma que la respuesta a una droga es función lineal de la ocupación de sus receptores. Asimismo, siempre fue muy cauto al indicar que la exactitud en farmacología es lo suficientemente baja como para extraer conclusiones a partir únicamente de los ajustes matemáticos. Gracias a Clark la farmacología tomó un vuelo distinto y se sembró el campo para nuevos descubrimientos, los que vendrían luego de la Segunda Guerra Mundial.

En la Holanda de post guerra, Everhardus Ariëns (1917-2002) de Nijmegen revisó los postulados de Clark para introducir una serie de cambios en la teoría ocupacional (1). Sostuvo que todas las drogas que se unen a receptores exhibían acción específica al no operar por mecanismos físico-químicos y poseían *afinidad* por ellos, donde a mayor potencia mayor afinidad. Observó que dentro de una serie de moléculas emparentadas, no todas respondían igual sobre un mismo preparado; para explicar esto acuñó el término *agonista total o completo*, para la droga que producía la máxima respuesta y *agonista parcial*, para la droga que producía una fracción de la misma. Cuando un agonista parcial se estudiaba junto a un agonista total se producía un *efecto dual*, ya

que a concentraciones bajas del primero ambas drogas se potenciaban (mayor respuesta que el agonista total solo); pero a concentraciones más altas del primero, se antagonizaban (menor respuesta que el agonista total solo). Tomando todos estos hechos, asumió que la respuesta observada no era lineal a la ocupación de los receptores (excepto en el 0% y en 100% donde no hay ocupación o hay ocupación máxima respectivamente) e introdujo el término *actividad intrínseca* o α para ajustar matemáticamente las ecuaciones. Para un agonista total α era igual a 1; para un agonista parcial α valía entre 0 y 1, y para un antagonista α era igual a 0 (3). Ariëns reenfocó la farmacodinamia asumiendo importancia de la relación entre estructura química y acción farmacológica de los compuestos (SAR, siglas de su acepción inglesa *structure activity relationship*), campo explotado hasta ese entonces solamente por los químicos para el diseño de nuevos fármacos, y definió del concepto de estereoselectividad en la unión y actividad de las drogas, del cual fue su más acérrimo defensor (4, 42).

Hacia 1956, Robert Stephenson (1925-2004) de Edimburgo introdujo nuevos cambios a la teoría ocupacional (59), donde el efecto máximo podría obtenerse incluso ocupando sólo una pequeña porción del total de receptores. Por ello fármacos diferentes, aún con la misma afinidad, tenían la capacidad de inducir la misma respuesta ocupando diferentes cantidades de receptores gracias a una propiedad llamada *eficacia* o e , y que dependería de la misma droga y del tejido usado como experimento. Los valores de e variaban entre 0 e infinito (e no es sinónimo de α , los agonistas totales tienen todos igual α pero difieren en su e al ocupar diferente proporción de receptores) y como la respuesta máxima supone un techo insuperable, Stephenson sostuvo que cuanto más eficaz era un agonista total, más corrida a la izquierda era su curva dosis - respuesta y más empinada era su pendiente. En vista de la capacidad de respuesta de los agonistas más eficaces, Stephenson definió la existencia de una reserva de receptores, propia para cada droga. Dicha reserva la conformaban todos los receptores que no han sido ocupados por el agonista para producir efecto; así, los agonistas parciales, aún ocupando todos los receptores no pueden lograr el efecto máximo (52). En 1967 Robert Furchgott (1916-2009) de Nueva York usando antagonistas irreversibles modificó el método de equi-respuesta para estimar la reserva de receptores en forma más precisa que Stephenson (22), a la vez reformuló el concepto de *eficacia* en términos de la densidad de receptores o $[R_t]$ que presentaba cada tejido estudiado y propuso en su reemplazo *eficacia intrínseca* o ϵ que no es más que $e/[R_t]$ (9, 30).

Los estudios con antagonistas merecen una mención especial pues estos fueron herramientas preciadas para el estudio de la teoría ocupacional. Clark fue el primero en abordar el problema del antagonismo e intentar su clasificación y cuantificación. Sugirió una de estimación del antagonismo reversible basado en la concentración del antagonista que modificaba la respuesta de la droga activa y sugirió el pA_x o $-\log$ de la concentración de antagonista que produce un incremento x de la

concentración de agonista para conservar el efecto (50). Sin embargo, fueron John Gaddum (1900-1965) y Heinz Schild (1906-1984) quienes expandieron este campo (15, 30, 47). La originalidad de sus aportes permitió calcular la afinidad química real de un antagonista competitivo reversible (medida como pA_2) mediante un enfoque llamado "método de nulidad" que consiste en cuantificar el cambio de potencia del agonista en presencia del antagonista (5, 15, 30).

Con estas contribuciones los receptores y la teoría ocupacional quedaron ampliamente establecidos. No obstante en 1961, William Paton (1917-1993) de Oxford, propuso una teoría alternativa para explicar el funcionamiento de los receptores, la teoría de las velocidades relativas (43). Según esta, los agonistas producen su efecto al disociarse rápidamente del receptor; mientras que los antagonistas carecen de actividad y bloquean a los agonistas porque, al tener menor velocidad de disociación, quedan fijados más tiempo al receptor. A pesar de que actualmente esta teoría ha caído en desuso, sirvió como base para los estudios con radioligandos, iniciados en el laboratorio del propio Paton por Humphrey Rang (46, 47).

El periodo tecnológico

Este se caracteriza por un predominio norteamericano, profundizado aún más ante el fin de la guerra fría tras la caída del Muro de Berlín y la globalización. Existen tres polos científicos, Estados Unidos, Europa y también Japón, debido al notable desarrollo que alcanzan en materia industrial y económica. China lentamente va ocupando un lugar en este terreno. La exploración del cosmos, la irrupción de la biotecnología, la informática y el descubrimiento del genoma humano son los elementos característicos de la ciencia de esta etapa. La historia del receptor no queda al margen de la biología, ya que la aplicación de muchos de estos conocimientos permite por fin dilucidar su naturaleza, puesto que ahora se puede analizar enormes cantidades de datos por unidad de tiempo. No obstante, la ciencia va perdiendo ese halo impoluto académico y se convierte en esta etapa en un negocio más y despersonalizado; en una industria de industrias que beneficia no sólo a los científicos y universidades, sino también a las consultoras y "cazadores de talentos", a las compañías de servicios de investigación (llamadas CRO o *Contract Research Organisations*), a la industria químico-farmacéutica, a las productoras de insumos, reactivos e instrumental de medición, y las editoriales dedicadas a las publicaciones regulares en papel o en formato electrónico y al manejo de base datos biológicos.

Esta etapa comienza de manera muy promisoriosa por dos acontecimientos clave. Por un lado Jean-Pierre Changeaux (n. 1936) de París, consiguió aislar por primera vez un receptor; se trata del receptor nicotínico presente en la electroplaca de la anguila eléctrica (órgano derivado del músculo estriado con una riqueza inusual de esa proteína) (17). Por otro Earl Sutherland (1915-1974) de Nashville, fue galardonado con el premio Nobel de Fisiología y Medicina de 1971 por su descubrimiento del

AMP cíclico y la teoría del "segundo mensajero" como amplificador intracelular de señales iniciadas en los receptores (60). Tales hitos marcaron el giro definitivo hacia la consolidación del receptor como entidad existente, de su papel fisiológico y el reconocimiento de la transducción.

Los estudios con drogas radiomarcadas (drogas con átomos emisores radiactivos o drogas calientes) surgen por la necesidad de seguimiento efectivo de una sustancia administrada mientras recorre un organismo. Su aplicación, siguiendo técnicas derivadas del radioinmunoanálisis, produjo los estudios de unión (binding) con radioligandos; los cuales permiten calcular con exactitud la afinidad química entre fármacos y receptores, y el número de estos por muestra de tejidos. Estos se iniciaron a inicios de los años '70 en Estados Unidos y rápidamente fueron adoptados por los laboratorios a lo largo y a lo ancho del mundo. Uno de los pioneros en este campo fue Solomon Snyder (n. 1938) de Baltimore, quien adaptó la técnica de Cuatrecasas para el análisis de varios receptores en tejido cerebral, especialmente los opiáceos (58). Mediante el binding, Philip Seeman (n. 1934) de Toronto, estudió ampliamente a los receptores dopaminérgicos y definió las propiedades farmacodinámicas de los antipsicóticos (51). Básicamente un estudio con radioligandos trata de cuantificar el desplazamiento de la droga caliente por varias frías en condiciones de equilibrio; las preferidas son los antagonistas competitivos reversibles, pues tienen mayor afinidad que los agonistas (43, 59). La afinidad obtenida es diferente de la propuesta por la teoría ocupacional que mide, en realidad, la potencia. Cuando se comparan potencia y afinidad química de hormonas y neurotransmisores (agonistas endógenos), la primera es unas 100 a 1000 veces mayor que la segunda, mientras que para los fármacos (agonistas exógenos) la diferencia no es tan marcada o no existe. Este fenómeno, cuya explicación es hipotética, permitiría una mejor transmisión de información entre las células. Por último debe decirse que los estudios con radioligandos son precursores de la neuroimagen de amplio desarrollo a partir de los '90.

Con las técnicas de biología molecular y manipulación genética combinadas con la SAR se dio el golpe de gracia a la farmacodinamia, posicionándola firmemente en el terreno molecular. Esta combinación permitió identificación estructural, funcional y genética de los receptores, y favoreció el diseño de drogas "a medida" (44). Uno de los primeros en incursionar en estas técnicas fue Robert Lefkowitz (n. 1943) de Durham, quien junto a su grupo clonó los genes de las tres familias de receptores adrenérgicos (pertenecientes a la gran superfamilia de los receptores asociados a proteínas G o GPCRs) y describió las quinasas asociadas a dichos receptores (16, 29, 32, 35). Muy pronto, varios grupos clonaron otros receptores a la vez que se empezaron a construir variantes modificadas de estos (quimeras y mutantes) expresadas en células y organismos de prueba. De este modo, se accedió a la intimidad de los receptores, se los modificó para determinar sus requerimientos de funcionalidad, y se establecieron conceptos básicos sobre la función, transducción y desensibilización (down-regulation) de las familias de

receptores (29, 31, 48). A partir de 1995, la Unión Internacional de Farmacología (IUPHAR) selecciona Comités de Expertos para clasificar según ciertas pautas a las diferentes familias de receptores. El resultado de tal revisión se halla en una base de datos (56) disponible en la web (<http://www.iuphar-db.org/>).

Aplicaciones del concepto del receptor a lo largo de la historia de la medicina

Si se deben señalar figuras sobresalientes en la investigación y desarrollo de la neurotransmisión, estas son Henry Dale (1875-1968) y Otto Loewi (1873-1961). Dale se formó con el eminente fisiólogo Ernest Starling, y a pesar de su título de médico, trabajó siempre en investigación para la industria farmacéutica y para el gobierno británico. Desde muy joven conoció y trabó amistad con Loewi, desarrollando una amplia tarea en la caracterización y función de la histamina, de los sistemas simpático y parasimpático, y de las sustancias vinculadas (6, 18). Prueba de ello es la vasta terminología por él implementada, la cual sigue vigente: términos como *adrenérgico*, *colinérgico* o *simpaticomimético* son de amplia aplicación en la nomenclatura de los receptores (9). Loewi estudió y se doctoró bajo la égida de Schmiedeberg. Hacia el cambio de siglo decidió dedicarse a la farmacología y tras un breve paso por Inglaterra y Alemania, se radicó en Austria donde ocupó varios cargos docentes. En 1921, tras una serie de elegantes experimentos demostró por primera vez y de modo convincente, la existencia de la neurotransmisión humoral (19, 54). Debido a la persecución nazi, tras la anexión de Austria, Loewi debió refugiarse primero en Holanda e Inglaterra, para luego radicarse definitivamente en Nueva York. Por todas las investigaciones sobre neurotransmisión, ambos recibieron el premio Nobel de Fisiología y Medicina de 1936 (34). Tal vez ambos no hayan contribuido directamente a la historia del receptor, pero como en el caso de Schmiedeberg, sus contundentes aportes potenciaron los conceptos existentes. Así, los farmacólogos moleculares que desarrollaron el terreno de los receptores y los mecanismos de transducción, como los químicos que sintetizaron moléculas terapéuticas siguiendo la concepción SAR, deben en alguna medida, tributo a estos dos grandes pues trabajaron con herramientas e ideas desarrolladas por ellos.

El receptor en la terapéutica cardiovascular

El químico sueco Ulf Von Euler (1905-1983) demostró, en 1946, que los nervios simpáticos producían y liberaban únicamente noradrenalina (63). Dos años después, el obstetra norteamericano Raymond Ahlquist (1914-1983), interesado en la cura de la dismenorrea, notó que las diferentes catecolaminas ejercían en el útero un efecto diferente que en otros tejidos. Al comparar sus potencias en diferentes tipos de músculos lisos, estableció que el orden o *ranking* para producir contracción era: adrenalina > noradrenalina > isoproterenol, mientras que el orden para la relajación era: isoprotere-

nol > adrenalina > noradrenalina. También observó que el orden de potencias para la estimulación cardíaca era similar al de relajación del músculo liso (2). Para explicar estos hallazgos razonó que en los diferentes tejidos debería haber receptores cuya estimulación causaba la respuesta observada; como conclusión afirmó a receptores iguales, órdenes de potencia similares y por lo tanto, si había dos *rankings* debía haber dos tipos de receptores (28). Usando la nomenclatura de Dale (que llamó respuesta α al incremento y β a la caída de presión los experimentos con adrenalina y alcaloides del cornezuelo de centeno sobre el músculo liso vascular, ref. 54) propuso llamar a estos receptores α y β . Los α , sensibles a adrenalina y noradrenalina, mediaban respuestas contráctiles del músculo liso. Los β , sensibles al isoproterenol y a la adrenalina, mediaban la relajación lisa y la estimulación cardíaca (2).

La más importante repercusión de la conclusión de Ahlquist fue el haber sentado las bases para el desarrollo racional de los fármacos β bloqueantes. En efecto, una década después, el británico James Black (1924-2010), investigador de *Imperial Chemical Industries* (ICI), recogió la idea en aras de su principal interés, encontrar drogas que redujesen la demanda de O₂ miocárdico. Desdeñando la corriente en boga, pensó que la solución del problema isquémico cardíaco radicaba en reducir el consumo de O₂ por el músculo, más que en mejorar su aporte a través del aumento del flujo coronario. Para ello, existencia de receptores β adrenérgicos que activaban al corazón era ideal; más aún, ya se había encontrado un análogo del isoproterenol, el dicloroisoproterenol, con capacidad supresora parcial de las respuestas β . Así, haciendo gala de la SAR, con ayuda de los químicos de ICI, procedió a investigar sistemáticamente nuevos compuestos derivados de las catecolaminas, hecho que condujo, unos tres años después, a la síntesis del propranolol, la droga β bloqueante de referencia que cambió el curso de las afecciones cardiovasculares (7). Aplicando los mismos principios sobre la histamina y sus receptores H₂, Black desarrolló y obtuvo, durante los '70 la cimetidina, otro fármaco que cambió el pronóstico de una enfermedad, la úlcera péptica (7). En reconocimiento a esta labor, Black fue honrado en 1988 con el premio Nobel de Fisiología y Medicina.

El receptor en los inicios de la psicofarmacología

Por Dale y Lewis se sabe, desde los años '20, que la histamina es causal de las reacciones alérgicas (41). Ernest Fourneau (1872-1949) y Daniel Bovet (1907-1992) del Instituto Pasteur de París, comenzaron hacia mediados de los años '30 a estudiar posibles sustancias antihistamínicas al notar semejanzas entre las estructuras químicas de la histamina, adrenalina y acetilcolina. Basados en su amplia experiencia en la SAR de simpaticolíticos y de anticolinérgicos sintetizaron varias arilalquilaminas, de las cuales la timoxietildietilamina fue el primer antagonista efectivo, aunque demasiado tóxico como para ser empleado en el hombre (8). Entre 1939 y 1941 este grupo probó otros derivados hasta la obtención de la fen-

benzamina, primero y pirlamina o mepiramina, luego. Estos fármacos por ser más seguros empezaron a comercializarse a partir de 1944. Por estas contribuciones Bovet fue distinguido con el premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1957.

Entre 1945 y 1955 se sintetizaron en Europa y Estados Unidos miles de compuestos de este tipo, llamados a partir de entonces antihistamínicos, algunos como la difenhidramina y la clorfeniramina se hallan aún en venta (8). Debe destacarse que por esa época no se había hecho aún la distinción entre respuestas H1 (vasculares y de la alergia) y H2 (gástricas) debidas a receptores diferentes; esta se efectuó, como se vio más arriba, en la década del '70 con la introducción de la cimetidina (41). Antes de la Segunda Guerra Mundial el Instituto Pasteur se asoció con la firma Rhône Poulenc (hoy Sanofi-Aventis) donde Paul Charpentier estaba desarrollando las fenotiazinas como colorantes y antimaláricos. Intentando obtener un derivado mejorado de la difenhidramina sintetizó derivados fenotiazínicos con cadenas laterales alquilaminicas de distinta longitud entre ellas la prometazina (en 1947) y la clorpromazina (en 1951). La prometazina resultó un buen antihistamínico con importantes efectos hipnosedantes por lo que fue usada en psiquiatría aunque sin buenos resultados (historia de la psicofarmacología). En cambio, la clorpromazina, tras las observaciones de Henri Laborit (1914-1995) y sus colegas, quienes en la búsqueda de sustancias antishock para cirugía probaron sus condiciones, empezó a usarse como psicofármaco casi inmediatamente. Gracias a los trabajos de Jean Delay (1907-1987) y Pierre Deniker (1917-1998) su utilidad se difunde y a partir de 1952 es aceptada sin duda por la comunidad médica (36, 37).

Otros países europeos no se quedaron atrás tras el éxito francés. En Suiza, la firma Geigy (hoy Novartis) rescatando análogos fenotiazínicos para uso psiquiátrico introdujo el primer derivado tricíclico, la imipramina que, gracias a los trabajos de Roland Kuhn (1912-2005), se demostró que no era neuroléptica sino antidepressiva, empezándose a comercializar a partir de 1957. En Bélgica, Paul Janssen (1926-2003) para rescatar a la empresa familiar de la quiebra mediante productos terapéuticamente útiles y patentables, sintetizó análogos de la meperidina. Si bien algunos eran opiáceos otros, consignados como butirofenonas, resultaron neurolépticas y de ellas el haloperidol fue el más importante; fue introducido en 1961 en Europa y en 1969 en Estados Unidos. En Dinamarca, Lundbeck produjo y comercializó los tioxantenos y en Suiza, Wander Pharmaceutical introdujo a partir de 1972 la clozapina (21, 24, 38).

Tras la hipótesis dopaminérgica de las psicosis de Arvid Carlsson (n. 1923) y toda su contribución al campo de la neurotransmisión central que le valió el premio Nobel de Fisiología y Medicina del año 2000, quedó establecido que los neurolépticos interactúan con receptores y los antagonizan (11). Aquí, los estudios con radioligandos permitieron establecer un paneo de afinidades por los diversos receptores disponibles que explican no solo su respuesta sino también sus efectos adversos (20, 38, 51, 52). Esta concepción se ha extendido a toda la

psicofarmacología y hoy día no se concibe psicofármaco sin su mecanismo de acción correspondiente sobre la neurotransmisión.

Discusión y conclusiones

Este escrito ha pretendido revisar la historia del receptor dentro la historia de la farmacología y sus aplicaciones contexto de la farmacología general y de la psicofarmacología en particular. Los cuatro períodos en que fue dividida permiten una comprensión más fluida a la vez que colocan los conocimientos generados dentro del marco político-social-cultural imperante.

Durante el primer y segundo períodos se ponen de manifiesto dos ideologías, una liberal predominante en la Inglaterra victoriana y otra nacionalista predominante en la Europa continental. Ello parece influir en la ciencia, mientras que en Gran Bretaña, la "ciencia es por la ciencia" y la incorporación de un científico a la industria es en parte menospreciado; en Alemania y en Francia la ciencia se incentiva con el aporte estatal, y con la creación de institutos de investigación como el de Estrasburgo en la Alemania unificada antes de la Primera Guerra o el Pasteur de París con amplios vínculos con la industria (57). Una anécdota de Dale al respecto, pinta esta situación: "En 1904 bajo la recomendación de Starling, Harry Wellcome, propietario de la compañía farmacéutica Burroughs-Wellcome, me ofreció una posición como director de laboratorio en los laboratorios de investigación fisiológica de la compañía. Mis amigos trataron de persuadirme de no aceptar el trabajo, argumentando que vendería mis derechos científicos a ese 'guiso' comercial" (Dale 1908, ref. 62). Sin embargo, Dale rechaza el consejo y desarrolla su principal actividad en la industria farmacéutica. Es importante destacar, que en estos períodos el personaje y su figura son relevantes; rasgos que se van a desdibujar en los actores de los períodos siguientes. Entre estos personajes parecieran existir dos grupos; aquellos que se especializaron en el desarrollo-prueba de los fármacos en contacto con la industria (Dale, Loewi, Fourneau, Bovet, Black, Charpentier, Laborit, Delay, Deniker, Janssen) y aquellos que se dedicaron al soporte teórico de la idea del receptor (Langley, Ehrlich, Clark, Alhquist, Schild, Stephenson, Furchgott, Sutherland, Seeman). Si contamos con los reconocimientos públicos, fama y galardones obtenidos por cada grupo, el primero gana, tal vez por el interés-expectativa que despierta el fármaco en el hombre (la idea de la píldora mágica sobre el *homo 'pharmacologicus'*). Tómense como ejemplos de lo expresado a Black y a Furchgott, aun cuando el primero desarrolló un modelo teórico de interacción droga-receptor, fue reconocido por la síntesis de fármacos revolucionarios, y Furchgott a pesar de sus ideas sobre los receptores, fue galardonado con el Nobel por sus investigaciones en el óxido nítrico que culminaron en el desarrollo del sildenafil (7).

En los períodos tercero y cuarto la ciencia se despersonaliza, y las figuras actuantes forzosamente se minimizan. Esta comienza a ser vista como un negocio sobre todo en los países de punta. Entonces, se crea una

demanda de investigadores, aumenta la base o campos de investigación y se multiplican los conocimientos y los métodos con la incorporación de nuevas líneas. Bajo la óptica del *homo 'pharmacologicus'*, empieza a producirse una demanda de mejores medicamentos, en parte porque lo dictan las normas del saber, pero en parte también porque lo dicta el mercado. Por ello no debe llamar la atención la facilidad y rapidez con que los nuevos psicofármacos se incorporaron al arsenal terapéutico, hasta el desastre de la talidomida no se pedían grandes garantías de seguridad a las nuevas moléculas ni estaban reglados los ensayos clínicos y la farmacovigilancia (Fadel DO, Serra HA, en prensa).

Las cuestiones de intercambio y camaradería entre grupos científicos participantes en la historia del receptor siempre han sido destacables sin importar los períodos, las guerras o las convulsiones sociales. A pesar de los intereses locales, los grupos han compartido mucho del saber a lo largo de esta historia y ello ha sido muy

redituable (62). Puede tomarse como ejemplo de camaradería la reubicación del mapa científico europeo durante el ascenso del nazismo que evitó la pérdida de muchos hombres valiosos a la hora de transmitir y enseñar sus saberes. Más allá de la admiración particular que alguna de las figuras reseñadas en este escrito pueda despertar, el conocimiento de esta historia permite saber donde se halla hoy la farmacología y que puede esperarse. El hecho de revisar sistemáticamente el pasado puede evitar errores futuros y esa ha sido la tónica durante la investigación de esta saga que podría llamarse el "siglo del receptor". Siglo realmente largo, se inició antes de la mitad del siglo XIX y aún no ha terminado.

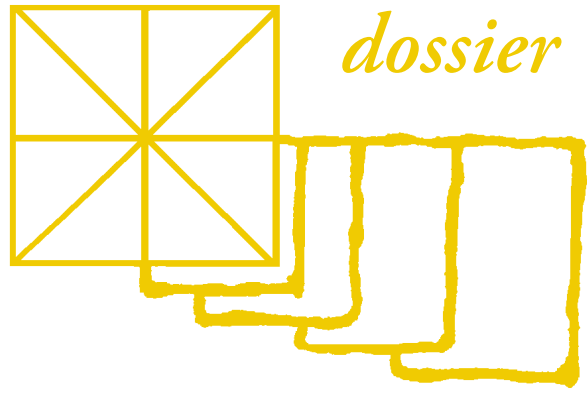
Conflictos de interés

Los autores no declaran conflicto de interés alguno ■

Referencias bibliográficas

1. Abraham DJ, Kister J, Joshi GS, et al. Intrinsic activity at the molecular level: E. J. Ariens' concept visualized. *J Mol Biol* 1995; 248: 845-55.
2. Ahlquist RP. Development of the concept of alpha and beta adrenotropic receptors. *Ann NY Acad Sci* 1967; 139: 549-52.
3. Ariens EJ. Affinity and intrinsic activity in theory of competitive inhibition. *Arch Int Pharmacodyn* 1954; 99: 32-49.
4. Ariens EJ. Steric structure and activity of catecholamines on α - and β - receptors. In Brunings KJ, Lindgren P, editors. Modern concepts in the relationship between structure and pharmacological activity (First International Pharmacological Meeting). Oxford: Pergamon Press; 1963, p. 247-64.
5. Arunlakshana O, Schild HO. Some quantitative uses of drug antagonists. *Br J Pharmacol* 1959; 14: 48-58.
6. Bennett MR. The concept of transmitter receptors: 100 years on. *Br J Pharmacol* 2000; 39: 523-46.
7. Black JW. Drugs from emasculated hormones: the principles of the syntopic antagonism. *Nobel Lecture* 1988 Dec [citado 23 Nov 2011]: [1 pantalla]. Disponible en http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1988/black-lecture.pdf.
8. Bovet D. The relationships between isosterism and competitive phenomena in the field of drug therapy of the autonomic nervous system and that of the neuromuscular transmission. *Nobel Lecture* 1957 Dec [citado 25 Nov 2011]: [1 pantalla]. Disponible en http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1957/bovet-lecture.pdf.
9. Bowman WC, Rand MJ. Textbook of Pharmacology 2nd ed. Oxford: Blackwell; 1980, p. 39.1-60.
10. Burn JH. AJ Clark, obituary. *J Pharmacol Exp Ther* 1942; 75: 187-90.
11. Carlsson A. A half-century of neurotransmitter research: impact on neurology and psychiatry. *Nobel Lecture* 2000 Dec [citado 27 Nov 2011]: [1 pantalla]. Disponible en http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2000/carlsson-lecture.pdf.
12. Clark AJ. The mode of action of drugs on cells. London: Edward Arnold; 1933.
13. Clark AJ. The antagonism of acetyl choline by atropine. *J Physiol* 1926; 61: 547-56.
14. Clark AJ. The reaction between acetyl choline and muscle cells. *J Physiol* 1926; 61: 530-46.
15. Colquhoun D. The quantitative analysis of drug-receptor interactions: a short history. *Trends Pharmacol Sci* 2006; 27: 149-57.
16. Cotecchia S, Ostrowski J, Kjelsberg MA, et al. Discrete amino acid sequences of the 1-adrenergic receptor determine the selectivity of coupling to phosphatidylinositol hydrolysis. *J Biol Chem* 1992; 267: 1633-9.
17. Changeaux JP, Kasai M, Lee CY. Use of a snake venom toxin and characterize the cholinergic receptor protein. *Proc Natl Acad Sci USA* 1970; 67: 1241-7.
18. Dale HH. Some Recent Extensions of the Chemical Transmission of the Effects of Nerve Impulses. *Nobel Lecture* 1936 Dec [citado 27 Nov 2011]: [1 pantalla]. Disponible en http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1936/dale-lecture.html.
19. Fadel D, Zieher LM, Serra HA. Neurotransmisión colinérgica

- ca. En: Zieher LM, Alvano SA, Fadel DO, Iannantuono RF, Serra HA, editores. Colección de farmacología: psiconeurofarmacología clínica y sus bases neurocientíficas 3ra ed. Buenos Aires: Ursino; 2003, p. 405-20.
20. Fadel DO, Serra HA. Farmacología del aripiprazol, un antipsicótico agonista parcial de la neurotransmisión dopaminérgica-serotonérgica. *Psicofarmacología* 2004; 4(25): 39-46.
 21. Fangman P, Assion H-J. Antidepresivos (II). La imipramina y el origen de los fármacos antidepresivos: de los antihistamínicos a los antidepresivos heterocíclicos. En: López Muñoz F, Alamo C, editores. Historia de la psicofarmacología. Madrid: Médica Panamericana; 2006, p. 701-17.
 22. Furchgott RF, Bursztyjn P. Comparison of dissociation constants and relative efficiencies of selective agonists acting on parasympathetic receptors. *Ann NY Acad Sci* 1967; 139: 882-99.
 23. Gomperts BD, Kramer IM, Tatham PER. Signal Transduction. San Diego: Academic Press; 2002.
 24. Granger B, Albu S, Benyaya J. Antipsicóticos (III). La consolidación de la terapéutica neuroléptica: la introducción clínica del haloperidol y el desarrollo de las butirofenonas y tioxantenos. En: López Muñoz F, Alamo C, editores. Historia de la psicofarmacología. Madrid: Médica Panamericana; 2006, p. 651-68.
 25. Habermann ER. Rudolf Buchheim and the beginning of pharmacology as a science. *Annu Rev Pharmacol* 1974; 14: 1-9.
 26. Hobsbawm EJ. Historia del Siglo XX 2da ed. Buenos Aires: Planeta; 2001.
 27. Hobsbawm EJ. La Era del Capital, 1848-1875 2da ed. Buenos Aires: Planeta; 2001.
 28. Huxtable RJ. A brief history of pharmacology, therapeutics and scientific thought. *Proc West Pharmacol Soc* 1999; 42: 181-223.
 29. Kelly E, Bailey CP, Henderson G. Agonist-selective mechanisms of GPCR desensitization. *Br J Pharmacol* 2008; 153(S1): S379-88.
 30. Kenakin T. A pharmacology primer: theory, application, and methods. San Diego: Elsevier Academic Press; 2004.
 31. Kenakin TP. Efficacy at G-coupled-protein receptors. *Nat Rev Drug Discovery* 2002; 1: 103-10.
 32. Kjelsberg MA, Cotecchia S, Ostrowski J, et al. Constitutive activation of de α_{1B} -adrenergic receptor by all amino acid substitutions at a single site. *J Biol Chem* 1991; 267: 1430-3.
 33. Laurence D. A Dictionary of Pharmacology and Allied Topics 2nd ed. Amsterdam: Elsevier; 1998.
 34. Loewi O. The Chemical Transmission of Nerve Action. *Nobel Lecture* 1936 Dec [citado 27 Nov 2011]: [1 pantalla]. Disponible en http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1936/loewi-lecture.html.
 35. Lomasney JW, Cotecchia S, Lorenz W, et al. Molecular cloning and expression of the cDNA for the alpha 1A-adrenergic receptor. The gene for which is located on human chromosome 5. *J Biol Chem* 1991; 266: 6365-9.
 36. López Muñoz F, Alamo C, Cuenca E. Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología. *Frenia* 2002; 2: 77-107.
 37. Mazana JS, Pereira J, Cabrera R. Cincuenta años de clorpromazina. *Rev Esp Sanid Penit* 2002; 4: 101-13.
 38. Meyer JM, Leckband SG. Antipsicóticos (IV). El desarrollo de la clozapina y su papel en la conceptualización de la atipicidad antipsicótica: antipsicóticos atípicos. En: López Muñoz F, Alamo C, editores. Historia de la psicofarmacología. Madrid: Médica Panamericana; 2006, p. 669-79.
 39. Muscholl E. Second W.D.M. Paton Memorial Lecture. The evolution of experimental pharmacology as a biological science: the pioneering work of Buchheim and Schmiedeberg. *Br J Pharmacol* 1995; 116: 2155-9.
 40. Parascandola J. AJ Clark: Quantitative pharmacology and the receptor theory. *Trends Pharmacol Sci* 1982; 3: 421-3.
 41. Parsons ME, Ganellin CR. Histamine and its receptors. *Br J Pharmacol* 2006; 147(S1): S127-35.
 42. Patil PN. Obituary, Everhardus J Ariëns (1918-2002): A tribute. *Trends Pharmacol Sci* 2002; 23: 344-5.
 43. Paton WMD. A theory of drug action based on the rate of drug-receptor combination. *Proc R Soc Lond B Biol Sci* 1961; 154: 21-69.
 44. Poupiana R, Lozano JJ, Ruiz J. Molecular modelling of the differential interaction between several non-steroidal anti-inflammatory drugs and human prostaglandin endoperoxide H synthase-2 (h-PGHS-2). *J Mol Graph Model* 2002; 20: 329-43.
 45. Pratt WB, Taylor P. Principles of Drug Action: The Basis of Pharmacology 3rd ed. New York: Churchill Livingstone; 1990.
 46. Rang HP. Obituary: William Paton (1917 - 1993). *Trends Pharmacol Sci* 1994; 15: 15.
 47. Rang HP. The receptor concept: pharmacology's big idea. *Br J Pharmacol* 2006; 147(S1): S9-16.
 48. Rodbell M. The role of hormone receptors and GTP-regulatory proteins in membrane transduction. *Nature* 1980; 284: 17-22.
 49. Romero JL. El Ciclo de la Revolución Contemporánea 4ta ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1997.
 50. Schild HO. Drug antagonism and pAx. *Pharmacol Rev* 1957; 9: 242-6.
 51. Seeman P, Watanabe M, Grigoriadis D, et al. Dopamine D2 receptor binding sites for agonist. A tetrahedral model. *Mol Pharmacol* 1985; 28: 391-9.
 52. Serra HA, Fadel DO. Farmacodinamia aplicada a los antipsicóticos de última generación. *Psicofarmacología* 2004; 4(25): 25-36.
 53. Serra HA, Zieher LM. Farmacodinamia II: acople estímulo respuesta, recepción. En Zieher LM, Iannantuono RF, Serra HA, editores. Colección de farmacología: farmacología general y de la neurotransmisión 3ra ed. Buenos Aires: Ursino; 2004, p. 65-80.
 54. Serra HA, Zieher LM. Generalidades sobre neurofarmacología y comunicación celular. En Zieher LM, Iannantuono RF, Serra HA, editores. Colección de farmacología: farmacología general y de la neurotransmisión 3ra ed. Buenos Aires: Ursino; 2004, p. 147-81.
 55. Serra HA, Zieher LM. Introducción: definiciones y conceptos generales. En Zieher LM, Iannantuono RF, Serra HA, editores. Colección de farmacología: farmacología general y de la neurotransmisión 3ra ed. Buenos Aires: Ursino; 2004, p. I-II.
 56. Sharman JL, Mpamhanga CP, Spedding M, et al. IUPHAR-DB: new receptors and tools for easy searching and visualization of pharmacological data. *Nucl Acids Res*. 2011 [citado 27 Nov 2011] 39 (Database Issue) D534-8: [2 pantallas]. Disponible en: <http://www.iuphar-db.org/citing.jsp>
 57. Silverstein AM. Paul Ehrlich's passion: The origin of his receptor immunology. *Cell Immunol* 1999; 194: 213-21.
 58. Snyder SH. Opiate receptor revisited. *Anesthesiology* 2007; 107: 659-61.
 59. Stephenson RP. A modification of the receptor theory. *Br J Pharmacol* 1956; 11: 379-93.
 60. Sutherland EW. Studies on the mechanism of hormone action. *Nobel Lecture* 1970 Dec [citado 27 Nov 2011]: [1 pantalla]. Disponible en http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1971/sutherland-lecture.pdf.
 61. Triggler DJ. Pharmacological receptors: A century of discovery - and more. *Pharm Acta Helv* 2000; 74: 79-84.
 62. Valenstein ES. The discovery of chemical transmitters. *Brain Cogn* (2002) 49: 73-95.
 63. Von Euler US. Adrenergic neurotransmitter functions. *Nobel Lecture* 1970 Dec [citado 23 Nov 2011]: [1 pantalla]. Disponible en http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1970/euler-lecture.pdf.



ANTROPOLOGIA Y PSIQUIATRIA

Coordinación

Norberto Aldo Conti
Daniel Matusevich

Antropología y Psiquiatría, ¿por qué dedicarle un dossier de nuestra revista a la articulación de estos dos campos? Nosotros pensamos en sentido inverso: ¿por qué no? Cómo es que hasta ahora, después de más de 20 años de publicarse VERTEX, nunca hubo un suplemento que desplegara, analizara, estudiara y pusiera en tensión estas disciplinas.

Las relaciones entre las ciencias sociales y la psiquiatría vienen de lejos. A finales de siglo XIX y comienzos del XX encontramos que muchos de los padres fundadores de la antropología, sociología y psicología fueron médicos; por ejemplo, Broca y Virchow contribuyeron significativamente al desarrollo de la antropología.

Psiquiatras como Kraepelin, Freud, Meyer, Lewis, Jaspers y Sullivan realizan comparaciones culturales de manera casi permanente en sus respectivas obras. Antropólogos como Kroeber en los Estados Unidos, L. Strauss y L. Bruhl en Francia y Malinowski en Inglaterra estaban al tanto de los avances que se producían tanto en psiquiatría como en psicoanálisis. Un caso particular lo constituyó George Devereux, ya que él mismo era analista.

En otros trabajos nos hemos referido en detalle a la exquisita obra de Erving Goffman y su incommensurable aporte a la comprensión de las vidas de aquellos que la sociedad señala como diferentes.

Mencionamos estos antecedentes simplemente para que nos formulemos la pregunta acerca de por qué, si los comienzos fueron tan prometedores, las ciencias sociales ocupan hoy un lugar de marginalidad absoluta en el universo de la psiquiatría.

Sin dudas podemos pensar diferentes y variados tipos de respuestas a esta pregunta. Kleinman propone que, dado que las ciencias sociales no son consideradas ciencias, no al menos en la forma

que las ciencias biológicas lo son, se produce un sesgo a la hora de considerar sus aportes por parte del colectivo psiquiátrico, atrapado en preocupaciones e intervenciones de neto corte estadístico, positivista y con un importante componente de gerenciamiento.

Mientras la psiquiatría avanza en esta dirección, se produce otro fenómeno que vale la pena considerar: la medicina de familia, aquellos que se ocupan de realizar atención primaria y la pediatría están ya hace varios años introduciendo elementos provenientes de las ciencias sociales en su comprensión de los pacientes.

Las historias de vida de las personas que sufren han dejado de ser patrimonio de nuestra especialidad para pasar a iluminar las prácticas de otros profesionales.

En los Estados Unidos y en gran cantidad de países de Europa las escuelas de medicina no ofrecen prácticamente ninguna preparación a los residentes en relación a las variables sociales y antropológicas. Kleinman plantea agudamente que existe una falsa creencia muy difundida según la cual los conocimientos requeridos por el psiquiatra en torno a las ciencias sociales pueden ser adquiridos de manera intuitiva por el médico sensible y atento a estas cuestiones. Por otro lado, es muy difícil encontrar maestros en la clínica que sean expertos en ciencias sociales mientras que aquellos expertos en farmacología están a la orden del día.

Es atractivo pensar la antropología como una "ciencia incómoda" debido a que permanentemente cuestiona las aseveraciones provenientes del sentido común y exige una preparación que va mucho más allá del paradigma biomédico. Dicho paradigma deberá ser complementado con cuestiones

éticas, políticas, históricas, filosóficas y muchas otras, constituyendo un arco iris de opciones de enorme complejidad que desafía la tranquilidad de las concepciones hegemónicas.

Quizás este menú ya no seduzca tanto a las jóvenes generaciones como sí lo hacía veinte años atrás; tal vez los cantos de sirena que hace sonar el neopositivismo con su estándar clínico representado por el DSM, la genética molecular, la psiconeuroinmunoendocrinología y los diagnósticos tecnocientíficos cautiven y embelesan a los nuevos psiquiatras como antes lo hacían Freud, Jaspers o Henri Ey.

En torno a estas ideas es que estamos investigando los cambios en la identidad del psiquiatra, tomando como objeto de observación al psiquiatra porteño en los últimos veinticinco años.

Cabe preguntarse, entonces, si existe tal cosa como un **psiquiatra porteño**, dueño de una identidad particular. En todo caso, tomamos esta categoría simplemente para especular en relación a nuestra profesión y sus cambios tomando como eje articulador una mirada que contemple las ciencias sociales. En realidad, el eje articulador más bien podría ser el progresivo abandono de las ciencias sociales por parte de la psiquiatría para abrazar una nueva identidad constituida por estadísticas, manuales clasificatorios, psicofármacos, consensos, etc.

No avanzaremos sobre estas ideas en la presente introducción, simplemente agregaremos que, en palabras de uno de nosotros, la locura como fenómeno social e histórico está dando paso a la locura como fenómeno individual y biológico. La psiquiatría, de manera progresiva, sin prisa pero sin pausa, está abandonado una importante tradición humanística centroeuropea para abrazar un modelo universal o globalizado.

Para confeccionar este dossier hemos seleccionado una serie de cuatro artículos que creemos reflejan la complejidad y variedad de un campo rico en propuestas que permanentemente se cuestiona su praxis.

Los análisis de las prácticas profesionales han estado bastante en boga en los últimos años. Los sociólogos y los antropólogos proponen dichos análisis como una suerte de regulación epistemológica de los saberes y un antídoto contra el hacer irreflexivo que muchas veces es el que predomina en los diferentes grupos de profesionales.

Neufeld nos propone un recorrido que arranca en los orígenes de la antropología clásica para finalmente llegar al escenario actual. Una de las fortalezas del trabajo radica en el contrapunto entre lo exótico y lo familiar, para finalmente arribar a una mirada que incluye la perspectiva política.

Es muy afortunada la inclusión bibliográfica del libro escrito en el año 1979 por el gran antropólogo

argentino radicado en México Eduardo Menéndez; este autor plantea, en varias de sus contribuciones, el análisis de la posibilidad real que existe de que la práctica antropológica en América Latina pueda producir alternativas en el campo de los problemas de salud/enfermedad.

Desde los tiempos de Émile Durkheim hasta hoy día es imposible considerar el fenómeno suicida sin apelar a la brújula constituida por los aportes de la sociología y de la antropología. Los trabajos clásicos pioneros son ejemplares en la combinación de elementos cualitativos y cuantitativos en el intento de comprensión acerca de los motivos por los cuales las personas deciden quitarse la vida. Actualmente asistimos a una proliferación de estudios de neto corte positivista que oscilan entre la entronización de las estadísticas y la búsqueda de una variable biológica definitiva con características de piedra filosofal. Diferente es el supuesto del que parten Mantaras y Matusevich en su utilización del relato de vida para estudiar el hecho suicida en la vejez. Después de realizar una puesta en valor de la importancia de los relatos de vida, sus orígenes y posibilidades, los autores discuten con la estrella que más brilla en la actualidad en el firmamento positivista, que no es otra que la medicina basada en la evidencia. Sostienen, en una afirmación no exenta de polémicas, que “ (...) el trabajo realizado nos ha enfrentado a diversas situaciones en las que el método biográfico nos permitió vislumbrar aspectos que hubieran quedado por fuera, dimensiones que las escalas no hubieran podido diferenciar y experiencias que solo el relato de quien las ha vivido nos permitió comprender, analizar y trabajar”.

Thisted centra sus observaciones en las relaciones entre el psicoanálisis y la antropología social, planteando semejanzas y diferencias tanto en sus métodos como en sus objetos de estudio. Vale la pena detenerse en la crítica al positivismo que realiza el autor cuando sostiene que “Somos historia y somos los que podemos pensarla, sin la pretensión de verdad positivista”. Nunca se insiste lo suficiente con respecto a que los procesos de investigación en nuestro campo están significados por la total implicancia del observador en el fenómeno analizado. Este hecho hace estallar por los aires la pretensión de una supuesta objetividad, que algunos han llegado a plantear como ateoricidad.

Por último, Margulies se ocupa de la problemática del VIH-Sida, tal vez uno de los campos más fecundos de colaboración entre antropología y medicina. Con ecos foucaultianos, el trabajo examina la emergencia de nuevas identidades y de nuevas relaciones sociales con respecto a la adhe-

rencia a los tratamientos antirretrovirales. La autora nos transmite su experiencia de más de diez años de realizar investigaciones en el programa de Antropología y Salud del Instituto de Ciencias Antropológicas de la Universidad de Buenos Aires sobre las trayectorias y experiencias de varones y mujeres viviendo con VIH-Sida, y sobre los procesos de institucionalización de la atención de la enfermedad en los hospitales públicos del área metropolitana de Buenos Aires. David Foster Wallace plantea que el arte "serio" es más propenso a incomodar o a obligar a hacer un esfuerzo para acceder a sus placeres, igual que en

la vida real el verdadero placer suele ser fruto del esfuerzo y la incomodidad. Esta frase nos ha inspirado a los coordinadores de este dossier a la hora de seleccionar los artículos y escribir esta introducción. Entendemos que la propuesta de ingresar en los mundos que nos propone la antropología puede resultar incómoda y, por momentos, tal vez difícil de seguir, pero después de dedicarle tiempo, paciencia y varias lecturas es posible que la incomodidad se transforme en el placer que da la convicción de haber adquirido más elementos para poder acompañar a nuestros pacientes en los difíciles tránsitos por sus enfermedades ■

Referencias bibliográficas

- Conti N, Rebok F. Algunas referencias en torno a los cambios observados en la Psiquiatría Argentina de los últimos veinte años. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XXII; Nro. 100, pag. 419-422, 2011.
- Kleinman A. Rethinking Psychiatry: from cultural category to personal experience. The Free Press, New York, 1991.
- Smith Z. Cambiar de idea. Salamandra, Barcelona, 2011.

Antropología social y antropólogos de ayer y de hoy: del exotismo y la reciprocidad imaginada a las desigualdades cotidianas

María Rosa Neufeld

Licenciada en Ciencias Antropológicas.

Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

Antropología, una disciplina especializada en “los otros”

La antropología promedia, actualmente, algo así como siglo y medio de existencia, siempre que la entendamos como una de las ciencias sociales que se organizan en el último cuarto del siglo XIX, y no en el sentido

amplísimo en el que la postulaba Lévi-Strauss: “la disciplina dedicada al estudio de ese *fenómeno humano*, que, sin duda, forma parte del conjunto de los fenómenos naturales...” (1).

Resumen

En este trabajo presentamos un recorrido crítico, en el que caracterizamos primero a la antropología que se desarrolló en países vinculados con la expansión colonial europea y norteamericana. Destacamos los vínculos que existieron entre el contexto en que surgió la disciplina, y las características de su enfoque metodológico –la etnografía- y del concepto de cultura en torno del que se organizó teóricamente. En la segunda parte, abordamos algunas características de la antropología en la actualidad: el trabajo en mismas sociedades a las que pertenecen los investigadores, las operaciones –descotidianizar, desnaturalizar, documentar lo no documentado- que encuentran sus raíces en la antropología inicial. También nos referimos al cambio de foco que llevará de la priorización de las relaciones de reciprocidad a destacar las relaciones de poder y desigualdad que atraviesan las situaciones analizadas. Por fin, presentamos algunos rasgos característicos de la antropología en América Latina, mencionando los casos de México, Brasil y Argentina.

Palabras clave: Antropología - Cultura - Reciprocidad - Desigualdad - Antropología latinoamericana.

SOCIAL ANTHROPOLOGY AND ANTHROPOLOGISTS OF THE PAST AND PRESENT: FROM EXOTICISM AND THE IMAGINED RECIPROCITY TO EVERYDAY INEQUALITIES

Summary

In this article we examine two moments in anthropology. First we characterize anthropology as a subject specialized in the study of “the others”, which developed in those countries that led the European and North American colonial expansion. We underline the links that existed between this historical context, the features of ethnography –the theoretic-methodological approach developed by anthropologists- and the concept of culture, that became the core of this discipline. Secondly, we intend to further the understanding of some trends of contemporary anthropology: the fact that nowadays anthropologists work on the societies they belong to, their operations (documenting the undocumented, unveiling dayliness, de-naturalizing), which find their roots in earlier anthropology. It also highlights the shift of focus from reciprocity relations to power and inequity relations. Finally it sheds light on some original developments in Latin American anthropology, considering some cases in Mexico, Brazil and Argentina.

Key words: Anthropology - Culture - Reciprocity - Inequality - Latinoamerican anthropology.

El momento en que se inicia la antropología como disciplina coincide con la reestructuración de las sociedades europeas, entre la conmoción causada a fines del siglo XVIII por la Revolución Francesa, la organización de estados nacionales organizados constitucionalmente y el desarrollo del industrialismo. Y también es el momento de la expansión colonial de Europa sobre los pueblos de Oceanía, Asia y África, época de explotación de recursos y sojuzgamiento de poblaciones, de justificaciones decimonónicas que giran en torno de la noción de "primitivo", apelativo que recordaba que se trataba de seres que debían ser guiados, gobernados, a fin de que alcanzaran la "civilización". Los primeros antropólogos ubicaron inicialmente sus objetos de estudio en las antípodas del mundo desarrollado, culto o civilizado, y se especializaron justamente en la alteridad, el estudio de *lo diferente*. En la primera mitad del siglo XX, desarrollaron su labor en sociedades elegidas en los dominios de los países a los que pertenecían ellos mismos, con el criterio de suponerlas *cerradas sobre sí mismas*, verdaderas totalidades autosuficientes, al margen de las sociedades industrializadas y su desarrollo vertiginoso y expansivo.

Muchos de los rasgos típicos que se atribuyen aún hoy a la antropología se vinculan con esos orígenes: rescatemos positivamente el que haya asumido la tarea de defender la equiparación de la dotación como humanos de todos los hombres, urbanos y occidentales o recolectores y cazadores de lejanas selvas. Pero también recordemos que muchos antropólogos se pusieron a disposición de los administradores coloniales. La asimetría tácita entre el investigador y sus "objetos (en realidad sujetos) de estudio" o "informantes" dio lugar a lo que puede considerarse la contradicción fundacional de la antropología: si bien se caracterizó desde el vamos por su relativismo, por la aceptación de la validez de todas las manifestaciones humanas, lo hizo partiendo de una relación asimétrica con las sociedades que estudió (2).

En ese momento se produjo una "división del trabajo académico", en la que las nascentes ciencias sociales se repartieron campos (3). Mientras que la antropología tendría como propósito dar a conocer las sociedades y culturas *primitivas* o *ágrafas* (que se suponían en vías de desaparición) y a partir de ellas avanzar en el conocimiento de la humanidad como un todo, la sociología debía concentrarse en las sociedades industrializadas y los conflictos correspondientes.

La antropología se desarrolló en Gran Bretaña, Francia y Alemania, -caracterizadas por la relación colonial con una vasta porción del mundo; con posterioridad a la primera guerra se incorporaría Estados Unidos de América.¹

Hace casi 90 años, Bronislaw Malinowski publicaba *Los Argonautas del Pacífico Occidental* (4), su primera monografía sobre las islas Trobriands. Como señalara Anette Weiner (5), este libro "se convirtió en un tratado clásico sobre el trabajo de campo etnográfico. Defendió la importancia

de que el trabajo de campo se extendiera por un año o más, advirtiendo a los etnógrafos que debían hablar en el lenguaje local y establecer vínculos con los informantes. Ya no habría aceptación para los métodos anteriores de recolección de costumbres particulares preguntando a unos pocos informantes. Una canoa con balancines fuera de contexto no tenía significado alguno, si no se sabía quién la había construido, quién tenía derecho a navegarla, y quién había dicho las palabras mágicas necesarias. La regla básica del trabajo de campo, sería por tanto, ver la realidad *desde el punto de vista del nativo*".

Trabajo de campo intensivo, en la lengua del lugar, realizado en forma personal por el antropólogo, que manifestaba su interés por "las ideas, sentimientos y móviles de los nativos". Y como sería característico de esas primeras décadas de la antropología, "a través de lo extraño, comprender nuestra propia naturaleza" (4, op.cit).

Un ejemplo clásico de las búsquedas iniciales fue el ensayo de Marcel Mauss sobre la noción de persona y la noción del "yo", en el que buscaba "...explicar cómo una de las categorías del espíritu humano, idea que consideramos innata, ha nacido y se ha ido desarrollando a lo largo del tiempo y de numerosas vicisitudes..." (6).

Es interesante destacar, porque prefigura una de las características perdurables de la antropología, que buscaba esta explicación no sólo en lo que se "dice" sino en las prácticas: rituales, funerarias, identitarias, de los pueblos cuyas ceremonias describía. Y también en el lugar que tienen estas prácticas (no meramente discursivas) entre los sujetos que pertenecen a la comunidad, pero que serán las articuladoras, "entre los Pueblo, (de) una noción de la persona, del individuo, confundida con su clan, pero separada de él en la ceremonia, por la máscara, por su título, su categoría, su propiedad, su supervivencia y su reaparición sobre la tierra en uno de sus descendientes, dotado del mismo rango, nombre, título, derecho y funciones"...(6, op.cit).

En el período que abarcan las últimas décadas del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, los antropólogos desarrollaron minuciosas obras -las *etnografías*-, en algunos casos notables, referidas a esos pueblos distantes, al tiempo que iban desplazando sus investigaciones (conservando la metodología etnográfica inicial) al estudio de pueblos campesinos y finalmente al trabajo en sus propias sociedades.

El concepto de cultura, que venía configurándose como tal desde el siglo XVIII (7) caracterizó a buena parte de la antropología durante toda la primera mitad del siglo XX. Esta herramienta conceptual aludía al conjunto de la herencia social de un grupo humano, que era transmitida por el proceso de endoculturación/socialización a las generaciones siguientes (se suponía que la eficacia de este proceso de socialización era proporcional a cuán simple y homogénea fuera una sociedad, pero básicamente se describían mecanismos de transmisión de una

¹ Este contexto político-económico fue muy dinámico: entre la primera y segunda guerra mundial se produjeron movimientos y guerras por la descolonización. Por ejemplo, ya después de haber sido derrotada en la primera guerra, Alemania perdió sus colonias y sus antropólogos los espacios en los que habían comenzado a desarrollar sus prácticas investigativas.

generación a la siguiente, que incorporaban *pautas* culturales). La idea fundamental que transmitía el concepto de cultura llevaba a pensar en la vida social como ordenada por símbolos, organizados en sistemas, e implicaba el reconocimiento de la creatividad humana aprehensible en la diversidad de manifestaciones culturales, todas ellas producto colectivo de las distintas sociedades que habían sido estudiadas por los antropólogos (8).

Otro importante punto, en el que coincidían todos era el supuesto de la *reciprocidad* como el principio fundamental de las sociedades, y el grueso de los análisis tendía a ver esta cualidad en las relaciones sociales, al tiempo que minimizaban la significatividad de las desigualdades entre géneros, grupos étnicos o clases sociales. La tarea que se habían propuesto, y que John Gledhill (9) sintetiza refiriéndose a “cómo no utilizar a Occidente como punto de partida”, era en algún punto irrealizable. Sus trabajos revelaban, junto a los esfuerzos por superar las propias “anteojeras”, muchos supuestos acerca de la sociedad, que se hacían evidentes en los primeros grandes campos que abordaron: el del parentesco y la familia en las primeras épocas, seguidas luego por la preocupación por la organización política y la existencia o ausencia del “Estado” en la antropología política de los 40.

Que las investigaciones de los antropólogos se desarrollaran cada vez más en sus propias sociedades llevó a invertir el sentido de la fórmula tradicional, que Gustavo Lins Ribeiro (10) sintetizaba diciendo que “la perspectiva antropológica se basaría así en una tensión existente entre el antropólogo como miembro –aunque especial- de un sistema social y cognitivo, que se encuentra en relación a otro sistema social y cognitivo, intentando transformar lo exótico en familiar. Esa tensión ha sido resumida en la fórmula nosotros-ellos...”.

La antropología contemporánea, en cambio, se esfuerza por volver ajenas, *descotidianizar*, *desnaturalizar* situaciones de la propia sociedad, lo cual significa también historizar su procedencia, lo cual podría llevar a relativizar y contextualizar su supuesta “unicidad”. Completando la cita de Lins Ribeiro (10 op.cit), “al estudiar su propia sociedad, el antropólogo busca realizar la operación inversa, convertir lo familiar en exótico, usando -por principio y por racionalización metodológica- una posición de extrañamiento.

La antropología perdió, en el curso de las múltiples transformaciones de esas décadas, el aura de exotismo inicial, no sólo por la incorporación de los espacios ocupados por los supuestos “salvajes” o “primitivos” a los estados nacionales del siglo XX, sino por la dura crítica que los propios antropólogos realizaron a la vinculación de la disciplina con la expansión colonial europea y americana, y a la falta de denuncias de las atrocidades sucedidas en ese contexto.

La antropología en la actualidad

Como parte de la asunción de las críticas a la propia disciplina, el antropólogo Eduardo Menéndez señala que “durante los sesenta se desarrollan orientaciones que cuestionan la visión homogeneizada de la comunidad,

y se proponen enfoques que reconocen algún tipo de desigualdad y/o diferencia en el interior de los grupos estudiados... se critica la forma en que se focaliza casi exclusivamente en el orden simbólico... su exclusión de la dimensión ideológica, su tendencia a considerar las representaciones de los actores y sus propias observaciones como la información básica...ignorando o relegando la importancia de los procesos estructurales... (3 op.cit)

En los 60-70 se difundió la lectura de los textos de Marx, Engels y Gramsci por parte de los antropólogos, dando lugar a un viraje que se centró en el cuestionamiento del carácter fundante que anteriormente se atribuía a las relaciones de reciprocidad. Se reconocieron las relaciones de poder y desigualdad incluso en las sociedades tradicionales, en las familias mismas (plasmadas en las relaciones de género o entre mayores y menores) o como consecuencia de la división del trabajo. Y la explotación propia de las relaciones de producción de las sociedades modernas pudo ser descrita en situaciones cotidianas en las cuales también adquirieron centralidad los conflictos y la resistencia a la subordinación. Categorías teóricas como *hegemonía* adquirieron un papel central. De este modo se diferenciaba el dominio directo por medio de la coerción de las formas más complejas a las que alude *hegemonía*, que en términos de Raymond Williams (7 op.cit) es “un proceso, un complejo efectivo de experiencias que no se produce de modo pasivo como una forma de dominación. Debe ser continuamente renovada y recreada, así como permanentemente es resistida y limitada”.

Una de las características más interesantes de la antropología actual deriva de la manera en que se ha ido plasmando en los distintos estudios empíricos la propuesta de “descotidianización” y “desnaturalización”. Tal como señala Elsie Rockwell (11), cuando a finales del siglo XX la investigación antropológica se traslada “hacia el nosotros, hacia aquellos ámbitos cotidianos como la escuela, en que se forjan las relaciones sociales y las relaciones de poder en las sociedades *letradas*, ...personas de todas partes han asumido la etnografía como una manera de comprender mejor sus propios mundos...lo que hace el etnógrafo es *documentar lo no documentado* de la realidad social...en las sociedades modernas lo no-documentado es lo familiar, lo oculto, lo inconsciente. Es la historia de los que han logrado la resistencia a la dominación y la construcción de movimientos alternativos. Pero también es el entramado real de los intereses y poderes de quienes dominan, es aquella parte de su propia realidad que nunca ponen por escrito...”

Una mirada a la antropología actual nos confrontará con una variedad de “antropologías” bien diversas, que se han desprendido de los inicios metropolitanos a los que hicimos referencia. En la India, China, Japón, y países de África y América Latina (donde los antropólogos iniciales estudiaban a los *otros*), se desarrollaron carreras de antropología que dieron lugar a antropólogos *nativos*.

En América Latina, la antropología tuvo un desarrollo importante en México, Argentina y Brasil. En todos los casos, las problemáticas y los estilos abordados combinan, por un lado, los procesos de apropiación o modi-

ficación de las tradiciones teóricas metropolitanas que pesaron en cada país, y por otra parte las cuestiones que abordaron los antropólogos en cada caso. En México, las temáticas iniciales estuvieron centradas en las culturas y lenguas indígenas. Los marcos teóricos iniciales tuvieron que ver con el culturalismo norteamericano, pero rápidamente, en los 60-70, aparecieron las líneas críticas y autónomas, entre cuyos autores principales, que no podemos enumerar aquí, se destaca Guillermo Bonfil Batalla (12), y en los 60-70 bajo la influencia del estructuralismo marxista, las investigaciones se ampliaron a las problemáticas campesinas y urbanas, las cuestiones vinculadas con el poder a nivel local, etc. En México, además, desarrollan su trabajo de investigación la norteamericano-mexicana Elsie Rockwell y el argentino Eduardo Menéndez, quienes merecen ser citados especialmente por el modo en que han trascendido las fronteras nacionales o de sus campos de especialización. La primera, junto con un equipo interdisciplinario, desarrolló desde los 80 un abordaje *histórico-etnográfico* del campo de la antropología y educación, fundamentado en una síntesis crítica de los aportes de la antropología clásica y el marxismo gramsciano.

Eduardo Menéndez, argentino residente en México, señala que, “algunos enfoques de la antropología social pueden ser de notable utilidad para comprender e intervenir sobre los procesos de salud/enfermedad/atención. Desde esta perspectiva, por ejemplo, el trabajo sobre lo obvio, el sentido común, sobre lo paradójico que opera en los diferentes saberes legos, técnicos y científicos; así como la búsqueda de los rituales, las relaciones sociales o los efectos del poder y de los micropoderes en los espacios, sujetos y grupos donde no se los busca, posibilita comprender procesos y comportamientos”...Pese a que su primer trabajo versó sobre la práctica psiquiátrica (13), la mayor parte de su obra gira en torno de temáticas vinculadas con el abordaje de los procesos de salud, enfermedad, atención, en especial vinculados con el alcoholismo, la participación en salud y la teoría antropológica (3 op. cit).

La antropología brasileña tuvo sus inicios en el Museo Nacional de Río de Janeiro y la Universidad de San Pablo (allí dictó cursos Claude Lévi-Strauss), en donde se establecieron los primeros cursos de posgraduación. En un contexto dominado por la sociología, dedicada al estudio del “pueblo urbano, asalariado e industrial” (14) los antropólogos definieron su campo: las sociedades indígenas y luego a los campesinos, aunque después se incorporarían al trabajo en problemáticas urbanas. La antropología social brasileña ha estado permanentemente atravesada por las líneas académicas internacionales, ya se denominen postmodernismo, postestructuralismo, interpretativismo, visibles en la producción vastísima que llega a los congresos internacionales de la especialidad. Estas orientaciones incidieron igualmente en la for-

mación de muchos antropólogos argentinos que, principalmente en los 90, antes de que se generalizaran los posgrados en las universidades nacionales, realizaban su formación de posgrado en el país vecino.

En la Argentina la enseñanza e investigación en antropología se inició en las primeras décadas del siglo XX en los Museos de La Plata y Etnográfico de la Facultad de Filosofía y Letras (Universidad de Buenos Aires), en donde se concentraron investigadores europeos, franceses, italianos y alemanes. A diferencia de Brasil, la formación de los antropólogos se realiza en cursos de grado; las primeras carreras se organizaron en las universidades nacionales de Buenos Aires (1958), La Plata y Rosario. De modo atípico, las corrientes teóricas que predominaron en el momento de creación respondían a la corriente histórico-cultural de la Escuela de Viena, y había poco lugar para las teorías anglosajonas que por demás hegemonizaban la antropología. A partir de 1966, las sucesivas dictaduras golpearon duramente a estos centros de investigación y docencia: después de 1983, con el retorno de la democracia, la Licenciatura en Ciencias Antropológicas de la UBA se reorganizó y modificó sus planes de estudio, se organizaron campos subdisciplinarios a partir de los cuales se desplegó la actividad investigación, financiada principalmente por la propia universidad, el CONICET y la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica.

No aparecen con claridad los criterios con los que se generan estos campos de especialización: a veces tienen que ver con los ámbitos en los que se trabaja: antropología urbana, rural, problemáticas de fronteras. En otros casos, parecerían vincularse con ámbitos institucionales de las sociedades propias o ajenas (antropología jurídica, médica, de la educación, estado y nación, etc.), o bien la lógica parece diferenciar agrupamientos diversos: problemáticas de género, abordajes de las distintas edades de la vida, derechos humanos, etc.

Una parte significativa de los investigadores se preocupa por insertar las problemáticas que abordan –sean cuales sean– en los contextos socioeconómicos globales y locales en los que se desarrollan y cobran sentido. En estos casos, predomina una actitud compartida de compromiso con las poblaciones y sujetos, por lo que muchas líneas de investigación se han dirigido a problemas que afectaron fundamentalmente a los sectores populares, urbanos y rurales, en las últimas décadas, destacando las consecuencias del auge neoliberal, analizando las políticas desplegadas pero también los movimientos sociales que les hicieron frente. En las últimas décadas se destaca el interés por la descripción y el análisis de los procesos y prácticas estatales, dado que la antropología y su modalidad de trabajo se prestan especialmente para identificar, como señala Virginia Manzano (15), “el aspecto relacional y la dimensión práctica y procesual de la dinámica estatal en articulación con los grupos subalternos” ■

Referencias bibliográficas

1. Lévi-Strauss C. La antropología frente a los problemas del mundo moderno. Buenos Aires, Librería del Zorzal, 2011.
2. Neufeld MR. Procesos sociales contemporáneos y el desarrollo de la Antropología Social y Política. En: Neufeld MR y Novaro G (comp.). Introducción a la antropología social y política. Relaciones sociales, desigualdad y poder. Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires, 2010.
3. Menéndez E. La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Rosario, Prohistoria, 2010.
4. Malinowski B (1922). Los argonautas del Pacífico Occidental. Planeta Agostini, 1986.
5. Weiner A. The Trobrianders of Papua New Guinea. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, EE. UU., 1987-1988.
6. Mauss M. Sociología y antropología. Sobre una categoría del espíritu humano: la noción de persona y la noción del "yo". J Royal Anthropol Inst 1938; 68.
7. Williams R. Marxismo y literatura. Barcelona, Editorial Península, 1980.
8. Neufeld MR. Crisis y vigencia de un concepto: la cultura en la óptica de la antropología. En: Lischetti M (comp.). Antropología. Buenos Aires, EUDEBA, 1994.
9. Gledhill J. El Poder y sus disfraces. Barcelona, Ediciones Bellaterra, 2000.
10. Lins Ribeiro G. Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica. Un ensayo sobre la teoría antropológica. En: Cuadernos de Antropología Social, vol.2, N°1 Facultad de Filosofía y Letras. Sección Antropología Social, Buenos Aires, 1989.
11. Rockwell E. La experiencia etnográfica. Historia y cultura en los procesos educativos. Buenos Aires, Paidós, 2009.
12. Bonfil Batalla G. México profundo. Una civilización negada. Grijalbo, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México DF, 1989.
13. Menéndez E. Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica. México, Nueva Imagen, 1979.
14. Corrêa Mariza. Breve esbozo de la antropología brasileña reciente (1960-1980). *Alteridades*; Año 3 No6, 1993. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa, México DF.
15. Manzano V. El Estado: problemas y enfoques en Antropología Social. En: Neufeld MR y Novaro G (comp.). Introducción a la antropología social y política. Relaciones sociales, desigualdad y poder. Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires, 2010.



La Casa
HOSTAL DE MEDIO CAMINO

UN NUEVO CONCEPTO PARA
EL CUIDADO Y EL ALOJAMIENTO DEL
PACIENTE PSIQUIÁTRICO.

Julián Álvarez 1762 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Teléfonos: (5411) 4864-7106 / (5411) 3980-2594
Celular: (011) 15-4157-3014
E-mail: lacasa@hostal-lacasa.com.ar
www.hostal-lacasa.com.ar

Métodos cualitativos en psiquiatría: utilización del “relato de vida” para el estudio del suicidio en la vejez

Gilda Mantaras

Licenciada en Psicología, Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).
E-mail: gilda.mantaras@hospitalitaliano.org.ar

Daniel Matusevich

Médico Psiquiatra, Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).

Ironically, at a time when primary care, social medicine and public health disciplines are progressively introducing materials from social science into medicine, psychiatry has undertaken a voyage in the opposite direction. Psychiatry has long been the most important bridge between medicine and the social sciences, but the last decade has witnessed a romance with biology in psychiatry. Psychiatry has increasingly become inhospitable to social scientists.

Arthur Kleinman, 1991.

Introducción

El objetivo del presente trabajo es exponer la importancia de los métodos cualitativos para la investigación en psiquiatría, haciendo especial hincapié en el enfoque biográfico y el relato de vida.

Realizaremos un breve recorrido por los orígenes y

la definición de esta herramienta para luego dar cuenta de su aplicación en nuestro estudio del suicidio en la vejez. Finalmente extraeremos algunas conclusiones en relación a la importancia del estudio cualitativo en psiquiatría y la validez de las herramientas provenientes de

Resumen

El presente artículo expone la importancia de la utilización de métodos cualitativos para la investigación en psiquiatría, haciendo especial hincapié en el uso de la historia de vida para el estudio del suicidio en la vejez. Haremos un recorrido histórico por los orígenes y definiciones de esta herramienta y explicitaremos su uso a través de un estudio realizado en la actualidad en una sala de internación de psiquiatría. Finalmente, extraeremos algunas conclusiones en relación a la importancia de la utilización de metodologías cualitativas en psiquiatría. Demostraremos la necesidad de estas herramientas para dar cuenta de la subjetividad del individuo y señalaremos las limitaciones del positivismo y de la medicina basada en la evidencia en el estudio de los sujetos y su historia.

Palabras clave: Metodología cualitativa - Historia de vida - Positivismo - Medicina basada en la evidencia - Suicidio en la vejez.

QUALITATIVE METHODS IN PSYCHIATRY: USE OF THE LIFE STORY METHOD FOR THE STUDY OF SUICIDE IN THE ELDERLY

Summary

This article discusses the importance of using qualitative methods for research in psychiatry, with particular emphasis on the use of the life story method for the study of suicide in old age. We will make a historic journey through the origins and definitions of this tool and will show its use through a study made in an inpatient psychiatric unit. We will draw some conclusions regarding the importance of using qualitative methods in psychiatric research. We point out the limitations of positivism and evidence-based medicine.

Key words: Qualitative methodology - Life history method - Positivism - Evidence-based medicine - Suicide in the elderly.

las ciencias sociales aplicadas a nuestro trabajo.

Este trabajo plantea una mirada crítica a la psiquiatría actual ya que la misma se caracteriza por presentar una concepción puramente positivista de su objeto de estudio donde los síntomas son datos, los pacientes son informantes y las relaciones entre los mismos son simples correlaciones entre variables. De esta forma queda planteada una psiquiatría pensada a imagen y semejanza de las ciencias naturales que desprecia todo planteamiento teórico que no tenga un sustento empírico.

La propuesta fuerte de esta mirada es la construcción de evidencias a base de datos cuantitativos, validos y fiables, obtenidos a través de instrumentos de medición sometidos a análisis rigurosos para lograr la objetividad de resultados, que no son influenciados por la mirada del investigador.

Nosotros consideramos que de esta manera se abandona sin remedio la perspectiva del objeto de investigación original: el ser humano, sus relaciones sociales y su sufrimiento ya que reduce la multisignificación de las conductas humanas a variables abstractas.

Acerca del relato de vida

En las ciencias sociales, los métodos cualitativos se definen, como señala Mucchielli, por una sucesión de acciones que el investigador hace experimentar al objeto o fenómeno humanos para que surjan ciertas significaciones (1, 2).

Estos métodos conllevan determinados procedimientos que permiten la construcción de conocimiento sobre la base de conceptos, intentando comprender el comportamiento humano a partir del propio "marco" en el que actúa, "buscando subjetividad" y partiendo de la realidad como algo constantemente cambiante y dinámico.

Dentro de los métodos cualitativos de investigación encontramos el enfoque biográfico y, de especial interés para nosotros, el relato de vida. El enfoque o método biográfico es un conjunto de técnicas basadas en la indagación no estructurada sobre historias de vida relatadas por los propios sujetos (3). Dentro del método biográfico se encuentra el "relato de vida". El mismo consiste en una narración biográfica limitada al objeto de estudio de quien investiga, es decir, centrándose en un aspecto particular de la experiencia del sujeto (4). Siguiendo a Bouche Peris podemos decir que es un relato autobiográfico obtenido a través de entrevistas sucesivas que muestren el testimonio subjetivo de una persona sobre los acontecimientos de su propia existencia y las valoraciones que dicha persona hace sobre la misma (5). Nos sigue diciendo este autor que en la elaboración de la historia de vida el papel del investigador es solo de inductor de la narración, su transcriptor y en algunos casos aquel que "retoca" el texto tanto para ordenar la información del relato obtenido como para sugerir al informante la necesidad de cubrir los huecos informativos encontrados (5).

La utilización de relatos de vida, como método de investigación cualitativo en las ciencias sociales, encuentra su origen en la sociología y en la antropología. Desde estas disciplinas inaugura su desarrollo, luego del cual sigue un período de "abandono", con el posterior resurgimiento en

los últimos tiempos (3, 6, 7). En los párrafos siguientes haremos un breve recorrido de lo mencionado.

En cuanto a la sociología, las investigaciones basadas en relatos de vida, llevadas a cabo por la denominada "Escuela de Chicago", constituyeron una de las principales corrientes de investigación, tanto en Norteamérica como en Polonia, e inauguraron la sociología empírica norteamericana a principios del siglo XX. El trabajo sobre las vivencias de los inmigrantes polacos de origen campesino en Chicago, (*The Polish Paesant in Europe and America*, (1919), W. Thomas y F. Znaniecki) se destacó como la obra más reconocida en este ámbito; vale la pena señalar que este texto desencadenó una polémica que mantiene vigencia hasta nuestros días en referencia al poder de generalización de este procedimiento para mostrar con objetividad los hechos indagados (1, 2, 8, 9, 10, 11, 12).

Dentro de la antropología, el uso de los relatos de vida es más antiguo. Sin embargo, es en el siglo XIX cuando surge en Estados Unidos el interés por las historias de vida de los grandes jefes indios. Esto lleva a la publicación de diversas obras (*Crashing Thunder: The Autobiography of an American Indian*, (1926), P. Radin; *Sun Chief*, (1942), L. Simmons) que hicieron del relato de vida una herramienta indispensable de la antropología cultural (6, 7).

El libro *Los hijos de Sánchez: autobiografía de una familia mexicana*, de O. Lewis, constituye un clásico de esta época. Este libro retrata la vida de una familia, a la que el autor llega casi por casualidad, en el marco de una investigación social más amplia, cuando descubre el potencial que tiene centrarse sobre la vida y la biografía de los personajes retratados en la obra.

Así, Jesús Sánchez y su familia son un ejemplo de la lucha por la supervivencia en el México de la primera mitad de siglo, territorio aun desperezándose del colonialismo, de la acumulación de la tierra entre unos pocos, sin las rentas derivadas, y mal repartidas, del desarrollismo posterior (13).

A partir de 1940, luego de la Segunda Guerra Mundial, se observa el mencionado "abandono" del uso de los relatos de vida. Esto se debería al auge y privilegio de la postura científica de objetividad que promovía la utilización de métodos cuantitativos en detrimento de los cualitativos. Con el desarrollo y aceptación de las técnicas estadísticas, el uso del relato de vida fue subestimado y relegado. El desplazamiento de los problemas sociales centrales dio lugar al surgimiento de los métodos de encuestas y del funcionalismo, que establecieron su hegemonía (5, 10).

Pero en los años 70, el enfoque biográfico (y dentro del mismo el relato de vida, método que este enfoque privilegia) reaparece de la mano de los cambios políticos. El interés sociológico por el feminismo y la cultura obrera, entre otros temas, llevan al "resurgimiento" del relato de vida por lo apropiado del mismo para estos estudios. Los levantamientos sociales de fines de los sesenta lograron sacudir la metodología imperante y cuestionar el monopolio de las formas de investigación. En este sentido, el enfoque biográfico ha sido un gran impulsor de la revalo-

ración de los métodos cualitativos y ha motivado no sólo su utilización, sino su enriquecimiento con el aporte de otros enfoques y perspectivas de análisis (4, 5, 9).

Un punto histórico de interés es el Congreso Mundial de Sociología llevado a cabo en el año 1978 en Upsala ya que allí se organizó una red internacional de investigadores que fueron publicando sus trabajos en la revista bilingüe *Life Stories/Recits de Vie* (3).

¿Qué pasa en la actualidad?

Al día de hoy, podemos decir que la situación ha cambiado. Creemos, tal como señala Bertaux, que ninguna teoría o método puede aspirar a la hegemonía en investigación en ciencias sociales y que nos encontramos en presencia de un período "pluralista", de crisis de paradigmas hegemónicos y surgimiento, o resurgimiento, de otras formas de investigación (6).

Del Rio Sadornil propone dejar atrás el debate y el enfrentamiento entre los paradigmas positivista/cuantitativo y naturalista/cualitativo proponiendo una complementariedad de ambos modelos, llamado por él una evolución hacia un pluralismo integrador. Así se habla entonces de "cualitización de investigaciones cuasiexperimentales y de cuasiexperimentalización de investigaciones cualitativas". Pérez Juste llama a esto principio de complementariedad metodológica y lo fundamenta en la complejidad de los fenómenos estudiados, en que ninguna metodología de investigación es en sí misma la correcta y en la necesidad de elegir metodologías adecuadas a los objetivos (11).

Así las cosas en el mundo de las ciencias sociales; en la psiquiatría actualmente asistimos al amplio desarrollo de estudios de tipo cuantitativo y al ideal de la medicina basada en la evidencia. Pero, al mismo tiempo, observamos las notables limitaciones que presentan los métodos cuantitativos en el estudio de los sujetos y su historia cuando son utilizados de manera casi exclusiva, como si fueran la fuente única de todo saber y conocimiento, jerarquizando absolutamente a los datos objetivos y descartando a las percepciones e interpretaciones de los mismos (14).

Es entonces que los métodos cualitativos, especialmente el relato de vida en nuestro caso, acuden a nuestro rescate y se imponen como herramientas indiscutibles e incomparables para el estudio de la subjetividad.

Ahora una reflexión en torno a la posibilidad de que el psiquiatra acceda a este recurso teórico, inspirándonos en los aportes de Bouche Peris; redactar una historia de vida o una biografía no es un ejercicio reservado a los escritores, novelistas o poetas. No se trata de construir una obra literaria, pero sí de cultivar, quien la escribe, sus habilidades en este género y ser autoconsciente de su producción escrita. Hay que tener un grado de conciencia literaria ya que de lo que se trata es de contar una historia. Por supuesto que contar historias es solo una parte de la investigación llevada adelante por el clínico, si bien no cabe duda que hay un innegable parentesco con la actividad narrativa, solo que en nuestro caso las historias son reales y no ficticias como en gran parte de la producción estrictamente literaria (5).

"Nuestro uso" del relato de vida

Luego de haber explicitado la importancia de la utilización de metodologías cualitativas en la investigación, nos parece oportuno dar cuenta del trabajo que venimos realizando con relatos de vida en el estudio y la prevención del suicidio en la vejez.

Vale aclarar que, si bien en nuestro trabajo utilizamos tanto métodos cuantitativos como cualitativos, destacaremos aquí la importancia de la utilización de los segundos, representados por la historia de vida.

El trabajo al que hacemos referencia se realiza en la sala de internación de psiquiatría de un hospital general. Es llevado a cabo por psiquiatras y psicólogos y evalúa el riesgo suicida en la vejez en pacientes mayores de 65 años, que han ingresado a dicho espacio de por ideación autoagresiva o directamente por tentativa de suicidio. El objetivo es obtener datos que puedan dar cuenta de las diferencias, o no, en las características de los pacientes con ideas autoagresivas y en aquellos que llevan a cabo el plan suicida.

La utilización del relato de vida se nos impuso naturalmente al constatar que un estudio exclusivamente cuantitativo del tema dejaría por fuera aspectos valiosísimos del trabajo, ya que nuestra finalidad sería obtener datos de los entrevistados que puedan, o intenten, explicar por qué algunas personas piensan en suicidarse y acuden, o son llevados, a algún tipo de asistencia, mientras que otros lo intentan sin más.

La búsqueda de esta distinción, que motivó inicialmente nuestro trabajo, nos hizo pensar que el método para realizar el mismo debía tener en cuenta la singularidad de cada individuo, pero, al mismo tiempo, considerar a ese individuo inserto en una red social determinada, teniendo en cuenta la relación dialéctica entre la acción humana y la estructura social. Fue por eso que realizamos entrevistas en función del denominado "enfoque o método biográfico", en el que cobra sentido y se enmarca conceptualmente el relato de vida.

El relato de vida, como instrumento, permite que el sujeto se defina y se diferencie de otro sujeto. Este relato cumple una función identitaria para el individuo y será, para nosotros, la forma de abordaje del entrevistado fundamentado en la realidad subjetiva del narrador (15).

Mediante el relato de vida podemos observar de qué modo un fenómeno se constituye biográficamente en el individuo y qué versión de su propia historia tiene un sujeto particular en un momento particular de su vida.

La importancia de reconocerse "productor" de su historia abre la puerta al sujeto para luego sentirse "actor" de la misma. Esta apropiación, que le permite estructurar el curso de su vida mediante el relato de la misma permite, tanto al entrevistado como al entrevistador, comprender el "texto" y el "contexto" del sujeto y su experiencia (16).

Utilizamos entonces para lograr este cometido tres tipos de historias de vida:

- Relatos únicos: puede servir para abrir caminos, sugerir hipótesis y sumergirse en profundidad en el análisis de un caso posible (en nuestro trabajo aquel que

realiza una tentativa suicida o simplemente tiene ideas suicidas).

- Relatos cruzados: se contrasta una narración personal con otras narraciones relacionadas con aquellas correspondientes al mismo medio (en nuestro trabajo, otros pacientes suicidas o con ideas).

- Relatos paralelos: consisten en la utilización de narraciones biográficas para estudiar unidades sociales amplias (en nuestro trabajo, el grupo de las personas que realizan tentativas de suicidio en la vejez).

Pero, ¿cuál es la importancia de utilizar el método biográfico y el relato de vida en nuestra tarea?

Principalmente, nos permite acercarnos a un sujeto complejo en su totalidad, echando luz y haciendo explícitos aquellos aspectos que los métodos cuantitativos dejan por fuera o no reflejan en sus resultados. En este aspecto, el método biográfico nos permite recuperar los sentidos vinculados con las experiencias vividas, los cuales suelen ocultarse tras la homogeneidad de los resultados “cuanti” (17).

En nuestro caso, el trabajo realizado nos ha enfrentado a diversas situaciones en las que el método biográfico nos permitió vislumbrar aspectos que hubieran quedado por fuera, dimensiones que las escalas no hubieran podido diferenciar y experiencias que sólo el relato de quien las ha vivido nos permitió comprender, analizar y trabajar.

Un ejemplo de esto es la diferencia que podemos observar entre aislamiento y soledad. Existen diversas escalas que evalúan éste aspecto, sin poder, o pretender, diferenciar estas dos variables. Dicha diferencia, banal tal vez para muchos, representa una distinción fundamental para nosotros: mientras que la soledad (fundamentalmente en la vejez, población a la que apunta nuestro trabajo) se relaciona con el aumento de la interioridad propio de esta etapa de la vida, sin ser algo patológico sino más bien evolutivo, el aislamiento constituye un factor de riesgo suicida, ya que suele ser causado por la actitud hostil de la sociedad hacia los viejos, vistos como débiles, inútiles y poco competentes. En este caso, el relato de vida del sujeto puede darnos cuenta de dicha diferencia, puede singularizar los motivos de la soledad o el aislamiento del sujeto, la elección o el “forzamiento social” y las consecuencias para el individuo de su propia forma de interpretar una u otra.

Otro ejemplo lo constituye la evaluación del deterioro cognitivo. Si bien nos resultan de gran utilidad los métodos diagnósticos para determinar el mismo (como ser el Mini Mental Test, Resonancia Magnética de cerebro y evaluación neurocognitiva), hemos observado en resultados preliminares que aquellos sujetos con deterioro cognitivo y con conciencia de dicho deterioro tienden a cometer más tentativas suicidas que aquellos que no poseen dicha conciencia. Esta información no sería accesible para nosotros a través de los métodos cuantitativos simplemente, sino por medio de la entrevista, en la cual el sujeto podrá referir que significa para él dicho deterioro. Poniendo atención en el término “conciencia”, podemos observar que la propia percepción del deterioro y el significado que le da al mismo cada persona en particular, según sus características subjetivas, sólo son asibles para nosotros a partir de la narrativa del individuo.

En la misma línea, la pérdida de la visión y la audición, otros dos aspectos evaluados en el relato del entrevistado, no representarían en sí mismos un factor de riesgo suicida si no comprendemos dichas pérdidas enmarcadas en las características de cada sujeto. Aquel amante de la lectura, o el melómano, que constituyen una parte de su “ser” en estas características, vivirán el impacto de la pérdida de la vista o el oído de forma totalmente distinta a quienes no han hecho de estos sentidos parte trascendente de su estilo de vida o su constitución subjetiva. El “papel” o rol que haya podido representar a nivel social un sujeto en base a sus intereses o deseos puede modificarse sustancialmente a partir de los cambios sufridos.

Por último, dentro de estos pocos aspectos mencionados, podemos destacar la importancia del relato de vida al evaluar características de personalidad. Hemos observado que la mayoría de los sujetos que comete una tentativa de suicidio tiene una personalidad de tipo narcisista y una “baja apertura a la experiencia” (entendiendo por tal a la dificultad para aceptar algunos de los cambios que propone el proceso de envejecimiento). Es cierto que existen diversas escalas que miden ambos aspectos, pero el quedarnos solamente con el aspecto “cuanti” nos impediría escuchar “qué hay detrás de esto”. En general, las personalidades narcisistas, según la teoría de Otto Kernberg, suelen tener grandes dificultades en los aspectos vinculares, lo cual en la vejez constituye un serio problema en lo que respecta a la necesidad de cuidado, al aislamiento, a las crecientes incapacidades en algunos casos y al deterioro cognitivo. Si a esto sumamos una baja apertura a la experiencia, el sujeto se encuentra con una “doble herida” ante la llegada a la vejez.

La vivencia de los cambios propios de la vejez será distinta para cada sujeto, por lo cual, establecer escalas y quedarse “sólo en ello” nos hará invisible todo el contexto del paciente, todas las relaciones existentes entre su estilo, su modo de vida en forma longitudinal y su presente. Esto sólo se convertirá en observable mediante la posibilidad de que el sujeto produzca el “texto” que permita a los investigadores un análisis global y subjetivo, “texto” que va más allá de la puntuación de una escala y que nos permitiera comprender “su” historia.

A modo de cierre

Arthur Kleinman, profesor de antropología y psiquiatría en la escuela de medicina de Harvard, inicia su clásico libro *Rethinking Psychiatry* con una reflexión llamada “¿Por qué antropología?” que vale la pena transcribir aquí, habiendo llegado nosotros al final de nuestro recorrido. En ese capítulo el autor se pregunta cómo es que la epidemiología psiquiátrica paso de ser una disciplina marginal a ser la estrella que guía todos los programas de investigación de la especialidad, fuente de conocimiento para desarrollar los diversos diagnósticos psiquiátricos y sus variantes (14).

A lo largo de esa sección ensaya variadas respuestas a este interrogante pero nosotros nos quedamos con aquella que plantea que nuestra especialidad le está dando

la espalda a la cultura en la cual las enfermedades y sus síntomas se desarrollan (14). Las grandes preguntas de la especialidad son culturales: como distinguir lo normal de lo anormal, como son percibidas, experimentadas y expresadas los diversos desordenes, porque los tratamientos son exitosos o fracasan, etc., etc., etc. Entonces como descartar o desmentir la cultura a través de evidencias que funcionan como elementos atemporales y ahistóricos, totalmente al margen de los contextos y de las historias.

La propuesta programática encarnada por las historias de vida propone poner en perspectiva a la metodología cualitativa y ponerla en un plano de igualdad con el

resto de las propuestas metodológicas como primer paso para repensar las relaciones entre los diversos actores del campo psiquiátrico actual.

Consideramos que el fenómeno suicida en la vejez, con sus múltiples facetas, tal vez el más enmarañado, misterioso e indeterminado de todos los síntomas psiquiátricos es el terreno ideal para instalar la discusión de la validez y la aplicación de las historias de vida para la comprensión y el tratamiento de los pacientes ya que el desafío de la gran complejidad que se nos opone hace más grande aun el aporte que la antropología trae a nuestra disciplina ■

Referencias bibliográficas

1. Cornejo M. El enfoque biográfico: trayectorias, desarrollos teóricos y perspectivas. *Psyché* 2006; 15: 95-106.
2. Cornejo M, et al. La investigación con relatos de vida: pistas y opciones del diseño metodológico. *Psyché* 2008; 17: 29-39.
3. Requejo Osorio A, Cortizas Rodríguez C. Las historias de vida en educación en adultos metodología. En: López-Barajas E (coord.). Las historias de vida y la investigación biográfica. Fundamentos y metodología. Madrid: UNED; 1996.
4. Kornblit A (coord.). Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Buenos Aires, Biblos, 2004.
5. Bouche Peris H. Biografía y etnografía: escritura y estilo. En: López-Barajas E. (coord.). Las historias de vida y la investigación biográfica. Fundamentos y metodología. Madrid: UNED; 1996.
6. Bertaux D. El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. *Proposiciones* 1999; 29: 1-20.
7. López-Barajas E. Las historias de vida. Fundamentos y metodología. En: López-Barajas E (coord.). Las historias de vida y la investigación biográfica. Fundamentos y metodología. Madrid: UNED; 1996.
8. Correa R. La aproximación biográfica como una opción epistemológica, ética y metodológica. *Proposiciones* 1999; 29: 35-44.
9. De Gaulejac V. Historias de vida y sociología clínica. *Proposiciones* 1999; 29: 89-102.
10. De Villers G. La historia de vida como método clínico. *Proposiciones* 1999; 29: 103-114.
11. Del Rio Sadornil D. Elaboración de una historia de vida: complementariedad de fuentes y técnicas. En: López-Barajas E (coord.). Las historias de vida y la investigación biográfica. Fundamentos y metodología. Madrid: UNED; 1996.
12. Veras E. Historia de vida: ¿un método para las ciencias sociales? *Cinta Moebio* 2010; 39: 142-152.
13. Lewis O. Los hijos de Sánchez: autobiografía de una familia mexicana. México D.F., Mortiz, 1971.
14. Kleinman A. Rethinking Psychiatry. New York, The Free Press, 1991.
15. Muchnik E. Envejecer en el siglo XXI. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2006.
16. Geertz C. El antropólogo como autor. Barcelona, Paidós, 1989.
17. Gubern R. La etnografía. Método, campo y reflexividad. Buenos Aires, Siglo XXI, 2011.

Psicoanálisis y antropología social

Jens Ariel Thisted

Licenciado en Psicología.

Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

E-mail: ariel.thisted@gmail.com

Resumen

En este artículo exploramos temas originados en los trabajos de psicoanalistas y antropólogos sociales, que abrieron una prometedora polémica acerca de la transmisión de las características culturales a lo largo de las generaciones, así como de los rasgos psicológicos familiares de una generación a otra: nos referimos al modelo del complejo de Edipo, tal como lo introdujo S. Freud y al trabajo de Malinowski sobre la sexualidad infantil y el incesto.

El escrito muestra el surgimiento de la metodología etnográfica, o sea, vivir en el sitio en que se trabaja, compartir el idioma nativo y atender a las significaciones atribuidas por la propia población a aspectos de su vida. Junto a ésta mostramos otra perspectiva, donde los investigadores comparten el sitio, el idioma, las costumbres pero estudian para su propio provecho, para justificar una concepción teórica: la resiliencia. Éste es uno de los resultados de trabajos transdisciplinarios, realizados en el equipo de antropología y educación (Filosofía y Letras, UBA) a los que hacemos referencia, junto con la discusión acerca de la categoría “educabilidad” y algunas cuestiones relacionadas con el diagnóstico de Trastornos por Déficit de Atención por Hiperactividad. Este trabajo propone un enfoque crítico de los presupuestos ontológicos del racionalismo, idealismo y empirismo, que precedieron a las investigaciones a las que hacemos referencia, para poner en consideración una visión donde se conjuga la institución imaginaria de la sociedad y la emergencia del psiquismo en sujetos singulares.

Palabras clave: Psicología - Antropología - Imaginario radical - Histórico social.

PSYCHOANALYSIS AND SOCIAL ANTHROPOLOGY

Summary

In this article we explore some subjects originated in the work of psychoanalysts and social anthropologists that generated an interesting discussion about the transmission of cultural trends along generations, as well as psychological family features from one generation to the other: we refer to the Oedipus complex model, as it was introduced by S. Freud, and to Malinowski's work on children's sexuality and incest.

This text examines the emergency of fieldwork methodology (ethnography), that is, living in the place in which the research is conducted, sharing native languages and listening to the meanings attributed by the people to aspects of their lives. We also show another perspective, in which the researchers share place, language and customs but study for their own sake in order to justify a theoretical concept: resilience. This is one of the results of the transdisciplinary works –carried out by the UBA anthropology and education teams- to which we refer, together with the discussion about the category “educability” and some issues related to the diagnosis of Attention Deficit Disorders and Hyperactivity.

This article proposes a critical approach on the ontological premises of rationalism, idealism and empiricism that preceded the researches mentioned. Finally it presents a perspective in which the imaginary institution of society and the emergency of psychism in singular subjects merge.

Key words: Psychology - Anthropology.

¿Qué antropología y qué psicoanálisis?

Iniciamos este artículo sosteniendo que no es posible hablar de una relación entre el psicoanálisis y la antropología social sin especificar de qué antropología y de qué psicoanálisis se trata. No es nuestra intención hacer una valoración de ninguna de ellas, sino proponer una consideración acerca del modo en que la antropología social privilegia su método de investigación peculiar: la etnografía en una perspectiva histórica y el psicoanálisis en su peculiar perspectiva de la constitución subjetiva, a la que proponemos como producción imaginaria de la actividad psíquica, producción que afirma la simultaneidad y la inherencia de la psicogénesis y la sociogénesis.

IncurSIONAR en una y otra disciplina mostrará que el método o buen camino para sus investigaciones lleva en sí una concepción implícita del hombre. La Antropología Social está atenta a procesos sociales, instituciones, familias y otras relaciones sociales; por su parte, la mirada del Psicoanálisis, como técnica terapéutica, está atenta a sujetos singulares. Pero simultáneamente está obligado a atender y entender esas mismas instituciones: familias y modalidades de la crianza de los niños entre otras. Salvo excepciones, se podría acordar que ambas disciplinas afirman que los hombres organizan su vida social en el curso de la historia en tanto sujetos y como sociedad, y que el hombre es agente y producto de esa historia.

Un poco de historia

La Antropología Social se constituyó como tal cuando abandonó la búsqueda de curiosidades y extravagancias propias de los relatos de los religiosos y viajeros. A esto contribuyó en mucho la tarea de B. Malinowski, intelectual polaco que avanzó en el conocimiento de otras culturas conviviendo y aprendiendo el idioma de los trobriandeses, en Melanesia. Realizó su trabajo en las Islas Trobriand, nombre dado por los ingleses a una isla próxima al oriente de Nueva Guinea (1) Como consecuencia de problemas de salud abandonó sus estudios de química y se doctoró en filosofía. Mientras se reponía leyó La Rama Dorada de James Frazer que lo interesó en los pueblos "salvajes". En esa oportunidad un mentor, conocedor de sus preocupaciones le envió los textos sobre la interpretación de los sueños, la sexualidad y la teoría del complejo de Edipo en Tótem y Tabú de Sigmund Freud, para que los comparara con sus hallazgos etnográficos, y le sugirió que pusiera a prueba si la manera de interpretar los sueños y la teoría de la represión existía y operaba en una sociedad tan distinta.

Se fue abriendo paso así, más allá de los resultados, la posibilidad de cuestionar la idea decimonónica que suponía la existencia de un estadio evolutivo anterior al que pertenecerían aún pueblos contemporáneos, que por su tecnología diferente, se le atribuía una falta de desarrollo evolutivo. Reconozcamos que en los mismos textos de Malinowski sigue habiendo apreciaciones valorativas que hoy consideraríamos racistas.

He aquí un encuentro en los orígenes del psicoanálisis y el novísimo –en esos días- modo de investigación de campo de la antropología social.

La teoría de Malinowski se sustenta en una explicación funcionalista de las instituciones sociales, a las que supone universales, aquellas que atenderían a necesidades de tipo material así como otras no materiales. En su propuesta teórica, cada institución desempeña una función particular, ya que de otro modo la sociedad no perduraría como tal. Las organizaciones forman en su conjunto un complejo ordenado, y cada una de ellas remite a una organización más vasta.

La amplia información que reúne es producto de su compromiso y trabajo, escuchando, participando de los avatares de este pueblo. Yendo a los encuentros festivos, a los momentos de las muertes y de los nacimientos, registrando la elaboración de vestidos, las sesiones de despiojamiento, la distribución de alimentos y preguntando sobre el lugar del hombre y de los niños y niñas en la estructura familiar. Procurando aclarar cada significación a partir de las conceptualizaciones de los propios actores (2).

Dedicamos tanto detalle a esta cuestión para evidenciar el cambio que se da entre la Antropología de La Rama Dorada de Frazer, en la que abundaban las rarezas y conjeturas y la búsqueda de explicación de los sucesos a partir de la observación de la propia sociedad que intenta Malinowski. Se hacen más claras las vicisitudes vividas por Malinowski, cuánto su visión y audición apasionada lo lleva a sentir, cuando se conoce su diario íntimo de campo. Una vez publicado, ya muerto su autor, mostró sus facetas más complejas, sus luchas y quiebres emocionales que no había consignado en sus publicaciones, el modo en que la experiencia etnográfica lo afectaba, en tanto no era inmune como observador (3).

Malinowski estuvo en las Trobriand alrededor de dos años, entre 1915 y 1918. En el año 1971 Annette B. Weiner (4) viaja a las Trobriand para estudiar nuevamente esas sociedades. Menciona críticamente a los antropólogos posmodernos, como por ejemplo James Clifford y George Marcus (5), quienes afirman que "los escritos etnográficos no pueden ser más que una especie de registro ficcional de la experiencia de un autor". Frente a esto, Weiner, que ha observado al mismo pueblo pero setenta años después, señala que en el caso de Malinowski no estamos frente a una "ficción" o "verdades parciales", sino a discrepancias que tienen que ver con ópticas y momentos distintos, y que propone que es posible rastrear históricamente.

Entre las discrepancias observadas por esta escritora, sin haberlo previsto en su plan de investigación, el trabajo de las mujeres trobriandesas se le impuso como algo inexcusable, dado que observó que buena parte de la riqueza de la que disponían los trobriandeses se debía al trabajo femenino. Malinowski había valorado solamente la actividad productiva masculina, dentro del contexto de una sociedad matrilineal.

La forma en que reconstruyó el reparto de roles en la familia parecía relegar a los hombres hasta en su capacidad de generación de la prole, dado que observó que

los trobriandeses afirmaban que la gestación se producía cuando un espíritu ancestral entraba en el cuerpo de la madre y causaba la gestación. Posteriormente, según Malinowski, el padre no contaba más que secundariamente en la vida de su hijo. La investigadora A. Weiner, en cambio releva que el padre es una de las personas más importantes a lo largo de toda la vida de sus hijos.

Hasta ahora, este artículo trata de la distancia entre la apreciación del asombro ante la existencia de extraños, lo que se suele llamar “los otros”. Desde Frazer, en *La Rama Dorada* a la resignificación de Malinowski con el trabajo de campo y el esfuerzo de Weiner por encontrar un sentido más amplio, más complejo y señalar la opacidad de aspectos de lo estudiado por las propias concepciones del observador.

Confluencias

Antes de hacer presente la propia perspectiva quisiera mostrar otras dos aproximaciones a la comprensión del hombre y el lugar de encuentro con el psicoanálisis.

La primera de estas aproximaciones: Jules Henry, antropólogo norteamericano que se especializa además en psicoanálisis como segunda opción en su formación. En él confluyen ambas disciplinas, que nos ocupan, pero además, se trata de un investigador que no dirige su mirada a los “otros” sino que convierte en “otros” a los suyos. Realiza inicialmente una investigación fuera de su país, entre los Pilagás de Formosa, en Argentina, para tratar de probar algunas afirmaciones del campo psicoanalítico que vinculaban la represión sexual con la agresividad de los jóvenes. Como entre los Pilagás la prohibición incestuosa es posterior a los catorce años (la madurez biológica sucedía antes de la vigencia de las normas restrictivas) J. Henry y su esposa estuvieron conviviendo con ellos; de esta experiencia resultó una publicación; *El juego de muñecas entre los Pilagás* (5).

Más adelante realizó investigaciones en los EEUU en distintos ámbitos. El producto de ellas se encuentra en un libro, *“La Cultura Contra el Hombre”* (6), editado en inglés en 1963 y en español en 1967. Este estudio – uno de los primeros que aplicaban la etnografía a sociedades como la norteamericana, abarcaba aspectos muy diversos y significativos: el papel de la publicidad como sistema filosófico, en el centro neurálgico de una sociedad centrada en el consumo, las escuelas, los grupos de adolescentes, las instituciones vinculadas con la vejez y la muerte. Abordaba también el tema de la locura en familias con psicóticos, y afirmaba que es difícil que no sea parecida a su propia sociedad. Al igual que en el caso de la publicidad, afirmaba que la psicosis es el producto final de lo nocivo que tiene una sociedad.

La segunda aproximación que anunciamos: como integrantes del Programa de Antropología y Educación y en ocasión de un simposio internacional presentamos un trabajo que tomó tres cuestiones que hacen al lugar que ocupan o pueden ocupar niños y jóvenes en los contextos escolares, y que fueron o están siendo abordados

desde categorías que actualmente han alcanzado gran difusión: nos referimos a la resiliencia, la “educabilidad” y los niños diagnosticados con el síndrome de Desórdenes de Desatención con o sin Hiperactividad (ADD).

Nos preocupábamos por el modo en que, ante la falta de autonomía de los niños, los adultos investidos de poder (padres, investigadores, profesionales médicos, psi, sacerdotes, etc.) dictaminan cotidianamente acerca de lo esperable en las conductas infantiles. Así es como los niños son registrados por las etnografías escolares, y también circulan por ellas los profesionales, funcionarios, psicólogos, pediatras, educadores, para indicar que sentido tienen los comportamientos infantiles. Decíamos que habitualmente, en sus intervenciones, estos profesionales esperan corroborar supuestos iniciales, (patologías si son del ámbito psi, conductuales si pertenecen a la educación).

En realidad estos preconceptos van y vienen en el mundo cotidiano de los niños, y tienen una fuerte influencia en la vida de cada niño: son anticipaciones que condensan aspiraciones, frustraciones, de aquellos que están a cargo de los niños: maestros, padres, parientes y por supuesto, otros niños. Estas opiniones se convierten en horizontes de posibilidades (positivas y negativas) que incluyen los proyectos relacionados con el trabajo, los estudios posibles, vinculadas a veces con condiciones de género.

Por una parte, esto es observable en situaciones del entorno inmediato de cada sujeto: por ejemplo, en la manera en que algunos padres pueden determinar el futuro de sus hijos con afirmaciones como “yo no lo hago estudiar [por el secundario], porque no le da la cabeza.

Ocurre algo muy distinto cuando algún pronóstico o presunción afecta a un número importante de niños y adolescentes. Y lo hace con efectos deletéreos para muchos de los implicados cuando el respaldo de tales afirmaciones se enmarca en algún contexto de autoridad. Las concepciones a las que nos referimos constituyen en muchos casos ese respaldo.

La primera: *educabilidad*, proviene del campo de la educación, y en su acepción positiva es definida como “el conjunto de recursos, aptitudes o predisposiciones que hacen posible que un niño o un adolescente pueda asistir exitosamente a la escuela...”. En ámbitos educativos se plantea la pregunta acerca de si es posible educar en cualquier contexto, y se colocan, como prerequisites para la posibilidad del cumplimiento de la formación escolar características actitudinales y cuidados materiales por parte de las familias. O sea encubiertamente, la educación no como derecho de todos sino del que puede.

El otro concepto es el de *resiliencia*, usado eufemísticamente como el reconocimiento de “la capacidad humana que permite a las personas hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e incluso ser transformadas por ellas”.

Resiliencia (7) se refiere al relevamiento de condiciones de sobrevida de sujetos sometidos a privaciones y diversas contingencias como inestabilidad familiar, trabajo precario, alcoholismo. El nombre proviene de un dispositivo de la física que muestra la capacidad de mate-

riales especialmente resistentes a potentes presiones en el laboratorio. Por extensión, se utilizó en el seguimiento durante 30 años, de una cohorte de una comunidad en Hawaii, diezmada por crisis, desconocimiento de la cultura local, fraudes. La cohorte se redujo de aproximadamente 35.000 a poco más de 1500 desde 1950 a 1985, por muertes y limitaciones de diversa índole, sin ninguna intervención para ayudarla, todo para preservar la investigación, pero la caracterización de *resilientes* sigue en uso en la actualidad.

El tercer concepto es una categoría psicopatológica adscrita a los niños, desde la psiquiatría clínica: el *ADD* o *ADHD*, que es la sigla de lo que en español se llama *Trastorno por Déficit de Atención por Hiperactividad*. El diagnóstico se produce contestando a un cuestionario que da cuenta de desatención, hiperactividad, impulsividad con una determinada frecuencia. Si se diagnostica *ADD*, se recomienda una medicación determinada y cambios conductuales.

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, es solo un nombre nuevo para viejos dilemas. Ya sea como hiperquinesia o disfunción cerebral mínima, existió por lo menos desde 1940, ahora está en el *DSM-IV* con su nuevo nombre. En el año 1970 en un hospital del Gran Buenos Aires se le administraba una medicación -"cerebrolisina"- a grupos que participaban de un estudio. Estos eran grupos de niños, algunos con controles de medicación, otros con psicoterapia y otros sólo con placebo. Internamente se supo que no hubo ningún cambio en los administrados, pero nunca se publicó nada al respecto. Hoy, siguen investigando el mismo nombre del producto, con los mismos componentes o con otros. Pero se hace fundamentalmente en ratas (no encontré especificaciones sobre humanos), para problemas de envejecimiento.

Los tres ejemplos tienen en común que:

- existe una distancia subrayada entre el que investiga y el investigado.
- los sujetos son objetivados en generalizaciones como *escuela*, *familia* como si fueran uniformes.
- son objetivados con modelos de la física (resiliencia). Mediciones por medio de tests e interrogatorios que no incluyen al niño.
- hay una deshistorización sistemática que desconoce que los males para los que buscan remedios son productos de los mismos que buscan el remedio.

Otras miradas

Esta reflexión surge de interrogantes planteados en la actividad profesional e intelectual de quien escribe, y de la que se desprenden vinculaciones con estudiantes de distintas carreras de la Facultad de Filosofía y Letras (Carrera de Ciencias Antropológicas), en las clases dictadas en las últimas décadas en esa casa de estudios. En ese contexto fue importante ir definiendo cómo se entiende la relación o pertinencia de un psicoanálisis que se ocupa de "lo social".

Este escrito supone dos itinerarios: uno visible y otro que no. En este texto el aspecto no visible para el lec-

tor, comprende el dictado de clases, las discusiones con compañeros de cátedra y estudiantes, que quedan como el preciado espacio histórico social durante los más de treinta años que transcurrieron en ese ciclo. Lo visible corresponde a otra índole de interlocutores: el enorme caudal bibliográfico de ambas especialidades del que quiero destacar especialmente dos: Cornelius Castoriadis en "La Institución Imaginaria de la Sociedad" (8) quien plantea la posibilidad de estudios sociales informados por el psicoanálisis, y de quien somos deudores por su perspectiva acerca del origen de la vida psíquica y de la sociedad. En esta misma línea, Anthony Elliot en su libro "Teoría Social y Psicoanálisis en Transición" (9).

No ha habido ni hay un solo psicoanálisis como no hay una sola antropología social. En el psicoanálisis, desde el comienzo hubo enfrentamientos y rupturas que no se debieron meramente a diferencias de técnicas, o al lugar dado al Yo en el modelo de actividad psíquica, sino que incluyeron los efectos de las consideraciones sociales que abarcaron las supuestas supremacías de lo social en la formación del individuo o viceversa.

Algunas cuestiones suelen considerarse del campo de la filosofía, pero que son propias de cualquier reflexión sobre el hombre por ejemplo, el lugar que ocupa el sujeto en cualquier proposición teórica o práctica. Se puede decir de otra manera, si se explicitan los supuestos pre-ontológicos que se sostienen en cada posición. Es lo que intentaremos hacer en un rápido recorrido, para nada exhaustivo de la historia del pensamiento desde la Grecia antigua hasta la actualidad.

Todas las sociedades se dan una explicación sobre lo que hace ser al hombre como tal (tanto los griegos como los trobriandeses). Platón decía que los entes primeros no se pueden conocer: sólo se pueden conocer las sombras derivadas de esos entes primordiales. Sólo podemos pensar en las ideas que se desprenden de esos entes. En la célebre caverna de Platón, donde un conjunto de sujetos están obligados a mirar el fondo de la caverna, suceden las escenas de sombras que provienen de la interceptación de los entes del haz de luz que está detrás de ellos. Esas sombras revelan aspectos del ente, pero no es posible la percepción del ente en sí. Aristóteles propone, cuestionando a Platón que el conocimiento debe surgir de la observación de las esencias o causas primeras proponiendo en la observación de los entes, la posibilidad del conocimiento.

De manera general la reflexión sobre el hombre quedó relegada durante la Edad Media, a la teología. Se considera que en el siglo XVII el filósofo y matemático es quien rescata al hombre del reduccionismo teológico. Este pensador propone la división filosófica entre alma y cuerpo para liberar la posibilidad del estudio del hombre por parte de los mismos hombres. A la vez funda en la razón la posibilidad del conocimiento.

En oposición a esta corriente surge en Inglaterra el empirismo, que con distintas modalidades -J. Locke y D. Hume originan la corriente principal-, sostiene que el hombre obtiene a partir de la impresión de las experiencias vitales. Esta posición plantea que nada puede existir en el pensamiento, que no haya pasado por la experiencia. Esta dimen-

sión influyó en la filosofía cuestionando el innatismo cartesiano al costo de acentuar la pasividad del sujeto.

Emanuel Kant concibe el conocimiento proponiendo que las categorías del entendimiento humano son las que dan forma a las impresiones que proceden desde el exterior, o sea que una representación surge cuando lo exterior produce una impresión y el sujeto responde con la “espontaneidad de los conceptos”. Es decir que las categorías no proceden del exterior sino que pertenecen al sujeto.

Si seguimos esta reflexión, volviendo al trabajo en común de la antropología social y la perspectiva psicoanalítica, ambas enfocan su acción sobre sujetos singulares en situaciones globales. Antropólogos y psicoanalistas se hallan implicados, son parte de lo que ocurre, no están aislados aunque no se den cuenta de ello como sucedía con las investigadoras de la resiliencia. Mirar a otros sin intervenir era su convicción, pero su acción contribuía al despojo. Mirar, como si fuera este un supuesto método objetivo, sea a una sociedad, un niño, o a un enfermo “mental” no excluye, no aparta ilusoriamente de la situación. Literalmente *teoría* es “mirar hacia” y cuando “miro hacia” no me puedo abarcar ni ver la totalidad, por lo cual la comprensión será parcial y distorsionada la proyección por los propios deseos.

Esto no deja de lado el llamado problema de la objetividad, posible hasta cierto punto para otras actividades. Lo que afirmamos es que las dos disciplinas, psicoanálisis y antropología social, lo que tienen en común es que no existe una teoría acabada de la sociedad y del sujeto, porque no hay puntos distantes, externos desde donde mirarlas. Somos historia y somos los que podemos pensarla, sin la pretensión de verdad positivista.

El punto de partida respecto de la sociedad es que ella misma es creación imaginaria. Pero no imaginaria como reflejo de algún otro lugar como el mundo platónico de esencias de las que emana la realidad que conocemos. No se trata de una imagen iluminadora reflejada en un espejo o de una mirada del otro. Es iluminadora porque el sujeto lo hace espejo, es mirada que me devuelve porque significo al otro. El espejo es producción imaginaria radical, sólo cuando el sujeto lo *hace* espejo, como lo propone Castoriadis: es creación ex nihilo. Pero no “de la nada”, no de un vacío, ni de imágenes como las de la caverna, derivadas de otra cosa. Es la capacidad, ni bue-

na ni mala, de hacer algo de lo que no era, es creación imaginaria.

Toda reflexión que hacemos sobre la sociedad, es un pensamiento sobre los hombres, este pensamiento de elucidación que es el trabajo por el cual los hombres intentan pensar lo que hacen y saber lo que piensan. Esta actividad reflexiva, este hacer pensante no puede derivar de ninguna autoridad exterior. Toda vez que se pretenda una validez que provenga de una voz anónima o de un nombre ficcional, sea personal como la invocación de Dios, Alá, o impersonal como el sentido de la historia, la evolución, el desarrollo económico en la voz del mercado, estamos ante quienes han elevado a algún lugar esas voces para que bajen con una autoridad, esta sí imaginaria, en sentido de derivada, ficticia.

Debiéramos pensar la relación entre Antropología Social y Psicoanálisis asumiendo que no se trata de mundos diferentes. Que el psicoanálisis no puede ocuparse de la subjetividad como algo escindido del quehacer de todos los días y menos del profesional, que lo social no es meramente un suceder externo, que alguno pueda obviar.

Otra cuestión más de pertinencia entre disciplina, el inapreciable valor que tiene para el psicoanálisis, los sueños, los errores, aquello que la ciencia solía descartar es comparable, no igual al aprecio que tiene los antropólogos por el registro de lo no registrado que da sentido a lo observado. No es lo que reluce, es lo que significa.

En palabras de C. Castoriadis “Lo “social histórico” no es ni la adición indefinida de las redes intersubjetivas (aunque también sea esto), ni, ciertamente, su simple “producto”. Lo social histórico, es el colectivo anónimo, lo humano impersonal que llena toda formación social dada, pero que también la engloba, que ciñe cada sociedad entre las demás y las inscribe a todas en una continuidad en las que de alguna manera están presentes los que ya no son, los que quedan fuera e incluso los están por nacer. Es por un lado, unas estructuras dadas, una instituciones y unas obras “materializadas”, sean materiales o no; y por otro lado *lo que* estructura, incluye, materializa. En una palabra, es la unión y la tensión de la sociedad instituyente y de la sociedad instituida, de la historia hecha y de la historia por hacer” ■

Referencias bibliográficas

1. Malinowski B (1932). La vida sexual de los salvajes del noroeste de la Melanesia. Madrid, Ediciones Morata, 1975.
2. Malinowski B. Diario de campo en Melanesia. Madrid, Júcar Universidad, 1989.
3. Weiner A. The Trobrianders of Papua New Guinea. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, EE. UU., 1988.
4. Clifford J, Marcus G (eds.). Retóricas de la antropología. Madrid, Júcar Universidad, 1992.
5. Henry J. Juego con muñecas de los niños Pilagás. En: Kluckhohn C. La personalidad en la naturaleza, la sociedad y la cultura. Barcelona, Grijalbo, 1977.
6. Henry J. La cultura contra el hombre. México, Siglo XXI Editores, 1967.
7. Thisted JA. Niños supuestos, niños negados, niños resilientes, niños ADD. En: Batallán G, Neufeld MR (coord.). Discusiones sobre infancia y adolescencia. Niños y jóvenes dentro y fuera de la escuela. Buenos Aires, Biblos, 2011.
8. Castoriadis C. La institución imaginaria de la sociedad. Vols. 1 y 2. Barcelona, Tusquets, 1975.
9. Elliott A. Teoría social y psicoanálisis en transición. Buenos Aires, Amorrortu, 1995.

Medicina del VIH-Sida, tratamiento antirretroviral, adherencia: una discusión sobre el cuidado de sí

Susana Margulies

Doctora en Antropología, Universidad de Buenos Aires.

Profesora Asociada Regular, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

Programa de Antropología y Salud, Instituto de Ciencias Antropológicas, UBA.

E-mail: margulie@filo.uba.ar

Resumen

Se propone una reflexión sobre el papel de la biomedicina y la acción clínica en la organización, promoción y legitimación de discursos y prácticas de cuidado de sí y de control en la experiencia de la enfermedad VIH-Sida. Se analizan las condiciones y requerimientos de la denominada "adherencia" a los tratamientos antirretrovirales, que tiene una importancia central en las acciones médico-sanitarias. Dado que la intervención médica tiende a asociar la progresión viral a la adherencia de los pacientes, en el "cumplir la prescripción" estaría cifrada no sólo la certeza sobre la indicación médica sino la posibilidad misma de la salvación. A través del monitoreo de los cuerpos y el control de las interacciones y prácticas de los afectados, este proceso medicalizador dirige sus comportamientos, establece formas de disciplina e impone un modo responsable de cuidar de sí. Así, el poder de la institución biomédica no consiste sólo en su capacidad de definir una condición física a través del diagnóstico sino que también contribuye a establecer los parámetros a través de los cuales se experimenta el padecimiento, reconfigurando las maneras en que los sujetos se comprenden y relacionan consigo mismos y con otros, produciendo nuevas formas de identidad, pertenencias y relaciones sociales.

Palabras clave: Biomedicina - VIH-Sida - Adherencia - Tratamiento antirretroviral - Cuidado de sí.

HIV-AIDS MEDICINE, ANTIRETROVIRAL TREATMENT, ADHERENCE: A DISCUSSION ABOUT SELF-CARE

Summary

We propose a reflection on the role of biomedical and clinical action in the organization, promotion and legitimating of discourses and practices of self-care and control in the experience of HIV-AIDS disease. We analyze the conditions and requirements of the so-called "adherence" to antiretroviral treatment, which is of central importance in medical and health actions. Since medical intervention tends to associate viral progression to patient adherence, the "meeting of requirements" implies not only the certainty about medical indication but the very possibility of salvation. Through corporeal monitoring and the control of the interactions and practices of those affected, this medicalizing process directs their behavior, sets forms of discipline and imposes a responsible way to care for themselves. Thus, the power of biomedical institution is not only its ability to define a physical condition through diagnosis but also helps to establish the parameters of illness experience, reconfiguring the ways in which subjects understand and relate to themselves and others, producing new forms of identity, belongings and social relations.

Key words: Biomedicine - HIV-AIDS - Adherence - Antiretroviral treatment - Self-care.

Introducción

Este escrito parte de un señalamiento efectuado por el antropólogo inglés Ronald Frankenberg (1) quien ha destacado cómo la biomedicina se encuentra atravesada por una “trágica (...) contradicción”: su aplicación se basa en la perturbación de las funciones corporales concebidas en términos biológicos (*disease*); sin embargo, su práctica y eficacia requieren de la persona que padece (*illness*: padecimiento). Así, mientras que la biomedicina construye su objeto de intervención en términos de un cuerpo medicalizado y desocializado, las personas experimentan la enfermedad en sus “cuerpos vividos”, esto es, en sus cuerpos en tanto “vehículos de la experiencia” (2), experiencias inmersas en relaciones sociales y en contextos históricos determinados (3).

Esta “contradicción” señalada por el autor se inscribe en el modo dominante del saber biomédico basado en una visión “estratigráfica” de la enfermedad (4) que da primacía a lo biológico y yuxtapone otros dominios, lo social, lo cultural, lo emocional, expresados habitualmente como “parámetros”, “elementos”, “partes”, “aspectos”, “factores” de la enfermedad (5). Así, el saber biomédico tiende a desplazar la base subjetiva en que se funda el padecimiento y “los elementos no materiales y no morfológicos (...) especialmente la comunicación, el lenguaje y los afectos- se delegan a la competencia de otros campos de conocimiento”, en particular la psicología y el trabajo social (6). Los comportamientos, los significados y sentidos y la base emocional de la experiencia de la enfermedad, se transcriben así como condiciones y respuestas del denominado huésped o portador y remiten en la caracterización de la enfermedad a procesos independientes, separados. Se trata en fin de un atomismo que opera narrativamente la descomposición de la integridad y la concreción de la enfermedad en la vida a partir de la consideración de la dimensión de relacionalidad/sociabilidad/historicidad/afectividad como separada de la dimensión biológica. Y a través de la intervención técnica y del saber profesional, la sociabilidad y subjetividad del paciente son reintegradas como partes, aspectos o factores sociales y/o psicológicos.

Es en el centro de esta “contradicción” que sitúo esta reflexión sobre el papel que juega la biomedicina y la acción clínica en la organización, promoción y legitimación de discursos y prácticas particulares sobre tales “aspectos” o “factores” sociales y emocionales de la experiencia de la enfermedad. Retomo para esto algunas de las conclusiones de las investigaciones que hemos venido desarrollando desde hace más de 10 años en el Programa de Antropología y Salud del Instituto de Ciencias Antropológicas de la Universidad de Buenos Aires sobre las trayectorias y experiencias de varones y mujeres viviendo con VIH-Sida y sobre los procesos de institucionalización de la atención de la enfermedad en hospitales públicos del área metropolitana de Buenos Aires atendiendo a los rasgos principales del proceso medicalizador, la normalización, la intervención disciplinadora y su configuración moralizadora del vivir y atenderse por

esta enfermedad. En este marco, en la intersección de iniciativas estatales, subsidios externos, orientaciones de agencias multilaterales, instituciones públicas y organizaciones de personas con VIH nos ha interesado analizar las políticas de globalización farmacológica y los procesos de reconstrucción de personas en tanto sujetos de nuevos regímenes terapéuticos.

El Sida en la Argentina

En la Argentina, el desarrollo de la epidemia del VIH-Sida se corresponde con la implementación del programa de reformas estructurales que, desde fines de la década de 1980, retomó las políticas de reestructuración económica y social implementadas a partir de mediados de los 70 y que implicaron cambios profundos en la intervención social del Estado, entre ellos la redefinición de la política sanitaria. El recorte presupuestario en salud y la reducción de la intervención sanitaria estatal, en el contexto previo de fragmentación y estratificación del sistema público de atención, acentuaron la gravedad de la situación del subsector. Y en un contexto de empobrecimiento masivo, estas políticas acentuaron las desigualdades sociales y contribuyeron al proceso de vulnerabilidad creciente de los conjuntos sociales más desfavorecidos. En este contexto una mirada sobre la denominada lucha contra el Sida en la Argentina, muestra sin embargo la coexistencia de esta agenda de ajustes estructurales con procesos de democratización a partir de la acción colectiva de afectados y familiares y la presión pública de sus organizaciones en pos del derecho a recursos médicos en esta área. Se dio, podríamos decir, un proceso diferencial en relación con el que tenía lugar en esos mismos años en la cobertura establecida por ley de otras patologías. Así, en los hechos, la acción colectiva y la movilización de los afectados y las modalidades asumidas por las políticas de estado y su relación con la cooperación y el financiamiento internacionales, han contribuido a la universalización de los tratamientos antirretrovirales. De este modo la política de cobertura universal se ha dado en el contexto de un estado que, aunque está farmacéuticamente presente, con frecuencia se encuentra sin embargo institucionalmente ausente, fragmentado o implementa políticas erráticas.

Como es sabido, el desarrollo y la aplicación de terapias antirretrovirales de alta eficacia después de mediados de los 90 modificó favorablemente el pronóstico de la infección por VIH, marcando un antes y un después en las condiciones de la atención. Para los afectados, ya no se trató de sobrevivir a la muerte por Sida sino de alcanzar a “estar bien”, de una vida activa a lo largo de muchos años. Así, la problemática central para los afectados pasó a ser ya no cómo morir (o evitar la muerte) por Sida sino cómo vivir con la enfermedad (7). Un vivir, a partir de entonces, farmacológicamente orientado y tecnológicamente sostenido. Este proceso denominado de “normalización” del Sida y de las condiciones de vida con el virus asociado a las terapias antirretrovirales se correspondió con una construcción de representaciones y prácticas sanitarias centradas en el logro de la salud de

los afectados con un énfasis creciente en el manejo responsable de los riesgos a través del “cuidado de sí”.

El proceso de institucionalización de los tratamientos antirretrovirales a partir de 1996 contribuyó a crear un sentido de orden y certidumbre en el accionar terapéutico. Al mismo tiempo permitió construir para los pacientes –y en parte también para los profesionales– un horizonte temporal y una pauta de esperanza para legitimar la instalación de regímenes de tratamiento sumamente exigentes en lo referido a los efectos somáticos y las exigencias en la vida cotidiana, y de este modo convencer, conseguir que los pacientes “trabajen” o “sean responsables” en lo referido a una buena alimentación, la toma de la medicación, el cumplimiento de los controles médicos y “su participación en una empresa terapéutica con frecuencia altamente tóxica” (8). Actualmente los tratamientos se han simplificado e implican menos dosis y requerimientos de atención que en el pasado. Se recomienda en general iniciar los tratamientos con un régimen potente de antirretrovirales en las etapas más tempranas de la enfermedad por lo que también se requiere la minimización de las interrupciones a fin de mantener la supresión viral.

La adherencia y el “cuidado de sí”

Planteado tanto en términos de las acciones de aceptar y/o comprender y también como una actitud o condición que “tiene” o debe “tener”, que “posee” o debe “poseer” el paciente y asociado habitualmente a la polaridad cumplimiento-no cumplimiento, el abordaje de la denominada adherencia a los tratamientos pasó a tener una importancia central en las acciones médico-sanitarias de respuesta a la epidemia. Numerosos programas, servicios de salud y organizaciones de personas con VIH han desarrollado en la Argentina acciones orientadas a esta problemática, que fue incluida como área de prioridad en las actividades de apoyo, prevención y control del VIH-Sida por el programa nacional y los programas municipales. Se han implementado protocolos, consejerías, asesorías, talleres y distintos tipos de intervención orientados a encarar este problema apoyados entre 2003 y 2009 por el financiamiento del Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

El jefe del servicio de infectología de un hospital público del sureste del área metropolitana de Buenos Aires afirmaba, en diciembre de 2010, en el curso de una jornada conmemorativa del Día Internacional del Sida: “Un alto nivel de adherencia es esencial para el adecuado control de la enfermedad. Una inadecuada adherencia se asocia a aparición de resistencias del virus a los fármacos antivirales y a una peor evolución de los pacientes”. En la difusión de las actividades de promoción de la adherencia en ese hospital se planteaba como objetivos para las personas con VIH:

- La apropiación subjetiva del tratamiento antirretroviral.

- La responsabilidad y compromiso en las conductas de cuidado personal y de los otros.

Como lo planteó el profesional, se asigna a la adherencia un papel central en la posibilidad del éxito del tratamiento y se tiende a correlacionar fracaso del tratamiento y “fallo” de la adherencia. El manejo médico de los tratamientos antirretrovirales delimita así una experiencia individualizada de infección por VIH por parte de los pacientes ya que el monitoreo médico, a través de los niveles de carga viral y del funcionamiento inmunológico, vincula la progresión viral a sus condiciones de adherencia a los tratamientos.

Así, como diría el maestro Frankenberg, el proceso de farmacologización de la atención biomédica actúa sobre la biología pero requiere de “la persona que padece”. Requiere de persona que padece. ¿Y cuáles son las condiciones y clasificaciones implicadas en este requerimiento?

Discusión

En un estudio de narrativas médicas de la enfermedad Sida en dos momentos (1998-2000 y 2008), encontramos un rasgo significativo en la identificación de las personas no adherentes: expresado tanto en términos de falta de voluntad-motivación-razón o bien como compulsión-sin razón-tendencia irracional, en ambos casos el mismo hacía referencia a déficit en el valor racional de auto-control y responsabilidad frente a su situación por parte de los pacientes.¹ En este marco, la imposibilidad de reducir o limitar estos trastornos o problemas se presentó como la expresión de la debilidad del paciente incapaz de asumir comportamientos saludables y de gobernar sus acciones y emociones. Otro componente significativo en esta clasificación fue la representación que homologaba educación e información con la posibilidad del cuidado. La instrucción fue presentada así como un recurso básico para el reconocimiento por parte de los pacientes de las consecuencias negativas de no seguir los tratamientos y para modificar efectivamente los comportamientos.

Visualizados los pacientes como *locus* de la voluntad y la razón, la meta de los tratamientos apuntaba al logro de la autonomía entendida como capacidad del sujeto para afirmarse desde sí, eligiendo opciones conscientemente y desvinculándose de las determinaciones sociales y culturales que operaban negativamente y propugnando una relación entre amenaza-cálculo de beneficio y motivación-toma de decisiones. Desde esta perspectiva el paciente se presentó como receptor de los consejos, prescripciones y cuidados, como alguien que evalúa síntomas, recursos disponibles, toma decisiones voluntarias, juzga y maximiza beneficios. Y la experiencia y el conjunto de las determinaciones que operan en la vida

¹ Según Kirmayer, “las explicaciones psicogénicas son atractivas para los médicos porque desplazan al paciente la responsabilidad por aquello que ellos no pueden explicar o controlar” (9).

se constituyeron como externos a su condición como "paciente" (en ocasiones también la enfermedad pareció serlo). Así, el modo predominante de construcción del paciente que emanaba de esta hermenéutica médica intelectualista e individualista, hacía prevalecer una visión de las creencias como proposiciones racionales "en la mentes (o cerebros) de individuos y sujetas al control de la voluntad" y de los comportamientos como fruto de elecciones adaptativas (9), en una visión esencializadora y al mismo tiempo moralizadora de los sujetos.²

Dado que la intervención médica asocia la progresión viral a las condiciones de "adherencia" por parte de los pacientes, en el "cumplir la prescripción médica" estaría cifrada no sólo la mayor o menor certeza sobre la indicación médica sino la posibilidad misma de la salvación. Convertida en auto-control, se instala en la vida de los afectados con una centralidad que impone un permanente reacomodamiento de las rutinas y de la vida cotidiana. A través del monitoreo de los cuerpos y el control de las interacciones y prácticas de los afectados, ese proceso medicalizador dirige sus comportamientos, establece formas de disciplina, de restricción y de obligación e impone un modo "normal", responsable y legítimo de cuidar de sí (y de otros).

Cuando ponemos la experiencia de los sujetos y la atención de su enfermedad en el centro de nuestra mirada, se pone en evidencia que los tratamientos pueden asumir diversas modalidades, desde el cumplimiento sostenido, el cumplimiento intermitente, a los abandonos sucesivos. Y a medida que transcurre el tiempo, como en otras enfermedades crónicas, puede tornarse por un lado más fácil sostenerlo dado que se rutiniza y se normaliza, mientras que por el otro "se produce un desgaste emocional que puede amenazar la continuidad" del mismo (10).

Con esta perspectiva es posible captar que el cumplir o no cumplir los tratamientos no resulta de una actitud o una conducta, sino que forma parte de un proceso que se despliega más allá del mundo biomédico y el *ethos* propuesto de cuidados de sí para abarcar todas las esferas del mundo cotidiano (y, en el caso del Sida) por un período indeterminado (11). Allí confluyen los procesos particulares, privados, íntimos, de vivir con el virus, la situación de fragilidad y padecimiento propia de la enfermedad y su tratamiento (12), los efectos de la aún presente estigmatización y discriminación hacia las personas afectadas, los problemas de la accesibilidad a la atención médica y a recursos sociales y las condiciones de vida de los afectados, una parte significativa de los cuales están desocupados o en situación de precariedad laboral y con problemas habitacionales (13).

Estas experiencias de sufrimiento y fragilidad que resultan de la vida con VIH-Sida tecnológicamente pro-

longada y mantenida, se ven reforzadas también por los cambios biológicos que produce el uso continuado de medicamentos antirretrovirales. A la vez panacea para evitar la muerte y "veneno" a causa de su eventual toxicidad, las enfermedades asociadas y los cambios corporales, el uso continuado de estas drogas inscribe nuevas realidades en la existencia corpórea y reorganiza la experiencia a la vez biológica y social de vivir con VIH-Sida, constituyéndose así tanto en fuente de esperanza como de incertidumbre y temor entre otros aspectos por la amenaza permanente de una imagen estigmatizante asociada a la visibilidad de la enfermedad en el cuerpo.

Así, el poder de la institución y la intervención biomédica no consiste sólo en su capacidad de definir una condición física a través del diagnóstico sino que también contribuye a establecer los parámetros a través de los cuales se experimentan los padecimientos. En este caso de los protocolos y dispositivos de promoción de la adherencia, éstos requieren de los afectados un proceso de aprendizaje e incorporación de saberes clínicos y tecnológicos referidos a su individualidad somática, el consumo sistemático y controlado de medicamentos y el desarrollo de una "reflexividad seropositiva" basada en la lectura y vigilancia de los síntomas de la enfermedad y de los efectos corporales de los tratamientos (14). Se configura así un *ethos* de cuidado de sí y una norma de prudencia, orden y vigilancia permanente sobre la vida cotidiana y sobre la experiencia y expresión emocional que colaboran a reconfigurar las maneras en que los sujetos se comprenden y relacionan consigo mismos y con otros, produciendo nuevas formas de identidad, nuevas pertenencias y nuevas relaciones sociales.

Pero, volvamos a la contradicción señalada por Frankenberg. Esta contradicción se expresa en nuestro análisis en el "malentendido" o desencuentro (15) de regímenes de atención orientados hacia la configuración de identidades terapéuticas que parecen ser demasiado seguras, coherentes y alejadas de los agentes reales que, en la vida cotidiana y en los diferentes espacios de sociabilidad, "atravesando mundos de riesgo y escasez (...), crean mundos pequeños y pasajeros (...)" en los cuales pueden desarrollar un tipo de bricolage con las opciones y materiales limitados que tienen a su disposición" (16). Lejos de poder pensarse como recorridos unívocos hacia la atención y el cuidado de sí, se trata más bien de procesos y formas específicas de inclusión biosocial (17) y autoatención que se procesan tanto individual como colectivamente a lo largo del tiempo en arenas de emociones, sentimientos y acciones cambiantes, muchas veces ambiguas o contradictorias según los parámetros establecidos ■

² En este marco, es habitual en el campo sanitario que se considere a los pacientes como la fuente principal de los problemas, y rara vez se reflexione sobre la estructura y las condiciones de la propia intervención profesional.

Referencias bibliográficas

1. Frankenberg R. Your time or mine: temporal contradictions of biomedical practice. En: Frankenberg R., editor. *Time, Health and Medicine*. Londres, Sage Publications, 1992.
2. Kirmayer L. The Body's Insistence on Meaning: Metaphor as Presentation and Representation in Illness Experience. *Medical Anthropology Quarterly* 1992; 6 (4): 323-346.
3. García MG. Cuerpo y narrativa: una aproximación etnográfica al proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres viviendo con VIH en la ciudad de Buenos Aires. *Horizontes Antropológicos* 2009; 15 (32): 247-272.
4. Good B. *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge, Cambridge University Press, 1994.
5. Margulies S. La atención médica del VIH-Sida. Un estudio de antropología de la medicina. Tesis de doctorado en Antropología. Universidad de Buenos Aires, 2008.
6. Czeresnia D. *Do Contágio a Transmissão. Ciência e cultura na genese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2000.
7. Pierret J. The illness experience: State of knowledge and perspectives for research. *Sociology of Health & Illness* 2003; 25: 4-22.
8. Del Vecchio Good MJ, Good B, Schaffer C, Lind S. American Oncology and the discourse on hope. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1990; 14 (1): 59-79.
9. Kirmayer L. Mind and Body as Metaphors; Hidden Values in Biomedicine. En: Lock M, Gordon D (eds.). *Biomedicine Examined. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers*, 1988.
10. Gianni MC. Tiempo y narrativa desde la experiencia del tratamiento en VIH/sida. Buenos Aires, Reysa Ediciones, 2006.
11. Margulies S, Barber N, Recoder ML. Vih-Sida y 'adherencia' al tratamiento. Enfoques y perspectivas. *Antípodas, Revista de Antropología y Arqueología* 2006; 3: 281-299.
12. Recoder L. *Vivir con VIH-sida. Notas etnográficas sobre el mundo de la enfermedad y sus cuidados*. Buenos Aires, Biblos, 2011.
13. Pecheny M, Manzelli H, Gogna M, Binstock G, et al. Estudio sobre la situación social de las personas viviendo con VIH en la Argentina. Buenos Aires, UBATEC, 2008.
14. do Valle CGO. "A gente não quer só remédio": práticas e significados de adesão e abandono de tratamento anti-HIV. IX Reunión de Antropología do Mercosul (RAM); 2011 julio 10-13. Curitiba, 2011.
15. Cortés B. Experiencia de enfermedad y narración. El malentendido de la cura. *Nueva Antropología* 1997; XVI (52): 89-115.
16. Biehl J. Antropología no campo da saúde global. *Horizontes Antropológicos* 2011; 17 (35): 257-296.
17. Biehl J. *Will to Live. Aids therapies and the politics of survival*. Princeton y Toronto, Princeton University Press, 2007.



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

Entrevista a Miguel Mihanovich

por Santiago A. Levín



Miguel Mihanovich comenzó su carrera como médico pediatra, pero los caminos lo fueron llevando a transformarse en psicoterapeuta sistémico especializado en terapia de parejas. En el trayecto hubo un pasaje por el psicodrama, la formación en psicopatología infantil junto a Telma Reca, el amor por la literatura y el teatro, y finalmente la formación en teoría sistémica.

A los ochenta y un años de edad, decidió ir dejando la tarea clínica para volcarse a leer y escribir con intensidad, y a supervisar colegas más jóvenes. Una excelente oportunidad para invitar a Miguel Mihanovich a reflexionar en voz alta sobre su experiencia y trayectoria.

Aceptó, no sin protestas (“¿Qué tengo yo que decir que sea interesante?”), y recibió a Vertex en su departamento, en el barrio de Belgrano, para la entrevista, que tuvo lugar el sábado 16 de junio de 2012.

Vertex: Cuéntenos algo sobre los comienzos...

M. Mihanovich: Una vez recibido de médico en la UBA, decidí ejercer la pediatría. Como vivía en la provincia de Buenos Aires, comencé a concurrir al servicio de Pediatría y Puericultura del Hospital Escuela “Mariano Castex” de la ruta 8. Luego de un tiempo el Jefe del Servicio, el Dr. Ucha, decidió abrir un departamento de Psiquiatría Infantil. Como a mí me interesaba el tema, resolví formarme con la Dra. Telma Reca.

M. M.: Yo conocía el prestigio de la Dra. Reca, y había leído cosas de ella que me interesaron. Además había sido compañero de su sobrino, Lucio Reca, en el Nacional Mariano Moreno. Con la doctora y el grupo de sus colaboradores me inicié en la psicoterapia de niños y adolescentes, con un enfoque y un interés puesto en lo interpersonal. Claro que ese enfoque era muy diferente a como lo concebimos ahora los terapeutas sistémicos, pero Telma tenía una lectura interpersonal, tanto del desarrollo de los niños como de la psicopatología y de alguna manera de la psicoterapia. Si bien la psicoterapia se centraba en el tratamiento individual del niño, siempre tuvo a los padres como referentes importantes.

Vertex: ¿Qué quiere decir interpersonal en este caso?

Vertex: ¿Cómo decidió ir a ver a la Dra. Reca?

M. M.: Interpersonal quiere decir que hacía hincapié en el vínculo, a diferencia de la teoría del desarrollo psi-

cosexual del psicoanálisis. Telma pensaba siempre que el chico se desarrolla en relación con la madre, y ponía el centro del análisis allí. Nuestra bibliografía era Spitz, Ackerman, Sullivan, Frida From Reichmann, sin desconocer por supuesto la obra de Freud. Telma Reza estaba en el Hospital de Clínicas cuando se produjo el golpe militar de Onganía en 1966, por lo que tuvo que abandonar su tarea allí, en el Departamento de Psicología y Psicopatología de la Edad Evolutiva, que funcionaba en el Clínicas y era dependiente del Rectorado de la UBA. Cesanteada luego de la noche de los bastones largos, ella y su grupo fundaron una institución privada, el CEAM (Centro de Estudios y Asistencia Médico-Psicológica de la Niñez y Adolescencia). Y allí daba cursos y hacía asistencia.

Vertex: Y usted ingresó en el CEAM...

M. M.: Así es. Y me sucedió algo que fue luego una especie de destino mío, de etapas que debía cumplir: empezar estudiando algo como alumno y terminar enseñando lo aprendido. Así, con el tiempo, en el CEAM, entré como alumno y terminé siendo docente y supervisor de los alumnos que iban ingresando. Pero yo nunca fui un terapeuta que podía estarse quieto, siempre fui un terapeuta de acción. Con los chicos jugábamos con plastilina, nos tirábamos al suelo, dibujábamos historietas, jugábamos con soldaditos o hacíamos títeres. Entonces cuando empecé a acercarme a la terapia del adulto, a partir de interactuar con las madres de los chicos, traté de buscar una escuela que siguiera el modelo interpersonal de Telma, algo que trabajara fundamentalmente el vínculo y además que implicara la acción, el movimiento. Entre mis intereses extra profesionales siempre estuvo el teatro. En mi adolescencia había escrito un par de obras de teatro, incluyendo una parodia del Juan Tenorio.

Entonces me acerqué al psicodrama, y comencé mi formación con el Dr. Carlos Menegazzo y la Dra. Mónica Zuretti, directores en ese momento del Instituto de Psicodrama Buenos Aires, dedicados a la docencia y a la investigación. Allí empecé esta otra formación, y, consecuente con esa especie de destino mío del que te hablé, terminé siendo docente y director de psicodrama. La teoría desde la que trabajábamos era moreniana, vincular, y tuve el privilegio de conocer y ver trabajar a Zerka Moreno, la esposa del fundador del psicodrama.

Vertex: Mientras tanto tenía un consultorio y atendía chicos y grandes.

M. M.: Poco a poco me fui quedando más con los grandes que con los chicos.

Vertex: Como psiquiatra no trabajó nunca...

M. M.: No.

Vertex: Pero como pediatra sí...

M. M.: Como pediatra sí. Y me levantaba de noche y hacía diagnósticos, iba a domicilio. Al tiempo que estudiaba con Telma Reza, conocí a un psicólogo, Juan Baur, que trabajaba en gabinetes de varios colegios. Juan era psicólogo y necesitaba un médico para completar el equipo. Entonces yo, a la par que hacía el curso con Telma Reza, empecé a integrar gabinetes escolares, en colegios de la Provincia de Buenos Aires y uno de la Capital. Y seguí en mi consultorio, que poco a poco fue desplazándose de la pediatría a la psicopatología. En realidad mi vocación fue siempre más humanística que médica... Estudiar medicina fue para mí algo así como un mandato familiar. En algún momento de mi infancia dije que iba a ser médico y quedó en la familia la convicción de que iba a ser médico. Quedó en el discurso de mis abuelos, de mis padres. Yo creo en los mandatos, creo que los discursos que se repiten terminan por configurar un destino. En mi caso fue así, y sin darme muy bien cuenta, una vez que terminé la secundaria en el Nacional Mariano Moreno, casi por inercia entré en la Facultad de Medicina.

Vertex: Su padre era farmacéutico y su madre no era profesional. Pero para la generación de sus padres ser profesional era deseable, habilitaba el ascenso social.

M. M.: Para la generación de mis padres era bastante novedoso, en efecto. Mi padre era el segundo profesional de su familia. Y en ese momento el médico tenía un cierto prestigio. Tengo un hermano menor que también es médico, médico psiquiatra. Y además es muy buen clínico, que fue su primera especialidad. Pero él tenía más vocación que yo... Me acuerdo que cuando yo estudiaba medicina fui compañero de Aldo Neri, quien luego fue Ministro de Salud Pública bajo la presidencia de Alfonsín. Con Aldo fuimos compañeros y estudiábamos juntos... Pero no nos iba muy bien cuando estudiábamos juntos, porque dejábamos los libros y empezábamos a filosofar (risas). Y es curioso, pero te cuento esto anecdótico que es casi premonitorio. Con Aldo teníamos una diferencia: para él la literatura debía estar al servicio de algo, de lo social, de lo comunitario, no debía ser literatura porque sí. Para mí la literatura era el arte de escribir bien, el arte de lo bello, el arte del bien decir y no tenía por qué tener

otra finalidad. Por supuesto las dos posturas son válidas y cada uno hace posible la línea que más se acomoda a su modo de ser. Pero con el tiempo yo terminé haciendo psicodrama, que tiene que ver con el teatro y la filosofía, y él terminó de ministro de Salud Pública, que tiene que ver con la puesta en práctica de todo lo aprendido. Si yo escribí obras de teatro, él escribió un libro sobre política sanitaria

Vertex: Volvamos a Psicodrama Buenos Aires...

M. M.: En mi práctica profesional había logrado formar un grupo de psicoterapia con enfoque y técnicas psicodramáticas. Después empecé a utilizar también esas técnicas dramáticas en la terapia individual con muy buenos resultados. Aun hoy sigo pensando que el psicodrama es una muy buena praxis. El problema es que quizá no tiene, o no tenía cuando yo lo practicaba, una teoría demasiado armada, pero es un método que da excelentes resultados. Creo que activar el cuerpo de los pacientes y el del propio terapeuta, es muy importante y movilizador

Vertex: ¿Se consiguen cosas, se “acorta el camino”?...

M. M.: Se “acortan caminos”, porque se llega a los conflictos más rápidamente, porque da soluciones más pronto, porque hace aflorar lo emocional y porque liga el pasado y el presente de una manera vivencial. Claro que a veces se cae en el error de pensar que el psicodrama no es nada más que una catarsis emocional. Cuando es eso nada más, creo que resulta insuficiente. El psicodrama es la integración de lo emocional con un discurso nuevo.

Vertex: ¿Cómo se construye ese discurso nuevo?

M. M.: En la acción dramática. Ese discurso se construye aportando nuevos elementos en la acción dramática. Tanto Carlos Menegazzo como Mónica Zuretti tenían una formación psicodramática con Zerka Moreno. Es decir, que yo aprendí el psicodrama moreniano, y en el psicodrama moreniano todo se resuelve en la escena, no hay un paso interpretativo. Yo hacía psicodrama cuando empecé a enterarme de la teoría sistémica, que también es una teoría vincular. Pero al principio y desde mis prejuicios, rechacé esta teoría porque todo parecía reducir-

se a la observación de reglas, a la causalidad circular y otros conceptos que me resultaban muy mecanicistas. Y lo que más me impactaba, ¡nada de emociones! A pesar de ese rechazo, mi formación vincular despertó pronto mi curiosidad.

Vertex: Entonces, se encontró con la teoría sistémica...

M. M.: Fue así. Además, algunos de los integrantes de CEAM como la Dra. Procupet y el Dr. Kusnir, y la Dra. Costa habían estado en Palo Alto haciendo el curso de terapia familiar con Carlos Zluski, Paul Watzlawick, Dora Schnitman y Celia Falicov, y me entusiasmaron. Entonces yo también fui.

Vertex: ¿Estuvo en el legendario Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, Santa Mónica?

M. M.: Estuve. Creo recordar que el curso duraba 3 semanas. La primera semana me dije: “Esto es algo de los americanos que quieren resolver todo rápido”. Porque en aquella época se decía que los problemas se resolvían muy rápido. Era la prehistoria de la teoría sistémica. Me acuerdo que en ese momento Watzlawick decía que le daba a sus pacientes 10 entrevistas de por vida. Si superaban el problema en 3 le quedaban 7 para algún otro problema que pudieran tener (risas). Por supuesto ha pasado mucha agua bajo el puente y ya pocos piensan así, o, por lo menos yo no lo pienso. La segunda semana me empezó a llamar la atención lo que iba escuchando, y me dije: “Esto hay que profundizarlo, hay que pensarlo seriamente”. Porque realmente aparecían cosas muy interesantes, se abría un nuevo panorama., que excedía el campo de la psicoterapia. Era una nueva manera de conceptualizar el mundo, de entrelazar las conductas, de acceder a la ecología del entorno. Y en la práctica terapéutica se salía de la intimidad de la terapia individual para pasar a una terapia conjunta, con cámara Gesell que separaba, y a la vez unía, al grupo que estaba en terapia con un grupo que se comunicaba con el terapeuta. Era algo totalmente novedoso. La bibliografía era Gregory Bateson, Ross Ashby y Jay Haley entre los que rescata mi memoria. Y ya en Buenos Aires empecé a leer a Minuchin, a Andolfi, a Selvini Palazzoli, Luigi Bóscolo, Gianfranco Cechin, Giuliana Prata, etc. Y en una jornada que organizó la Dra. Procupet conocí a Adolfo Loketek, que había sido invitado. Me gustaron las intervenciones de Adolfo, y como yo quería organizar todo lo que había experimentado y leído en algo coherente, averigüé que Adolfo dictaba un curso y empecé mi formación con él, con María Rosa Glasserman y el resto del equipo.

Vertex: ¿Cómo era esa formación?

M. M.: En aquel momento la formación era de cuatro años. Dos eran de teoría y práctica, en el tercero se hacía el seguimiento de un caso con la supervisión de María Rosa, y en el cuarto el seguimiento de otro caso con la supervisión de Adolfo. Muy buena formación, muy sólida. Cuando terminé me dieron la posibilidad de quedarme, y me quedé... Como ya dije, otra vez mi viejo destino: quedé como integrante. Un día encontré en el Instituto una notita, que decía "Todos los que quieran ser docentes pueden inscribirse y colaborar primero con un docente para ir haciendo su formación". Yo recuerdo que le dije a mi mujer: "A mí me encantaría hacer esto, pero me parece que ya soy grande, ya no es para mí; es para gente más joven, que recién empieza..."

Vertex: Lo mismo había pasado con Reca y Psicodrama Buenos Aires...

M. M.: Sí... Un día llego a Cefyp y la licenciada Lía Bikel me dice: "Miguel ¿vos no tendrías interés en formar parte de la docencia? Porque en uno de los que pensamos cuando pusimos esto fue en vos". Y entonces empecé como colaborador docente de la Lic. Silvia Crescini, y con el tiempo terminé desempeñándome como terapeuta de familias y parejas. Luego como docente y supervisor en Cefyp. Un día nos convocó Loketek a varios integrantes porque pensaba promover dentro de la Institución lo que él llamaba "grupos de profundización temática", es decir grupos que se dedicaran al tratamiento y estudios de familias determinadas: familias con niños, familia con miembro psicótico, familias graves, etc. Me preguntó qué me interesaba más. Yo le respondí que las mayores dificultades yo las tenía en la terapia de pareja, así que me inclinaba por ese tema. "Bueno", me dijo, "vos vas a ser el coordinador del grupo que investigue y trate a las parejas". Entonces en lugar de ser alumno como suponía, fui el coordinador del grupo de parejas. Y por una gran cantidad de años, no recuerdo cuántos, estuve al frente del grupo de tratamiento y estudio del tema parejas. Fueron años muy ricos en mi adiestramiento como terapeuta sistémico relacional, aclarando que en el modelo Cefyp los rótulos solo son efímeros mapas teóricos siempre en cambio y evolución. Porque si algo tengo yo que agradecer a Adolfo, entre las muchas cosas que me dio, es que cuando uno lo consultaba a partir de algo que pensaba o había dicho, algo que había logrado, él te empujaba a no conformarte con lo que habías logrado y te decía: "Eso ya lo sabés, ¿y ahora qué? Eso ya lo dijiste, ¿qué más?" Hace muchos años tuve el privilegio de conocer a un viejo humorista, Wimpi, que dijo una vez que "en la vida hay que dar siempre

un paso más allá de la última huella". Yo creo que Adolfo era así. "Esto ya lo hiciste, esto ya lo sabés, ahora seguí pensando, dale otra vuelta". Esa es una de las cosas que tengo que agradecerle a Adolfo. Haber hecho carne en mí la idea de que las respuestas dan la ilusoria sensación de haber alcanzado una meta y que las preguntas son las que ayudan a crecer y evolucionar. Claro que saber preguntar es todo un arte.

Vertex: Una ayuda para no quedarse toda la vida repitiendo lo mismo.

M. M.: Exactamente. Cuando íbamos a un Congreso, por ejemplo, y le contaba a Adolfo lo que iba a presentar, me decía "Esto ya lo dijimos". Teníamos que decir otra cosa. Siempre una labor de reflexión permanente. Y no resultaba persecutorio sino incitante y seductor.

Vertex: ¿Quedó material escrito de esa experiencia?

M. M.: Mucho, en ateneos, seminarios y fichas, pero nunca concretamos el libro que siempre dijimos que íbamos a escribir. Hoy te confieso, como adelanto de algo con lo que me gustaría culminar mi vida profesional, que en esa tarea estoy. Estoy escribiendo un libro sobre mi experiencia como terapeuta de parejas. Muchos colegas que estoy supervisando o que en algún momento de su formación supervisé, me empujan a eso. Tengo muchos trabajos en ateneos, en jornadas y, bueno o malo, tengo mi estilo. O por lo menos hay gente que desde su afecto, me dice de lo que escribo, que se nota que lo produce yo. Numerosos amigos y colegas me han incentivado para que publique, así que estoy en eso. Por ahora es un proyecto, pero ya trabajar en eso me resulta interesante.

Vertex: Entonces pasaron años dedicados a la terapia de pareja...

M. M.: Sí, muchos. Me convertí en el referente del tema parejas del Cefyp primero y de la Fundación Familias y Parejas después. Es decir, si había un congreso del tema de pareja, iba yo. A una mesa redonda de pareja, iba yo. Un día lo hablé con María Rosa Glasserman y le dije que me parecía riesgoso que descansara todo en una persona. Que si me pasaba algo a mí, la Fundación se quedaba sin referente en el tema, aunque, por supuesto, no sin gente que pudiera reemplazarme. Pero la cara visible era yo, así que me iba a retirar. Me parecía bueno

que otra persona coordinara el grupo de parejas para que se fuera formando más gente. María Rosa estuvo de acuerdo y así lo hicimos. Además, renunciando a ese lugar me sentía con más libertad para profundizar en la bibliografía que yo utilizaba en mi tarea con parejas y familias, referida a la mitología y a la literatura, mis dos grandes amores. A tal punto que una vez me invitaron a hacer un ateneo exclusivamente sobre la violencia en la mitología. Si sale el libro, este tema de la violencia en la mitología va a aparecer como antecedente de la violencia en la pareja.

Vertex: Miguel, ¿qué quiere decir hoy ser un terapeuta sistémico?

M. M.: ¡La pregunta del millón! La pregunta del millón porque, para serte franco, yo veo y escucho a muchos terapeutas que se dicen sistémicos, pero que en realidad tienen un pensamiento todavía asociado a la terapia individual. Entonces, ¿qué quiere decir hoy ser sistémico? Para mí tiene que ver con un articulado ecológico de los hechos observados. Articulado que por supuesto está en la cabeza del observador más que en los hechos que observa. Tiene que ver con viejos principios que, lo creo así, conservan su vigencia, como que el todo es más que la suma de las partes y que, a su vez, la parte es más en el todo que un en utópico aislamiento. A mis alumnos les solía decir “Cuando jugamos a la escoba de quince, losoros y en especial el siete de oro, tienen un valor particular. Y a su vez cuando losoros y el siete de oro tienen ese valor particular estaremos jugando a la escoba de quince”.

A eso, por supuesto, agregamos algunas ideas de la posmodernidad, sobre todo las relacionadas con el análisis del discurso. Se dice que el discurso, la palabra, crea la realidad. Yo, humildemente, pienso que no es que la palabra cree la realidad, sino que la humaniza. El mono sabe que tiene que subir a un árbol si viene un león, pero no tiene el concepto de árbol. Creo que cuando el hombre le da nombre a las cosas, las hace humanas. Es más, en algún momento se me ocurrió extrapolar con cierta audacia, y pensar que el habla es el sexto sentido del hombre. El hombre percibe “la realidad”, su entorno, con la vista, el oído, el tacto, el olfato, el gusto... y la palabra. La palabra resume todo eso y crea ese mundo. Pensando así, el fundamento de la psicoterapia puede verse justamente en la modificación del discurso. Es más, yo creo que todas las teorías, en el fondo lo que hacen es modificar el discurso. El psicoanálisis, el psicodrama, la Gestalt, son ampliaciones del discurso, ampliaciones del repertorio con el que el hombre se cuenta a sí mismo. Las personas padecen porque arman su realidad, arman los problemas de un modo que resulta insoluble. Es como si tuviéramos una habilidad determinada para contar los problemas de manera que resultan insolubles. Creo que la variación de ese modo de contar es lo que hace que el

problema se resuelva, desaparezca. Desde ya que se puede estar o no de acuerdo con esto, y el desacuerdo resulta más fértil, ya que obliga a seguir pensando.

Vertex: Entonces, ¿un terapeuta sistémico es un terapeuta que ayuda a modificar el repertorio de palabras con el que una persona se narra?

M. M.: Justamente. Lo resumiste muy bien. Esto lo hace un terapeuta sistémico que sigue las leyes de la narrativa, porque están los terapeutas sistémicos más estructuralistas, que sostienen que la patología aparece cuando se rompen los límites naturales. O que sustentan otras teorías. Todo esto no quiere decir que yo prescindiera, por ejemplo, de la medicación. Digo esto porque muchas veces a los sistémicos se nos acusa de eso, de estar en contra de la medicación. Sucede que, cuando a mis pacientes había que medicarlos, no lo hacía yo. Respeto mucho la medicación como especialidad del psiquiatra. Entonces a esos pacientes los derivaba a colegas que se dedicaban más a esa parte.

Vertex: Su postura, entonces, no es una postura “anti”, es una postura que se puede complementar con otros saberes.

M. M.: Sí. El fenómeno humano es mucho más amplio que las explicaciones que se dan de él. Creo que era Schopenhauer el que contaba un cuento hindú sobre cuatro ciegos que tocan a un elefante. Uno le tocó una pata y exclamó: el elefante es como un tronco. El segundo tocó su trompa y dijo: el elefante es como una serpiente. El tercero le palpó la barriga y afirmó: el elefante es un tonel. Y el cuarto le tocó las orejas y aseguró: el elefante es como un abanico. Y el Rey que los interrogaba les dijo: “Todos tienen razón porque cada uno tiene una parte de razón”. Lo que hacemos es un poco eso, nos vamos aproximando, pero el fenómeno humano siempre se escapa en un punto... Debe ser por esto por lo que sigo entusiasmado, por lo que la cosa humana me sigue interesando. Me sigue interesando la mitología, como la explicación de todo aquello que no se sabe, la ciencia que es el supuesto de que algo se sabe, el teatro, como la exploración de los conflictos y las pasiones. Como decía el clásico: “soy humano, y nada de lo humano me es ajeno...”.

Vertex: Pasando a la psicoterapia, ¿cómo son las intervenciones de un terapeuta sistémico?

M. M.: Tu pregunta me lleva a decir, en primer lugar, que no existe una sola forma de decir las cosas. Es más: de algunos grandes terapeutas poco se puede aprender, porque los genios hacen cosas que los que no somos genios no podemos repetir. Por ejemplo, Whitaker. Recuerdo el relato de una colega que trabajó cerca de él... Contaba que había recibido una pareja de psicoanalistas con un hijo enurético... La pareja había ido de una costa a la otra de Estados Unidos para verlo a Whitaker. Y Whitaker, contaba la colega, se sentó al lado del chiquito y empezó a jugar. De repente le dice al chico: "¿Vos querés cortarle la pistola a tu papá? ¿Querés acostarte con tu mamá?" La pareja se fue enojadísima, pero mágicamente el chico se dejó de orinarse (risas). Eso es irrepetible. Hay personas que se salen del molde, entonces te fascinan por las cosas que hacen pero que no se pueden repetir. Pero podés pensar sobre ellos. A mí siempre me interesaron los autores que me dejan pensando, como me interesan las parejas que me dejan pensando. Esos autores con los que podés o no estar de acuerdo pero que de alguna manera, por estar en desacuerdo, tenés que pensar. Cuando un libro te deja pensando, ya cumplió su cometido. Más que cuando te da herramientas. Una vez me dijo Loketek: "Vos tenés que leer a Lacan". Y yo le dije: "Mirá, Adolfo, Lacan es muy importante como para leerlo solamente. Yo sé de gente que hace cursos de Lacan, que lo estudia años. Yo no tengo interés en hacer un curso sobre Lacan pero no quiero ser irrespetuoso y leerlo así nomás". "No", me dijo Loketek, "vos tenés que leerlo a ver qué te promueve, a ver a dónde te empuja".

Vertex: ¿Y tenía razón Loketek?

M. M.: Tenía razón, yo no tenía que transformarme en lacaniano, pero sí escuchar una voz importante. Los grandes pensadores, aunque uno sólo los roce, ejercen influencia. Aun desde la irreverencia del desconocimiento más profundo, te hacen pensar. Porque además creo que ese es el quid de la terapia. Que los pacientes saquen de sí aquellas cosas que tienen y que no saben que tienen. En una buena terapia, en una buena sesión terapéutica, o por lo menos en un grupo de sesiones terapéuticas, un modo de evaluar que la terapia fue positiva sería comprobar que, además de los pacientes, también el terapeuta aprendió cosas de sí que antes no sabía. Es decir, cuando de la sesión de terapia, terapeuta y pacientes salen enriquecidos con algo nuevo. Cuando el terapeuta sale también sorprendido por algo que no había pensado antes, puede pensarse como una buena sesión.

Vertex: Me gustaría desarrollar un punto que mencionó hace un rato. De Telma Reca le llamó la atención lo vincular, pero tomaban al paciente solo.

Después con la teoría sistémica se pudo integrar y recibir a la familia entera, a la pareja.

M. M.: Ya cuando inició el psicodrama, Moreno empezó a trabajar con la pareja, con los dos miembros. Empezó a trabajar con el vínculo, con las personas reales. Después derivó esos roles a los "yo auxiliares" y, en lugar de trabajar con las personas actuales y sus vínculos, tomaba un protagonista y los yo auxiliares hacían los diferentes personajes de su entorno. En cambio, los sistémicos empiezan a trabajar con la totalidad de la familia y comienzan a ver lo que son los juegos relacionales. Por ejemplo, en el caso específico de las parejas, yo puedo a veces trabajar con uno de los miembros, pero al hacerlo en presencia del otro, tengo en mi cabeza que lo que estoy diciendo, lo digo en presencia del otro. En un caso así, sé que después voy a trabajar con el otro integrante. Y que, en algún momento, voy a trabajar con los dos como sistema, como grupo. Me acuerdo del caso de una pareja que peleaba muchísimo, con un monto de agresión tremendo, a tal punto que uno dudaba si la indicación de terapia de pareja era acertada. Pero como me escuchaban, como cuando yo hablaba dejaban de pelear, y con frecuencia me traían a la sesión un relato de lo que había pasado en la entrevista anterior, señal de que lo recordaban, empecé la terapia con estas dos personas. En una ocasión me cuenta el señor "Esta semana anduvimos mejor. Fuimos al cine, a la salida fuimos a tomar algo, charlamos sobre la película". Entonces la señora comenta: "¡Para lo que va a durar! Porque en realidad todavía no hemos tocado fondo. Estamos en la superficie de las cosas. Esto no va a durar". Seguimos la sesión y al rato la señora acota: "Tengo que reconocer que sí, que esta semana estuvimos mejor. El está menos agresivo, más compañero". Y él le responde: "¡Para lo que me sirvió...! Igual después te peleaste por una estupidez". Entonces, yo empecé a enojarme internamente porque cuando el señor reconocía estar mejor, la señora lo contradecía y descalificaba esa mejoría. Y luego pasaba lo mismo si era la señora la que hablaba de mejoría. Yo me sentía enojado, pero los terapeutas tenemos que entender por qué nos enojamos. Y así, mientras los dejaba que siguieran discutiendo, pensaba "¿Qué me enoja? Me enoja el doble mensaje: estamos bien, pero no estamos bien". Desde allí les dije: "Tengo una curiosidad. Ustedes me cuentan cómo pasaron la semana y es como si me dijeran: estamos mejor, así que quédense con nosotros, pero todavía no estamos bien, así que no nos abandone. Siga con nosotros porque es útil, pero no se vaya porque todavía lo necesitamos. Es como si ustedes con esto me estuvieran reteniendo". La señora me miró algo sorprendida y me preguntó: "¿Y por qué lo queremos retener?". "No sé", dije yo, "pero es el juego que hacen ustedes dos, sin importar quién diga que están mejor o quién diga que están peor, ya que basta con que uno diga una cosa para que el otro diga lo contrario. Así me envían dos mensajes: "Estamos bien pero no nos deje, no mejoramos pero no se desanime". Los dos me preguntaron "¿Y por qué

hacemos eso?" "No sé, les dije, pero con este juego me retienen con ustedes, y me pregunto: ¿si yo no estuviera en esta silla quién estaría?" La señora dijo inmediatamente: "Nuestros hijos". A esto me refiero cuando hablo del juego que hace la pareja como pareja. Este enfoque no lo veo mucho en los relatos que hacen algunos terapeutas en las supervisiones, porque el modelo individual está muy metido en la cabeza de los terapeutas.

Vertex: ¿Por qué?

M. M.: Hay varios motivos. Uno, vivimos en la cultura de la culpa, como solía decir Carlos Menegazzo. Si algo anda mal alguien tiene la culpa. Resulta difícil pensar que lo que anda mal es el modo como nos relacionamos, el modo como actuamos y no la culpa de alguien, lo cual no quiere decir que no haya responsabilidades diferentes. No me gusta que los pacientes se declaren culpables de nada. Porque la culpa apela al perdón. Si yo digo que tengo la culpa de algo, o me castigás o me perdonás, pero no hay otra salida. La responsabilidad invita al cambio. Si soy responsable de algo, soy responsable de cambiar esa conducta, si es nociva, agresiva o lo que fuera. La culpa hace referencia a lo que ya hice, la responsabilidad me compromete con lo que voy a hacer. Siempre me gusta más hablar de responsabilidad y no de culpa. Pero creo que vivimos en una cultura de la culpa en el sentido de que alguien siempre tiene la culpa de lo que pasa.

Vertex: Y eso apunta al modelo individual... Hay que encontrar al culpable.

M. M.: De alguna manera hace algo de eso. Además porque yo creo que los relatos están puestos siempre al servicio de una finalidad, lo que Watzlawickz llamaba "la pragmática de la comunicación humana". Los relatos de nuestros consultantes no son simples relatos. Si yo te digo que está lloviendo, quiero decir: "Llevá paraguas". No estoy haciendo una simple observación meteorológica. Entonces pienso que cuando alguien me cuenta algo, me lo cuenta para hacerme pensar algo. Me lo cuenta de alguna manera para llevarme a pensar algo. Y en ese relato aparece el juego víctima- victimario con la consecuente culpa

Vertex: Sin darse cuenta...

M. M.: Sí, creo que todos armamos los relatos así. ¿Cómo quiero que vos me veas? Entonces voy a armar

mi relato del modo que me parece que va a hacer que vos me veas como yo quiero ser visto.

Vertex: Sin darte cuenta de eso...

M. M.: Sí, sin darme cuenta. Me gusta que digas sin darme cuenta y no hables de inconsciente, porque corresponde a otro modelo. Cada modelo, cada teoría tiene su propio vocabulario y hay que evitar traslaciones irrespetuosas. Los relatos de los pacientes buscan un aliado en nosotros. Y me parece que los terapeutas de menor experiencia pueden caer fácilmente en esa trampa. En la trampa de ser aliados de sus pacientes.

Vertex: En lugar de eso, ¿cómo se deberían posicionar?

M. M.: Teniendo en cuenta que lo que el paciente me está haciendo sentir a mí es lo que siente él y no se anima a expresar. En el ejemplo clínico anterior, pensar: "Yo voy a tenerle rabia o enojo al marido, porque la señora quiere alguien que sea cómplice de ella, aliado de ella en esa lucha que tiene con el esposo". El terapeuta debe tener en cuenta que este relato no es lo que está sucediendo en realidad. Este relato es lo que esta señora o señor creen que es lo que pasa y quieren que yo piense. Eso te abre a un nuevo campo enorme, porque yo podría empezar a pensar "¿Y porque quiere hacerme pensar esto? ¿Por qué necesita un aliado? ¿Qué aliado perdió en su vida que viene a buscarlo en un terapeuta? ¿A quién busca de aliado en la vida?" Y lo mismo con el relato del señor. Se abre así un campo de intervenciones que va más allá de nivel del problema que lleva a la consulta. Tratando de ser más claro: yo creo que la pareja, la familia, el paciente, vienen con una historia oficial, como decía Loketek. Si uno entra en esa historia oficial va a llegar al mismo resultado que el paciente. En el caso de las parejas esto se ve clarísimo. Porque como ahí hay muy pocas interacciones, es decir somos tres, es muy claro esto de que si uno toma el relato de los pacientes como verdad, lo único que queda es darle la razón a uno o al otro. Y esto es lo que hacen entre ellos: cada uno de ellos piensa que tiene la razón.

Vertex: Entonces, el terapeuta sistémico no toma el relato como verdades sino como...

M. M.: ...sino como lecturas de la situación que hace cada uno. Por supuesto que para cada uno, su versión

es la verdadera y cuando escucha la versión del otro, lo suele tratar de mentiroso. Lo más difícil en la terapia de pareja es salirse de la historia oficial. Por eso todos los recursos que un terapeuta de pareja emplea, o por lo menos, los que yo empleaba, tenían como finalidad evitar ese problema. Cuando uno se queda preso de la historia oficial, llega a la misma conclusión que los pacientes. No somos más inteligentes que nuestros pacientes, no sabemos más que ellos. Sólo estamos en una posición distinta que nos permite pensar: “¿Por qué me necesita de aliado, qué aliado perdió en la familia...?” Pensar así saca momentáneamente del cuadro al cónyuge, y tiene que ver con su relación con otros vínculos, con quienes fueron y ya no son los aliados de cada uno. Después voy a pensar: “Si esta señora me necesita a mí como aliado, ¿por qué y cuándo dejó de ser ella aliada de su marido?” Esto me abre un campo de posibilidades de salir de la historia oficial, que, como te dije, es uno de los escollos importantes de la terapia de pareja... Y el otro escollo de la terapia de pareja, por el que la he visto fracasar muchas veces, y otras tantas yo mismo he fracasado, se debe a una mala indicación de la terapia de pareja.

Vertex: ¿Cómo saber si la indicación es buena o mala?

M. M.: Te estoy adelantando muchas de las cosas que pienso escribir en mi libro, pero es bueno porque esta entrevista ya está sucediendo y el libro es solamente un proyecto. A lo que me refiero, para decirlo muy sucintamente, es que en la terapia de pareja, y en la de familia también, la indicación es una cosa que surge en el curso de las primeras entrevistas. No es como el modelo médico en el que alguien viene con una serie de síntomas, yo pido los análisis complementarios y arribo a un diagnóstico. En la terapia de pareja y de familia, es en la interacción en la sesión, en el discurso que se va desarrollando, en el vínculo que se va forjando entre terapeuta y pacientes, donde va surgiendo o no la necesidad de terapia conjunta.

Vertex: Usted habló del fracaso, dijo “Yo he fracasado”. ¿Un buen terapeuta es uno que fracasa poco? ¿El fracaso sirve como parámetro para medir si un terapeuta es bueno o malo?

M. M.: No. Yo creo que lo que lo hace bueno o malo son las reflexiones sobre sus fracasos. Frente al fracaso hay varias posibilidades. Una es echarle la culpa al otro: son malos pacientes; otra es echarse la culpa a sí mismo: soy mal terapeuta. Y la tercera es preguntarse con curiosidad entusiasta: “¿Qué pasó? ¿Por qué si los tres teníamos ganas de que esto anduviera bien, no resultó

positivo?” Porque yo creo que, el principal aliado que los terapeutas tenemos en nuestro trabajo, es la tendencia a la salud que tienen nuestros pacientes, su deseo de sentirse bien. Que a veces confunden con su necesidad de tener razón. Nosotros tenemos unos aliados que son nuestros maestros, nuestros libros, etc. Pero nuestro principal aliado es la predisposición a la salud, a la armonía, al bienestar que tienen los pacientes. Son personas que sufren y quieren salir de ese sufrimiento. Y uno se pregunta, entonces: “¿Por qué si ellos quieren salir de ese problema y yo me he capacitado para ayudarlos, no lo pudimos lograr? ¿Qué fue lo que no hicimos bien, ellos y yo?” Pero no con la intención de echar la culpa, sino de aprender. Cuando a Edison, el inventor de la lamparita incandescente, le preguntaron cuántas veces había fracasado en su intento de fabricarla, dijo: “Nunca fracasé. Fueron todos pasos necesarios”. Respondiendo a tu pregunta, un buen terapeuta es aquel que aprende, que reflexiona sobre sus casos exitosos o no. Y más los no exitosos porque los exitosos nos hacen creer que ya tenemos “experiencia”, que ya “sabemos”.

Vertex: ¿La tarea de trabajar con seres humanos que sufren o que tienen patologías graves es una tarea tóxica para el profesional? ¿Se corre algún riesgo emocional siendo terapeuta y sobre todo en casos graves?

M. M.: Sí, creo que sí. En el trato con pacientes me han sucedido cosas... Algunas me han impotentizado. Por ejemplo, tenía una familia que venía porque uno de los hijos se había recibido y se había ido a Europa con unos compañeros y allá se mató en un accidente de auto. Entonces venían para elaborar ese duelo. Yo soy padre, soy abuelo. Me acuerdo que le pedí supervisión a María Rosa Glasserman. Cuando le dije a María Rosa que necesitaba supervisión, ella me preguntó: “¿Cuál es tu dificultad?”. “Tengo miedo de quererlos mucho”, le respondí. “Creo que los quiero y ellos no vienen acá para que yo los quiera. Vienen acá para que yo los ayude. Necesito que vos me ayudes a mí.” En lo personal te diría que de mi relación con tantas parejas, ¡aprendí tanto sobre la mía!...(risas). Y yo tengo una pareja, me refiero a mi mujer y yo, que tiene más de cincuenta años de permanencia. Siempre digo que tenemos cincuenta y dos años de casados, yo con las diferentes mujeres que fue siendo mi mujer en estos 50 años y ella con los diferentes Migueles que fui yo en este medio siglo. Porque hoy no somos los mismos, ni son los mismos los motivos que nos tienen juntos. ¡Aprendí tanto tratando parejas! Vi tantas veces mis propios errores reflejados allí, en la tarea clínica... Vi tantas veces las consecuencias de esos errores en el otro, que creo que uno crece haciendo terapia. Pero es cierto que si uno ve muchos casos graves, ahí puede ser tóxico.

Vertex: ¿Qué recursos existen para disminuir ese riesgo, esa toxicidad? ¿Qué puede hacer un terapeuta, además de la supervisión que mencionaba, por supuesto, para llegar sano a los 81 años, sano como terapeuta?

M. M.: Yo no sé si llegué sano o si tu afecto te hace juzgarme sano. Pero siempre hablé de lo que me pasaba, y cuando lo necesité, busqué ayuda. Y como supongo que todo lo que sucede en la sesión terapéutica es de la sesión terapéutica, cuando afloran mis problemas, me pregunto “¿Y por qué salen cosas mías con esta pareja o con esta familia y en este momento?”. Esto me llevaba a preservarme, con esa reflexión uno también se preservaba. Además, siguiendo las ideas de Adolfo y María Rosa, pienso que la terapia tiene dos momentos: un momento terapéutico donde el terapeuta está con la familia o con la pareja y hace lo que puede, y otro que es el momento de la reflexión, momento en el cual uno toma distancia y se ve a sí mismo y piensa. Muchas veces el terapeuta tiene que hacer su propia terapia. Si no, basta con hablar con un colega privilegiado.

Vertex: No siempre una supervisión; a veces una charla con un colega, hablar entre pares.

M. M.: O alguien a quien vos respetes, por mayor formación o por lo que fuere.

Vertex: Es decir que cuando un terapeuta ubica que hay una dificultad emocional en sí mismo, hace bien hablar. Esto quiere decir que para ser terapeuta, independientemente de la corriente teórica que uno elija, es muy importante estar atento a uno mismo.

M. M.: Seguro. Pero fuera de la sesión terapéutica. En la sesión terapéutica yo estoy con la familia o con la pareja... En Cefyp muchas veces se trabajaba en dupla, es decir con otro terapeuta de igual formación detrás del espejo unidireccional. La misión de este segundo terapeuta no era observar a la familia sino al terapeuta trabajando con la familia o pareja. En una oportunidad en que yo trabajaba de esta manera, salí a hablar con mi colega y le dije “Estoy pensando qué diría Palazzoli en un caso como este”. Y el colega me respondió “¿Y qué dice Miguel Mihanovich?” Tenía razón y al retornar a la sesión me dediqué a pesquisar en qué momento dejé a la pareja y me fui con Palazzoli. Creo que esa manera de pensar abre a conocimientos nuevos sobre uno mis-

mo. ¿En qué momento de la sesión, en qué momento del discurso, en qué momento de la expresión de cuáles emociones, yo me fui de la pareja y me junté con la teoría? ¿Qué me está pasando? Una respuesta posible sería: “Si yo no tolero la emoción, ¿quién más no la tolera?” Eso en la sesión. Fuera de la sesión voy a pensar qué me pasa a mí.

Vertex: En el campo psi en general muchos colegas nuestros viven en un estado de beligerancia. Descalificando, chocando con las otras tendencias. Diciendo “Si no sos como yo, no te creo nada”, pero en usted lo que se ve es respeto por los otros discursos...

M. M.: Porque soy consciente de mis limitaciones. Yo no creo tener la última palabra. Además, más allá de la teoría que un terapeuta diga sostener, cuando la utiliza bien, tiene éxito. Cuando los terapeutas tienen bien incorporada una teoría y la saben manejar, cuando tienen los conceptos claros y saben lo que hacen, van a tener éxito más allá de la teoría que sostengan. Y en ese momento incluso, no tendrán dificultad en incorporar elementos de otras teorías, porque tienen sus propias conceptualizaciones claras. Además trabajan más allá de su teoría, porque trabajan desde su persona.

Vertex: ¿Se puede decir que existe una vocación psicoterapéutica? ¿Hay algo que distingue a un psicoterapeuta? ¿Los psicoterapeutas nos parecemos en algo todos?

M. M.: Una vez me contó Evelina Costa, una integrante y luego Directora del CEAM, que el hijo chiquito le dijo: “Mamá, yo voy a ser terapeuta como vos porque me gusta andar chusmeando...” (risas) Nos reímos pero al nene, como a los terapeutas, le interesaban las personas. Sí, creo que hay una vocación de esto. Creo que los terapeutas tenemos una curiosidad por lo humano, más allá de la teoría que podamos utilizar. Los problemas del hombre se nos presentan como un interrogante atrayente. Sí, creo que hay una vocación psicoterapéutica. Por eso hay personas que de repente tienen intervenciones que producen cambios, como decía Watzlawick, fuera de la psicoterapia, como por ejemplo un amigo que dice algo que acierta en algún punto y te hace pensar. Y no faltan los pacientes que llegan y te dicen: “El otro día un amigo mío me dijo algo que me dejó pensando”. Y uno se pone celoso de la habilidad del amigo. En mi hoy lejana adolescencia tuve, como todo adolescente, un necesario enfrentamiento con mis padres. Les contaba un día esto a Aldo Neri y a Lucio Reca, y les dije con mi joven soberbia: “Lo que pasa es que la opinión de los demás no me importa, no pesa”. Y

Lucio me dijo: "Y sin embargo pesa, Miguel...". Fue como un choque, como si fuera un nuevo punto de vista. Mirá que pasaron años y todavía me acuerdo. Sucede que había un vínculo muy especial entre nosotros tres, y esa palabra de un par mío, alguien que debiera pensar como yo, que el entorno no nos importaba, pero que cuestionaba esa convicción, ponía la pica en Flandes. Y me quedó en la memoria. ¿Qué más de la vocación de terapeuta? Un tema sobre el que siempre puse atención: si un terapeuta no se preocupa por hablar bien, por hablar claro, por hablar con precisión no le será fácil ser terapeuta. Se ha discutido mucho si hay buenas y malas palabras y yo creo que sí hay malas palabras, aunque no las que hacen referencia a la escatología. Malas palabras son las palabras que dicen muchas cosas sin decir ninguna.

Vertex: ¿Por ejemplo?

M. M.: Por ejemplo expresiones como: "Me fui de joda", "Estoy jodido". "Estoy con mala onda" ¿Qué quieren decir? Muchas veces al preguntarle a un paciente cómo estaba me contestó: "Mal". "Mal" no quiere decir nada. ¿No come, no duerme, está triste, está furioso? Son malas palabras aquellas que dan por supuesto un solo significado. Que nos hacen suponer que vos y yo pensamos lo mismo cuando usamos la misma palabra, porque no usamos precisiones en cuanto a lo que queremos decir. Por ejemplo a mis pacientes les solía decir: "Cada vez que usted empiece una frase con la palabra "todo", "nada", "siempre" o "nunca" lo que sigue es mentira" (risas).

Vertex: Usted dice que es importante saber que uno no sirve para todo, quiere decir que un buen terapeuta también es una persona que conoce sus limitaciones, que en todo caso puede derivar, decirle al paciente: usted puede andar mejor con fulano o fulana.

M. M.: Una vez vino una joven de 18 o 19 años, derivada por un paciente, y yo le dije: "Mirá, vos tenés 19 años, yo tengo mucho más que eso. Vamos a hacer terapia hasta donde vos y yo nos sintamos cómodos. En algún momento vos podés pensar que este señor ya no te entiende, y yo puedo pensar que los problemas de los 19 años ya no me interesan. En ese momento suspendemos la terapia". Hicimos así, hicimos terapia durante un tiempo y luego la derivé a un colega.

Vertex: ¿Qué hay del tema de lo efímero en la pareja de hoy día? ¿Qué puede decir un terapeuta de pareja con décadas de experiencia?

M. M.: Es una buena pregunta: qué pasa con los vínculos hoy, cómo se desarman tan rápido... Pasan muchas cosas. Una de las cosas que pasan es que antiguamente los casamientos estaban digitados por los padres. Los padres tenían un criterio mucho más claro de cuáles eran los beneficios de esa sociedad. Y los casamientos duraban: "Vos tenés vacas, yo tengo un campo, tu hijo se casa con mi hija y tenemos mis vacas en tu campo". Era muy claro. Eso ya pasó. Durante mucho tiempo, y por suerte, la elección quedó en manos de las personas. Pero también durante mucho tiempo, la separación no. La separación estaba sancionada por la sociedad. Por lo tanto las parejas tenían, de alguna manera, una limitación externa. No estoy diciendo ni por asomo que esto fuera bueno, pero cuando había problemas, la pareja los aguantaba o los resolvía, pero la separación no era opción. Eso también pasó. Hoy nadie se hace problema si una pareja se separa. Y así la pareja queda librada a sus propios recursos, a sus propias fuerzas. No tiene un apoyo afuera. Quedaban los hijos pero hasta los mismos terapeutas decimos que es mejor para los hijos una pareja bien separada que una pareja que pelea. Hasta esa excusa les hemos sacado.

Vertex: Y esto ¿es bueno o es malo? ¿Esto es una ventaja o una desventaja?

M. M.: Ni lo uno ni lo otro si lo decimos como un universal. Los hechos en sí no son ni buenos ni malos. La forma de hacer las cosas puede ser satisfactoria o nociva. Si se discute para crecer es bueno, si se discute para herir al otro es malo. Si los cónyuges se separan con un mínimo de rencor que el tiempo hace disminuir, y convencidos de que la separación era inevitable, es bueno. Si el odio entre ellos queda coagulado y se eterniza, la separación es mala y los hijos suelen pagar las consecuencias. Además, sucede que cuando se habla de familia o cuando se habla de pareja, en realidad se usan esos términos como una manera económica de referirse a qué cosas hacen los seres humanos. Los seres humanos deciden definirse como pareja y salen al mundo como pareja, homosexual, bisexual, cohabitantes, no cohabitantes, con hijo, sin hijos y todas las formas que vemos hoy. Ahora, como los seres humanos cambian a medida que pasa el tiempo, tanto el tiempo personal como el tiempo histórico, sus relaciones vinculares también cambian. Sería absurdo pensar que las relaciones vinculares van a quedar igual cuando las personas somos diferentes. No es que la familia evoluciona, evolucionan los modos de definirnos frente al otro, de relacionarnos entre nosotros.

Como cierre de esta entrevista, ofrecemos al lector un poema de Miguel Mihanovich, para no dejar afuera de

este breve recorrido una de las dimensiones más amadas de su vida. Desde ya, es el propio Mihanovich quien nos acerca el poema y nos autoriza a reproducirlo aquí.

En el septuagésimo cuarto Aniversario de mi nacimiento

Se me fue muriendo el cuerpo,
se me fue quedando el alma.
Se me quebraron los vuelos,
y me nacieron más alas.
Me fueron poblando versos
y me navegan palabras
que la memoria me exhuma
de bibliotecas extrañas.
Me recorrieron el cuerpo
algunas dolencias vagas,
y se me abrieron senderos
de preguntas impensadas.

Descabalgué de certezas
que me aherrojaban el alma
y gocé de otros paisajes
que mis urgencias vedaban.
Por ser, tal vez, más menguado,
el futuro no me espanta,
ni me enajenan promesas
pues las sé deidades falsas.
Por momentos me divierte
mucho que ayer me enojaba,
y si me quema la sangre
la injusticia descarada,
mucho más me escuece el pecho
cuando un mediocre se ensalza.
¿Si soy feliz? No lo sé,
pero hoy, que el libro se acaba,
aspiro a hacer que la paz
se me agigante en el alma.
Y me solazo en recuerdos
que no empaña la nostalgia,
ya que llorar lo perdido
es no saber dar las gracias.
¡Cuando estoy anocheciendo
presiento la luz del alba!

La asociación civil sin fines de lucro **Proyecto Suma** presenta:

SUMARTE 2012

MARTES 23 DE OCTUBRE A LAS 19 HS
MALBA - AV. PRES. FIGUEROA ALCORTA 3415

SUMARTE es una muestra colectiva que reúne obras de artistas amigos y artistas surgidos del taller de artes visuales de **Proyecto Suma** con el objetivo de consolidar al arte como un vehículo para la integración y la reinserción social.

SUMARTE crea y fomenta un espacio de igualdad donde todos los artistas puedan exponer sus obras lejos del estigma y el prejuicio social.

Lo recaudado durante el evento será destinado a apoyar los programas de reinserción social y laboral de personas con sufrimiento mental que desarrolla **Proyecto Suma**.



Algo más que arte



el rescate y la memoria

Entre la Epidemiología Psiquiátrica y la Antropología Cultural: Fernando Pagés Larraya, un pensamiento singular

Norberto Aldo Conti

Biografía

Fernando Pagés Larraya nació en Mendoza el 20 de febrero de 1923, realizó estudios secundarios en el Colegio Nacional "Agustín Álvarez" de esa ciudad y luego la carrera de Medicina en la Universidad de Buenos Aires en donde se graduó en 1950 siendo el mejor promedio de su promoción.

En 1954 obtuvo el título de Médico Psiquiatra y en 1957 el de Doctor en Medicina con una tesis titulada "*Sociedades experimentales de animales*", calificada como sobresaliente, que fue dirigida por el Dr. Luis Esteves Balado, Académico en Medicina. La misma fue publicada como libro con el título *Estudio de la simpatía a través de animales en sociedades experimentales* (1957).

Luego continuó su formación en el exterior realizando estudios de postgrado en Inglaterra, Francia, Alemania, Italia y Estados Unidos.

A su regreso al país se desempeña como profesor de Psicología Comparada y de Psiquiatría Sanitaria en la Universidad de Buenos Aires hasta 1966.

Abandona la actividad universitaria para iniciar uno de sus más importantes trabajos en Antropología Psiquiátrica: la investigación de Psiquiatría Transcultural en el Gran Chaco Gualamba de la República Argentina, tarea que le ocupó diez años de su vida entre 1966 y 1976.

En 1973, ya como investigador del CONICET, crea el *Programa de Estudios sobre Epidemiología Psiquiátrica* y extiende los relevamientos sobre las patologías mentales

más allá de las fronteras del Gran Chaco pero siempre en la República Argentina. Este monumental trabajo antropológico le permitirá establecer un mapa epidemiológico de la patología mental en todo el país, al que divide en veinticinco isoidias culturales, reconociendo tanto el padecimiento mental subjetivo como las actitudes de la comunidad a las cuales este pertenece. Los resultados de este gran programa de investigación transcultural dieron origen a una de sus obras más vastas y profundas: *Lo irracional en la cultura* (1982), a la cual nos referiremos más adelante.

A partir de la década de 1980 Pagés Larraya vuelca también sus descubrimientos en una serie de ochenta trabajos titulados *Documenta Laboris* en los cuales desarrolla su teoría de las áreas folk culturales argentinas siguiendo un criterio geográfico e histórico cultural; el último de estos trabajos titulado, *Teoría de la locura de las masas*, se publicó en 1987 y marcó el final de su *Programa de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica*.

En la década de 1990 comenzó un recorrido por poblaciones negras tradicionales de Latinoamérica durante el cual recogió discursos psicóticos de inmigrantes africanos de primera y segunda generación en hospicios de Haití, sur de Estados Unidos, Brasil y Uruguay el resultado de estas investigaciones está publicado en *Investigaciones de Psiquiatría Transcultural en poblaciones negras. Barroco africano* (1995).

En los últimos años trabajó sobre epidemiología de las demencias de tipo Alzheimer y sobre fenómenos mutagenéticos. Toda su producción intelectual estuvo atravesada por una profunda preocupación por la singularidad de la existencia humana gestada tempranamente a través del conocimiento de la filosofía centroeuropea en particular la Fenomenología de Husserl y el Existencialismo de Heidegger tamizado por la particular mirada de Binswanger quien fuera su maestro de juventud.

Durante su larga vida intelectual recibió numerosos reconocimientos como: el *Premio Nacional a la producción científica* (1965-1966) de la Secretaría de Cultura de la Nación, el *Premio Lucio V. López* de la Academia Nacional de Medicina al mejor trabajo sobre Psiquiatría (1966-1967), fue elegido entre los 26 psiquiatras contemporáneos más representativos por la Universidad de Alabama en Birmingham, Escuela de Medicina, Departamento de Psiquiatría (1985) y fue designado Miembro de Honor de la Asociación Médica Argentina.

Fernando Pagés Larraya falleció en Buenos Aires el 13 de noviembre de 2007.

Bibliografía

El presente listado, que no pretende ser exhaustivo, es una muestra de la variedad y cantidad de temas abordados por el autor en sus investigaciones:

Libros

- Lo Irracional en la Cultura (4 vol.), FECYC, Bs. As., 1982.
- Estudios de Epidemiología Psiquiátrica (2 vol.), Drusa, Bs. As., 1976.
- Introducción a la Epidemiología Psiquiátrica, Ensayo, Bs. As., 1975.
- El juego de los animales, Drusa, Bs. As., 1969.
- La esquizofrenia en tierras de Aymaras y Quechuas, Drusa, Bs. As., 1967.
- La Catatonía como fenómeno de comportamiento, Eudeba, Bs. As., 1964.
- Estudio de la simpatía a través de animales en sociedades experimentales, Hachette, Bs. As., 1957.

Artículos

- Pagés Larraya, F. Y Barrera Oro, Adriana Ester. La Mujer Barbuda de El Galpón. Investigaciones de Epidemiología Neuropsiquiátrica en Aislados Poblacionales Endogámicos. Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. PEPSI-CONICET, 53, XVII, 2006.
- Pagés Larraya, F. Y Barrera Oro, Adriana Ester. La gens de Tapalqué. Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. PEPSI-CONICET, 52, XVI, 2005.
- Pagés Larraya, F., Alta Puna Argentina. Investigaciones de Epidemiología Neuropsiquiátrica en Aislados Poblacionales Endogámicos. Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. PEPSI-CONICET, 48, XV, 2004.
- Pagés Larraya, F., y Terrones, L.E., El Libro de las Criaturas. Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. PEPSI-CONICET, 47, XV, 2004.
- Pagés Larraya, F., Place, C., EL Bestiario de Paul-Ferdinand Gachet. Con la edición de su Tesis de Montpellier "Étude sur la Mélancolie" 1858. Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. PEPSI-CONICET, 46, XV, 2004.

- Pagés Larraya, F., "El camino del Chamico. Arqueología del Espíritu. [Segunda Parte]". Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. PEPSI-CONICET, 45, XIV, 2003.
- Pagés Larraya, F., "La Gruta de los Espíritus. Antropología de Eduardo Ladislao Holmberg: La Bolsa de Huesos. Arqueología del Espíritu [Primera parte]", Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. PEPSI-CONICET, 44, XIV, 2003.
- Pagés Larraya, F., - El libro del desconsuelo. El Alucinógeno Precolombino de la Cultura de la Candelaria. Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. PEPSI-CONICET, 41, XIV, 2003.
- Pagés Larraya, Fernando, "Liturgia Kallawayá". Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. PEPSI-CONICET, 39, XI, 2000.
- Pagés Larraya, Fernando; Cejas, Octavio y Garay, Luis G., "Bosques que agonizan. Investigaciones colectivas en hacheros tradicionales del noroeste y Lagunas de Guanacache en la Argentina". Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. PEPSI-CONICET, 38, XI, 2000.
- Pagés Larraya, Fernando y Alonso, Leonor, "El coro de Pedro Chamijo". Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. PEPSI-CONICET, 37, XI, 2000.
- Pagés Larraya, Fernando, "Epigrafiás del Manicomio". Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. PEPSI-CONICET, 36, XI, 2000.
- Pagés Larraya, Fernando, Alzheimer II. Hermenéutica del Mal de Alzheimer. Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, PEPSI-CONICET, Serie Alzheimer. Buenos Aires, 1999.
- Pagés Larraya, Fernando, "Las Lloronas. EL libro psicótico en la hermenéutica de la cultura". Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. PEPSI-CONICET, 35, X, 1999.
- Pagés Larraya, Fernando, "El viento Zonda. Epidemiología Psiquiátrica del Efecto Föhn. Factores Ecológicos del Comportamiento". Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. PEPSI-CONICET, 34, X, 1999.
- Pagés Larraya, Fernando y Pasteknik, Elsa, "Pora en la Paraguaría. Una investigación de Psiquiatría transcultural acerca de alucinaciones colectivas de tipo tradicional". Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. PEPSI-CONICET, 33, X, 1999.
- Pagés Larraya, F.; Pagés, G. y Place, C., "Avicena De Morbis Mentis. Introducción: los ángeles de Avicena, con la edición facsimilar y traducción castellana ad litteram (...)". Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica, 32, IX, 1998.
- Pagés Larraya, F., et alii, "Homo Statura Humili. Antropología Psiquiátrica de la Marginalidad Corporal". Seminario de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica. 30, IX, 1998.
- Pagés Larraya, F., "El libro del Caos. Con la Edición Facsimilar del Tratado y Resumen del Caos Lvliliano compuesto por el M.R.P. Lvis de Flandes, Seminario de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica. 29, VIII, 1997.
- Pagés Larraya, F. y Barrial Delmonte, E., "Síndrome de Aculturación islámica en Buenos Aires. Los hombres que olvidaron el Desierto." Seminario de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica. 27, VIII, 1997.
- Pagés Larraya, F.; "MARSILII FICINI FLORENTINI SYMBO-LA PITHAGORICA PHYLOSOPHI. Un experimento ex post facto acerca del Tópico de la Salud Mental" Seminario de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica. 26-VIII, 1997.
- Pagés Larraya, F.; "La Agonía del Deseo. Antropología del Lupanar". Seminario de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica. 25-VII, 1996.
- Pagés Larraya, F.; Place, C., "El Nuevo Mundo en el Santo Delirio de Guillaume de Postel (Luxata mente) Apóstol de la Condordia". Seminario de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica. 24-VI, 1996.

- logía Psiquiátrica. 22-VII, 1996.
- Pagés Larraya, F.; Romero, C.; "Elegy... Las Gestalten de la Melancolía de Hubertus Tellenbach. Epidemiología Psiquiátrica del Suicidio". Seminario de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica. 23-VII, 1996
 - Pagés Larraya, F., "El Chamán de la Cultura Jama-Coaque. Viaje almundus imaginalis." Separata: Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Marzo de 1996- Volumen 46 N°1 Págs. 20-33
 - Pagés Larraya, F. ; Romero, C. "El Escultor de Centauros. Epidemiología Psiquiátrica del síndrome de Zutt-Menninger-Lerchental. Estudio sobre fantasmas del propio cuerpo". Seminario de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica. 21-7, 1996.
 - Pagés Larraya, F. (Compilador);Bravo,D.; Cejas,O.; Córdoba, M; Alonso, L; Luppi, L.; et al. "Lo extraño en la cultura. La Salamanca del Noroeste Argentino. Epidemiología Psiquiátrica de las alucinaciones colectivas de tipo tradicional". Seminario de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica. 20-6, 1995.
 - Pagés Larraya, F., (Compilador); Barrial Delmonte E., Canay, R., Friedrich, C., Pagés Franco, B., "Spiritus Mercurialis. El "loco lindo" en la Antropología Urbana". Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica" 18-6,1995
 - Pagés Larraya, F.; Alvarez, J.; Luppi, L.; Romero, C.; Friedrich, C. y Canay, R., "El discurso de Sergei Korsakoff. Estudio sobre Epidemiología Psiquiátrica del Alcoholismo". Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. 17, V, 1994.
 - Pagés Larraya, F., "El Misticismo Político". Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. 16, V, 1994.
 - Pagés Larraya, F.; Romero, C. y Pagés, G., "Epidemiología de las danzas del milenio". Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. 13,V, 1994.
 - Pagés Larraya, F. y Pagés, G., "Epidemiología Psiquiátrica de las Sectas. El Misterium Magnum de Teofrasto Paracelso". Tomos I y II. Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. 12, V, 1993.
 - Pagés Larraya,F., et al., "El duende en la Puna. Epidemiología de las alucinaciones colectivas". Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. 1992, nro.10, Año 3.
 - Pagés Larraya, F., et col., "Delirium. Documentos para la etnohistoria de crímenes y tormentos de naturales en el Tucumán Colonial". Publicaciones del Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. PEPSI, CONICET, 1992, nro.7, Año 3.
 - Pagés Larraya,F., "Síndrome de acculturation Oriental en Buenos Aires". Publicaciones del Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. PEPSI, CONICET, 1991. Nro. 5, Año2.
 - Pagés Larraya,F., "Le Pendu: psiquiatría y hermenéutica". *Quirón*. Vol.22, nro.3, 1991.
 - Pagés Larraya,F.; Lupi, L. y López,M.C., "Antropología Urbana: los atorrantes de las calles de Buenos Aires". Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. PEPSI. CONICET. nro.3, Año 1.
 - Pagés Larraya,F., "La Locura Tradicional del Río de La Plata". Publicaciones del Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. PEPSI. CONICET, 1990, nro.1,Año 1.
 - Pagés Larraya,F y Kerz,E., "Sobre la Yuxtaposición en el castellano de un relato Aché-Guayaki". *Suplemento Antropológico*. Asunción, 1988.
 - Pagés Larraya, F. y Rebok, G., "Los Angeles y la Melancolía en Enrique de Gantes". En Misticismo y Realidad. Estudios sobre la Enfermedad Humana. Coordinador Agustín Albaracín, Centro de Estudios Históricos. Consejo Superior de Investigaciones Científicas y Técnicas, Madrid, 1988.
 - Pagés Larraya,Fy Tomasini,A., "El concepto del Vatluxkej entre los indígenas Nivaklé del Chaco Boreal". *Suplemento Antropológico*. Vol.XXII, Nro.2, Asunción, diciembre 1988.
 - Pagés Larraya,F., "Locura y hechicería en la Inquisición del Río de La Plata". *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 1988. XXXIV,3.
 - Pagés Larraya,F., "Semiótica del vestir. La locura del Alférez Pedro de Torres". *América*. Santa Fe, 1987, 53-71.
 - Pagés Larraya,F., "Teoría de la locura de las Masas. Epílogo del Programa de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas". *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 1987, 33, 187-208.
 - Pagés Larraya,Fy Rebok, G., "Los Angeles y la Melancolía en Enrique de Gantes". *Asclepios*. Madrid, 1986, XXXVIII, 105-116.
 - Pagés Larraya,Fy Kerz, E., "Análisis semiótico del mito antropológico alacalufe". Suplemento Antropológico de la *Revista de la Universidad Católica de Asunción*. Asunción, 1986.
 - Pagés Larraya, F. y Sturzenegger, O., "La Locura en el Gaucho". *Documenta Laboris*. Programa de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica. CONICET. 1986, 69.
 - Pagés Larraya,F., "Walter Otto y la locura de los dioses". *Quirón*, 1985, 16, Nros. 2/6.
 - Pagés Larraya,F., "Textos de la tradición oral alacalufe". *Mitológicas*. 1985, 1.
 - Pagés Larraya,F.; Philip, A y Kerz,E., "Pluralismo étnico, modernidad y retórica del discurso psicótico mapuche". *Documenta Laboris*. Programa de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica. CONICET. 1985, 75.
 - Pagés Larraya,F., "El 'Mararí de los antiguos Mojos". *América*. 1985, 3, 7-48.
 - Pagés Larraya,F., "El Kykeon de las Eleusinas". *Documenta Laboris*. Programa de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica, CONICET, 1884, 55.
 - Pagés Larraya,Fy Tomasini,A., "Los Llanos de La Rioja". *Documenta Laboris*. Programa de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica. CONICET. 1983, 50.
 - Pagés Larraya,F.; Casullo, M.M. y Paso Viola,F., "Prevalencia de la Patología Mental en la megalópolis de Buenos Aires". *Documenta Laboris*. Programa de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica. CONICET, 1982, 32.
 - Pagés Larraya,F., "Los Topoi de Buenos Aires: la fundamentación mitológica de sus costumbres". *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 1983, 29, 21-52.
 - Pagés Larraya, F., "Teoría de las Isoidias Culturales Argentinas". *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 1982, 28-31.
 - Pagés Larraya, F., "Investigaciones de psiquiatría transcultural entre los aborígenes Maskoy del Chaco Boreal". *Runa*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras. Instituto de Ciencias Antropológicas, XIII, parte 1 y 2, 1981, 209-269.
 - Pagés Larraya,F., "Psiquiatría Transcultural del Comportamiento Heva de los nativos de la Isla de Pascua". *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 1981, 27, 275-284.
 - Pagés Larraya,F., "Migración y Patología Mental en la Civilización de los Chiriguano". *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 1981,27,15-27.
 - Pagés Larraya,F y La Croce, E., "La melancolía en Aristóteles: Problema XXX, 1". *Psychologica*, 1979, 3.
 - Pagés Larraya,F., "Edmund Husserl y Lucien Lévy-Bruhl: la fenomenología de la intersubjetividad y los orígenes de un método radical para la investigación etnológica". *Sociológica Excripta*, nro. 2-3, 1979.
 - Pagés Larraya,F., "Los significados del uso de la ayahuasca entre los aborígenes chama (Eséejja) del Oriente de Bolivia: una investigación transcultural ". *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 1979, 25, 153.
 - Pagés Larraya, F., "El teatro maká del Gran Chaco Gualamba" *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 1978, 24, 171.
 - Pagés Larraya,F., "Modos culturales de beber en los aborígenes del Chaco". *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 1976, 22,1.

- Pagés Larraya, F., "Proceso de Lonco-Luan". Buenos Aires, Centro Argentino de Etnología Americana 1976-1978, (3 volúmenes).
- Pagés Larraya, F., "Reminiscencia y Quiliasmo en San Ignacio de Mojos". *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 1974, XX, 5, 351-366.
- Pagés Larraya, F., "El complejo cultural de la locura en los Moró Ayoreos". *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 1973, 19, 153.
- Pagés Larraya, F., "Los arquetipos culturales de la psicoterapia". *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 1967, 13.

Sobre Lo irracional en la cultura

Esta obra, de la cual hoy entregamos a nuestros lectores algunos fragmentos, fue publicada en 1982 pero corresponde a las conclusiones de un extenso trabajo de campo realizado por el autor en el Gran Chaco argentino entre 1966 y 1976. La extensión de la misma, 1613 páginas editadas en cuatro volúmenes, da una idea de la magnitud de la tarea emprendida. Pagés Larraya nos informa, ya sobre el final de este gran trabajo, que su interés por las culturas que aborda se originó a partir de un viaje realizado a los treinta años a la zona del Alto Paraguay donde tuvo la oportunidad de entrar en contacto con el fascinante entramado cultural de los aborígenes lugareños.

Fue entonces que, más de diez años después, decidió adentrarse en el conocimiento científico pero también humano, vivencial, de estas culturas utilizando un riguroso y erudito instrumental teórico fruto de sus años de formación en los campos de la psiquiatría, la epidemiología, la antropología, la lingüística y la filosofía. Y es desde esa perspectiva integrativa de las peculiaridades

de los diferentes grupos humanos que afirma que la epidemiología psiquiátrica "*es la parte de la psiquiatría que trata a la enfermedad mental como un objeto social.*"

La estructura general de la obra está organizada en un Prólogo y quince Capítulos, en ellos se desarrollan sucesivamente los siguientes temas: introducción a la Psiquiatría Transcultural, características demográficas y culturales de los aborígenes del Gran Chaco Gualamba argentino, diseño de la investigación epidemiológica psiquiátrica, personalidad de los aborígenes del Chaco, marcadores genéticos de la población estudiada, análisis idiográficos de los grupos de etnias, diferenciación por criterios lingüísticos, modos culturales de beber en los aborígenes y la presencia de lo irracional en la cultura.

En toda la obra Pagés Larraya hace gala de un profundo conocimiento de las investigaciones anteriores acerca de las culturas que interpela en donde sorprende la enorme cantidad de bibliografía consultada como así también la datación de la misma en muchos casos de los siglos XVIII y XIX.

Para que se pueda alcanzar una breve mirada de conjunto de esta propuesta etnopsiquiátrica tan vasta la selección que entregamos a continuación corresponde a fragmentos del prólogo y de los capítulos I y II en donde el autor explicita los alcances de la Psiquiatría Transcultural y las características generales de los pobladores del Gran Chaco Gualamba. Queda librado al interés personal de los lectores la posibilidad de adentrarse en un territorio cultural fascinante como es el que construye Pagés Larraya a través de descripciones, comparaciones y conclusiones acerca de lo sacro y cotidiano de estas comunidades que habitan ancestralmente en el territorio de nuestro país ■

Lo irracional en la cultura

Fernando Pagés Larraya

IV tomos. Fecic, Buenos Aires, 1982.
Selección de textos (Tomo I)

Prólogo

La ciencia que aquí tratamos es una ciencia de las respuestas del hombre acosado por interrogantes multivariados e imprevistos.

Cualquiera que sea su respuesta loca o cuerda, entraña una cosmología que lo trasciende, es la respuesta a un mundo humanizado. Toda psicología es una cosmología, afirmaba Minkowski, porque solo es a partir de ella que el hombre puede ser comprendido.

En el universo desconocido del *noúmeno* donde la piedra es fluida, donde el agua no corre por los cauces, donde Heráclito no pudo bañarse dos veces, donde el fuego no quema y el aire no es el *pneuma* del mito y de la vida; en el mundo desierto y muerto del hombre, no existe cosmología. Cuando todo sale del caos, cuando adquiere forma o lo que es lo mismo, significado, allí está el hombre dando esa respuesta loca o cuerda, a Dios o a esa extraña Nada que se transforma en la sustancia de todas las cosas.

Esta inversión de la percepción del hombre, no como interrogantes sino como respuesta, es el salto que debe dar todo aquel que aspira a comprendernos.

Al tratar la psicología como cosmología retornamos al sentido primero de esta ciencia que fue parte de la filosofía y trataba sobre el alma.

Nunca he podido saber lo que es un “observador no participante”, a veces he pensado que es una especie de Mercurio que se transforma en Sosio, pero usa el alado sombrero, o de Júpiter, que hace de Anfitrión, pero con el cordoncillo de oro. Podría decir que esta obra la he escrito como “observador participante”, si se considera como tal a un individuo que se acerca a una cultura diferente, para analizar y para comprender las respuestas de

los hombres que la han internalizado, pero conservando su propia cosmología, lo cual no significa estar cerrado a las experiencias del espíritu, como el amor y el asombro.

Nosotros trabajaremos con una visión hipostasiada de esas cosmologías distintas, tan solo con lo que podemos recoger de ellas a través de la fenomenología empírica. Es distinto tratar el agua de Thales de Mileto, que



tratar el agua que bebemos, la que utilizamos para lavar nuestro cuerpo o aun el agua aprisionada entre cristales que vivificara la rosa de Condillac.

Esta obra está escrita con sobrada libertad. A medida que transcurren los años, advierto que la ciencia progresa, que ha de cumplirse el ideal de Pitágoras de describir el universo con números, pero que llegado ese momento, el hombre se enfrentará con lo inaprensible. Entonces se cerrará el arco o la ojiva y la ciencia será poesía.

[...]

La providencia nos ha proporcionado como ámbito de nuestra investigación el área cultural del Gran Chaco, cuya población aborígen hemos sometido a nuestro estudio. En el Gran Chaco se ha producido la concentración de numerosas culturas indígenas, de las que aún perdura un número tal de supérstites, que permiten el planteo de un experimento que trata de evidenciar la hipótesis de la existencia de diferencias inter-étnicas en la prevalencia de la patología mental, sin omitir la descripción de numerosas variables, de las cuales cada una de ellas puede ser útil para el desarrollo de indagaciones especiales.

Es natural que nuestro experimento no se limita a la demostración de la hipótesis anteriormente enunciada, sino que es también, un camino para el descubrimiento, o diría que un lenguaje más propicio a mi espíritu, para la revelación.

[...]

El universo aborígen del Gran Chaco Gualamba está lleno de revelaciones: se manifiestan en él fenómenos que escapan a la comprensión del hombre de la cultura occidental contemporánea, el acercamiento tautegórico al mismo sume al lector en un angustiante desconcierto. Es por eso que, a veces, usamos comparaciones, referencias a otros fenómenos, perífrasis y abominables metáforas, tales como las que se apoyan en el viejo truco de las numerologías. Encontrará el lector de esta obra la participación en la existencia aborígen de infinitos espíritus del aire, del agua, del monte, de la tierra y del fuego, denominados desde nuestro idioma de maneras diferentes y con términos cargados de significados que surgen de la tradición judeo-cristiana. Es muy importante que el lector ponga entre paréntesis esta concepción que desfiguraría profundamente la comprensión del fenómeno al que hacemos referencia.

[...]

Capítulo I. Introducción a la psiquiatría transcultural

La psiquiatría transcultural es la parte de la epidemiología psiquiátrica que investiga, en forma comparativa o no comparativa, la patología mental en distintos grupos étnicos¹.

La psiquiatría transcultural es por lo tanto un experimento *ex post facto* de la epidemiología psiquiátrica.

El concepto de grupo étnico es fundamental en psiquiatría transcultural ya que por definición es el "grupo étnico" el universo de análisis de esta forma aplicada de la epidemiología.

Nosotros admitimos la concepción de "grupo étnico" establecida por Ashley Montagu, que se funda en el sentido etimológico de la palabra *ethnos*. Los griegos designaban *ethnos* un número de personas que vivían en conjunto, un grupo humano. En la *Iliada*, Homero emplea varias veces la palabra *ethnos* para significar una banda de camaradas, una tribu o un grupo; Píndaro, la utiliza para designar una familia, una tribu, un pueblo o una nación, en ese mismo sentido la usó también Herodoto. La concepción de Ashley Montagu tiene como propósito afirmar la ambigüedad del término "*ethnic group*" que toma de la obra de Julián Sorrel Huxly y Alfred Cort Haddon, *We Europeans*. Con ella destierra del uso común la palabra raza, cuyas falacias analizó en un importante trabajo: *Man's most dangerous myth: The fallacy of race*².

Las ventajas de adoptar significativamente la frase "grupo étnico" como universo de la psiquiatría transcultural, son las siguientes:

I. Enfatizando el hecho de que se está tratando con un grupo especial, esta fase no comprometida *-non committal phrase-* libera al análisis el preciso status del grupo, ya sea en el campo físico o cultural.

II. Se deja caracterizada en forma inminente la presencia de una determinada configuración cultural interrelacionada por los integrantes del grupo.

III. Se evitan a las falacias del término "raza", "*primitivo*", "*salvaje*" *-retardative concepts like "phlogiston", of eighteenth century.*

IV. La frase "grupo étnico" representa por fin una nueva visión de la población, una forma de consideración abierta, pluridimensional y librada al análisis experimental, tanto en el campo de las ciencias de la naturaleza, como del espíritu *-non-question-being way, tentative non-committal, experimental way.*

Desde el punto de vista conceptual, la conocida definición de cultura de Kroeber y Kluckhohn³ obtenida mediante a complementación de otras numerosas defi-

¹ La psiquiatría transcultural abarca, de acuerdo a esta definición, la transcultural y la cross-cultural psychiatry de los autores de habla inglesa.

² New York, Columbia University Press, 1942.

³ Culture consist of patterns, explicit and implicit, of hand for behavior acquired and transmitted by symbols, constituting the distinctive achievements of human groups, including, their embodiments in artifacts; the essential core of culture consists of tradirional considered as product of action, on the other as conditioning elements of further action". En A. L. Kroeber y C. Kluckhohn "Culture: a critical review of conceptos and definition". Papers of the peaby museum of museum American Archeology and Etnology. Vol 47 No 1, 1952, p.81

⁴ "Marginalia", American Scientist, vol 38, 1950, p. 283. ("La clase de conducta exhibida por el grupo, es llamada cultura").

niciones, supera en exceso las necesidades de caracterización de los grupos étnicos para la investigación psiquiátrica transcultural, y puede ser usada como referencia teórica. Mucho más útil, no obstante sus imperfecciones conceptuales, es la propuesta por Hutchinson⁴ -*the class of all the behavior exhibited by the group is called the culture of the group*- cuyo valor es escaso en el campo de la etnología, pero en cambio facilita nuestro tipo de investigaciones.

En psiquiatría transcultural se analiza la cultura tal como es vivida por el sujeto, o sea la “existencia” de la cultura. La abstracción de las configuraciones culturales en sí, desprendidas del sujeto que las patentiza por se un inmanente de su conducta no tiene otro interés específico que el que requiere la conceptualización de la variable. Esto marca una distinción metodológica muy importante entre el trabajo del etnólogo y el del epidemiólogo, ya que la misión del primero es la abstracción del rasgo o de la configuración cultural y la determinación de las leyes que gobiernan su dinámica, mientras que la del epidemiólogo es la de advertir su significado y que en forma inmanente desarrolla comportamientos que son en parte la resultante de la “internalización” de esa cultura.

I. Definiciones de la psiquiatría transcultural

En la introducción de este capítulo, definimos la psiquiatría transcultural como un experimento *ex post facto* de la epidemiología psiquiátrica, con el propósito de señalar cuatro aspectos fundamentales de esa disciplina de la ciencia psiquiátrica:

Primero: la psiquiatría transcultural constituye un experimento –tal vez el fundamental– de la epidemiología psiquiátrica.

Segundo: este experimento, que tiene como variable independiente la cultura, se realiza dentro del marco del “experimento natural” de Stuart Mill.

Tercero: en el ámbito de la psiquiatría transcultural existe la posibilidad metodológica de particularizar la investigación en un *grupo étnico*, como puede serlo una cultura etnográfica o una subcultura de la megalópolis. Esta particularización implica una intención comparativa, ya que de manera inmanente hay una referencia constante a la psiquiatría occidental, ciencia formalizada en grado extremo, que tiene a su cargo el estudio de las enfermedades mentales del hombre, *considerado como un ente universal*. Este *inmanente* de la psiquiatría transcultural se halla presente aún en los estudios descriptivos en cuyo “diseño de investigación” no aparece de manera explícita la intención comparativa.

Cuarto: en el campo científico de la psiquiatría transcultural se han empleado, desde el punto de vista metodológico, la inducción, la deducción y el análisis de probabilidades, en ensayos estadísticos, ideográficos y *nomotécnicos*. Todos estos estudios constituyen experimentos a través de cuyo análisis lógico se desarrollará

esta importante disciplina psiquiátrica. Debemos, por tanto, considerar que el descubrimiento de los paradigmas del experimento en psiquiatría transcultural, se realizará por medio de la meticolosa valoración del diseño de esos diversos ensayos, o sea, de lo que Ronald Fisher (3) define como su “estructura lógica”.

Existen otras numerosas formas de concebir la psiquiatría transcultural, que de ninguna manera invalida la definición genera enunciada por nosotros. Nos parecen, entre ellas, de especial interés la de Eric D. Wittkower y Hsien Rin; y la formulada por Alexander H. Leighton *et alii*, con la designación de *cross-cultural psychiatry*.

I.1. La *transcultural psychiatry* de Eric D. Wittkower y Hsien Rin

Eric D. Wittkower y Hsien Rin (4) enunciaron su acepción de la psiquiatría transcultural en *A Ciba Foundation Symposium*, realizado en 1965, cuyo tema fue precisamente la *Transcultural Psychiatry*. Estos autores basaron el análisis formal de esta disciplina psiquiátrica en el estudio de más de trescientas publicaciones enviadas a la revista especializada *Transcultural Psychiatric Research Review* (1960-1964).

Wittkower y Rin distinguen como disciplinas científicas limitadamente independientes: la psiquiatría cultural, la psiquiatría transcultural, la *cross-cultural psychiatry* y la psiquiatría internacional.

La *psiquiatría cultural* es definida por los autores mencionados, conforme a lo prescrito por J. Ruesch, como una rama de la “psiquiatría social” que trata los “aspectos culturales de la etiología, la frecuencia, la naturaleza de la enfermedad mental, la actitud y el cuidado que se les otorga a los enfermos mentales en una unidad cultural específica”.

La *psiquiatría transcultural* es una extensión de la anterior y denota que la visión del observador científico va de una unidad cultural a otra.

La *cross-cultural psychiatry* se aplica al análisis comparativo y contrastante de diversos aspectos de la psiquiatría en las áreas señaladas.

La *psiquiatría internacional* analiza comparativamente, en diversos países, las facilidades para la enseñanza y el aprendizaje de la psiquiatría, la administración de los hospitales psiquiátricos, las tasas de morbilidad, los métodos de capacitación profesional, los problemas de actitud y tratamiento del enfermo mental, etcétera, sin un especial estudio de la cultura envuelta en las unidades de análisis.

[...]

Las *técnicas* de la investigación psiquiátrica transcultural, que los autores mencionados designan *research tools*, son las siguientes: 1) la observación clínica; 2) la “observación de campo” –*field observation*– que comprende: la entrevista con los llamados *key informants* (5),

⁵ Comunicación personal, Washington, 1965.

la visita al hogar de los sujetos señalados, y la observación censal; 3) el análisis de los registros institucionales de la patología mental; 4) la aplicación de tests; 5) el empleo de cuestionarios; y 6) la aplicación del psicoanálisis *in situ*.

El ámbito de la psiquiatría transcultural queda delimitado taxativamente para Wittkower y Rin al estudio de 1) la frecuencia total y relativa de los desórdenes mentales; 2) la naturaleza de los síntomas psiquiátricos; 3) las actitudes de la comunidad hacia los enfermos mentales; y 4) cuidado y tratamiento de los mismos.

1.2. La "cross-culture psychiatry" de Alexander Leighton *et al.* (6)

Estos autores consideran que la cross-culture psychiatry es la disciplina científica que analiza la relación existente entre los "desórdenes psiquiátricos" y el "sociocultural environment".

Esta definición encierra una serie de complejas implicancias que deben ser advertidas por el lector para darle a ella su cabal sentido.

Leighton *et al.* designan como "desórdenes psiquiátricos" *-psychiatric disorder-* todos aquellos comportamientos, emociones, actitudes y creencias consideradas como propias para la atención de un psiquiatra. Más específicamente, este término incluye los síndromes cerebrales, las deficiencias mentales, las psicosis funcionales, los desórdenes psicofisiológicos, las psiconeurosis, las perturbaciones de algunos factores de la personalidad, los comportamientos sociopáticos, las reacciones situacionales agudas... o sea "todo aquello que figura en el *Diagnostic and Statistical Manual of the Mental Disorders* de la *American Psychiatric Association*"⁵.

La expresión "sociocultural environment" es una "combinación de conceptos" creada –o pensada– por ser muy ventajosa para los estudios que aquí se discuten. La construcción de este sintagma no es ingenua, ya que los autores recuerdan en la discusión de su contenido semántico las expresiones de Kroeber y Parsons (7) acerca de la compleja valoración conceptual de lo social y lo cultural y la aporía que entraña el creer que se supera ese abismo del conocimiento uniéndolo ambas expresiones con un guion: "... is frequently glossed over by the use of the term *sociocultural with full awareness that the hyphen is not symbol of integration*".

La sociedad es definida como un grupo de seres humanos que viven juntos dentro de un sistema de acciones recíprocas. La cultura "is an abstraction which encompasses the total way of life of a society"⁶.

En la expresión combinada "sociocultural" y "environment" se señalan explícitamente los dos aspectos tratados y se hace destacar que el sujeto además de vivir dentro de una estructura de acciones sociales, vive circunstancias físicas particulares de clima, altitud, recursos naturales y la presencia o ausencia de agentes nocivos.

Los temas fundamentales de exploración de la cross-

culture psychiatry son para Leighton *et al.* los siguientes: 1) el estudio comparativo, en diversas unidades culturales, de las entidades diagnósticas de la psiquiatría; 2) la "epidemiología comparativa", entendiéndose como tal el análisis de la incidencia y prevalencia de los desórdenes mentales en diferentes poblaciones; 3) el estudio comparativo de la personalidad y la formación de la personalidad.

Leighton *et al.* señalan históricamente los siguientes diez "descubrimientos" como fundadores de la cross-cultural psychiatry, considerada de acuerdo a la definición de estos autores, como la correlación existente entre los desórdenes mentales y los factores socioculturales y ambientales:

1. La determinación del *pattern* de ciertos trastornos específicos del comportamiento, tales como el *latah* (en Malaya) el *koro* (en China), y el *witiko* (entre los aborígenes norteamericanos).

2. La determinación de diversos "tipos de personalidad básica" algunos de los cuales son selectivamente vulnerables a los desórdenes psiquiátricos.

3. El descubrimiento de desórdenes psiquiátricos, que presentan por lo general etapas de desarrollo latente, producidos por ciertas prácticas –o conductas– de la crianza de los niños.

4. La demostración de la correlación existente entre el "ambiente socio-cultural" de un sector de población, afectado de ciertos desórdenes psiquiátricos y el "estilo" de esos desórdenes. En este aspecto constituyen factores de causalidad los "tipos culturales" de la sanción o del juicio de esos comportamientos.

5. El descubrimiento de desórdenes psiquiátricos provocados en sujetos sometidos por el ambiente *sociocultural* a "roles" con un excesivo stress.

6. La cross-cultural psychiatry ha descubierto la "cristalización" y "perpetuamiento" de desórdenes psiquiátricos a través del prestigio que se le otorga "socioculturalmente" a los mismos.

7. Ha descubierto que el cambio "sociocultural" puede presentar un ritmo tal, que se constituye en un factor causal de alteraciones de la personalidad.

8. El "sociocultural environment" puede generar desórdenes psiquiátricos a través de la inculcación de valores, sentimientos y creencias, que producen estados emocionales que dañan la personalidad, tales como miedos, celos, y aspiraciones irreales.

9. La cross-cultural psychiatry ha descubierto que ciertas normas de matrimonio pueden afectar la distribución relativa de los desórdenes mentales.

10. El "sociocultural environment" puede constituirse en un factor causal de desórdenes mentales a través de ciertas normas de higiene y de alimentación.

Este laberinto decagonal en el que nos extravía la cultura, podría complicarse aún más y llenarse de nuevas facetas en la medida que aceptáramos un "causalismo" cultural ingenuo. En verdad, Leighton *et al.* enunciaron tan solo una lista de hipótesis causales de

⁶ La cultura es una abstracción que circunda a totalidad de la vida de una sociedad.

desórdenes psiquiátricos de sentido polémico, surgidas de diversas ramas de las ciencias del comportamiento, tales como: la semántica, la teoría de la comunicación, la teoría de las clases y la estructura de clases, la teoría de los roles, la *field theory*, etcétera; desarrolladas por Alfred Korzybski, Gregory Bateson, Leonard S. Cottrell, Kurt Lewin, Jurgen Ruesch, Robert Merton, Lloyd Warner, J. Dollard, N. E. Miller y otros *manes* invocados por Leighton *et al.* en su fundación histórica de la *cross-cultural psychiatry*.

II. Los fundamentos epistemológicos de la psiquiatría transcultural

La epistemología, considerada como la teoría general del conocimiento, se ocupa de determinar la naturaleza, el valor y los métodos del conocimiento humano; es, por lo tanto, una teoría general del saber. La epistemología, considerada como crítica de las ciencias, se esfuerza por resolver estas mismas cuestiones en lo que atañe al conocimiento científico. La epistemología sectorial de la psiquiatría transcultural, constituye la crítica de la naturaleza, el valor y el método de conocimiento de esta disciplina de la ciencia psiquiátrica.

Es evidente que el desarrollo de nuestro tema nos obliga a poner entre paréntesis el escollo fundamental de este experimento psiquiátrico cuya validez discutiremos: tal es el desmembramiento del hombre y la cultura, ya que al objetivar a esta (la cultura, como "variable independiente") estamos realizando un artificio analítico que no resiste a una crítica trascendental.

Por otra parte, el determinar la naturaleza del conocimiento específico de la psiquiatría transcultural, nos derivaría a la antropología filosófica si no lo limitáramos empíricamente. Es ésta la tarea más compleja del presente ensayo, tal como lo evidencia la dispersión y exagerada amplitud de los temas de la psiquiatría transcultural que surgen de las definiciones analizadas anteriormente.

No existe ninguna definición de la cultura en la que se cumpla la regla lógica de expresar en ella la esencia de lo definido. La conocida de Kroeber y Kluckhohn (8), considerada como un epítome de la culturología, puede ser traducida tentativamente así: "La cultura consiste en modelos, explícitos o implícitos, de y para el comportamiento, adquiridos y transmitidos mediante símbolos, que constituyen las realizaciones distintivas de grupos humanos, incluyendo su encarnación en instrumentos; el núcleo esencial de la cultura lo constituyen ideas tradicionales y especialmente los valores adscriptos a ellas; los sistemas culturales pueden ser considerados en un aspecto, como productos de la acción y en otro como elementos condicionantes de acciones futuras".

Es evidente que la vaguedad de esta definición consagrada, permite ubicar dentro de ella los diferentes acontecimientos en los que se actualiza la cultura. Es necesario sin embargo, que en diversas circunstancias

del experimento psiquiátrico que constituye la psiquiatría transcultural, se actualice la definición omnicompreensiva de Kroeber y Kluckhohn, con definiciones operativas que aclaren de manera concreta y perceptible el aspecto de la cultura que interviene en el mismo.

La consideración del *ser en el mundo*, como una dimensión ontológica del *Dasein*, nos evidencia lo inseparable del hombre y la cultura, ya que el hombre es en sí mismo la cultura. La consideración de este aspecto de la ontología humana, evidencia los endeble fundamentos filosóficos de la disciplina psiquiátrica que aquí tratamos, y, por otra parte, nos enfrenta paradójicamente con el hecho de que no hay aspecto de la existencia que no debiese analizarse por ella.

[...]

Capítulo II. Los aborígenes del Gran Chaco Gualamba

Uno de los más antiguos y ponderables tratadistas argentinos de la etnografía del Gran Chaco fue sin duda el riojano Joaquín Camaño S.J., cuya "*Noticia del Gran Chaco*" data de 1778.

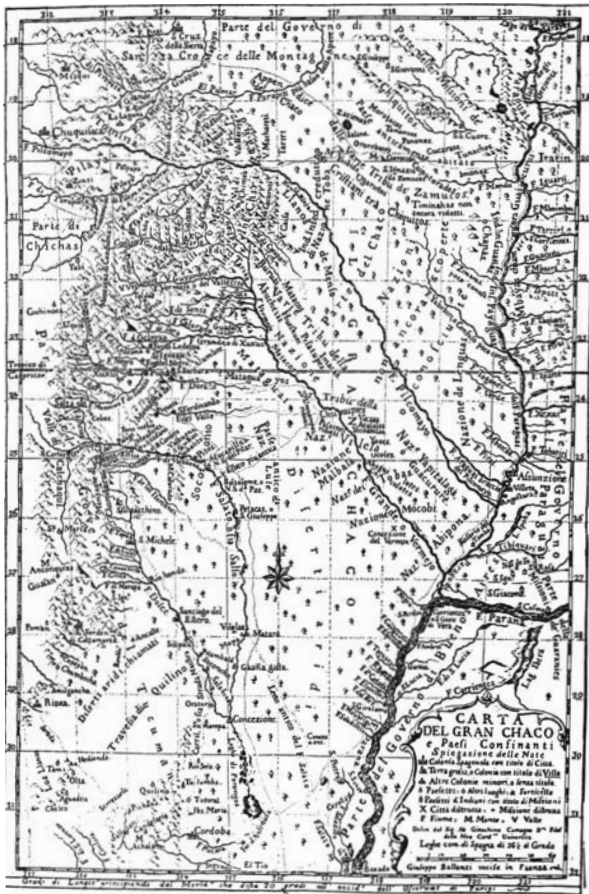
Guillermo Furlong S.J.⁷, editor de la obra mencionada reprodujo en su contratapa un manuscrito de Guillermo de Humboldt, con justos elogios para Camaño y expresó lo siguiente acerca de este autor:

"La Rioja de la Nación Argentina ha dado varios hombres representativos a nuestra historia. Riojana fue aquella Francisca de Vera, del siglo XVI, esposa de don Luis de Tejada, el más antiguo de los poetas argentinos".

"En la Rioja nacieron Ortiz de Ocampo, jefe del primer ejército que envió la Junta de Mayo al interior; Pedro Ignacio de Castro Barros, sacerdote que pasó con su ardiente ideal por las asambleas revolucionarias y fue a morir en su destierro chileno; Facundo Quiroga, el "Tigre de los llanos" como lo apellidaron por su bravo caudillaje al frente de las huestes federales; Vicente Peñalosa, conocido con el legendario nombre de "El Chacho", último paladín de las montoneras cuyanas...; y riojano también era aquel eruditísimo jesuita que se llamó en vida Joaquín Camaño y Bazán (1773-1820), colaborador de Hervás y Panduro en la composición del gran "Catálogo de las lenguas", corresponsal de Gilij en todo lo concerniente a lingüística americana, cartógrafo tan erudito como minucioso y exacto, etnógrafo esclarecido, como lo demuestra su "*Noticia del Gran Chaco*", geógrafo puntual y empeñoso como se ve en sus cartas polémicas sobre temas hidrográficos, lingüística nada vulgar ...".

Joaquín Camaño, el primero de nuestros etnógrafos del Gran Chaco, siguió el éxodo de los jesuitas en 1767, refugiándose en Faenza donde escribió su "*Noticia del Gran Chaco*". Murió en Valencia, España, en 1820, solo y olvidado.

⁷ Guillermo Furlong, S. J.; Joaquín Camaño, S. J. y su "*Noticia del Gran Chaco*" (1778). Buenos Aires, Librería del Plata, MCMLV. Las citas de nuestro texto corresponden a las ps. 5; 109 a 110; y 117 a 125.



Joaquín Camaño fue autor del mapa del Gran Chaco más ponderado por el profesor Samuel Lafone Quevedo, con cuya imagen introducimos a los lectores en la tierra esotérica de nuestro estudio. Quedaron atrapadas en su compleja textura "naciones" de este país todo de gentiles, como era a la sazón este Gran Chaco de Camaño, distribuidas en tres zonas labradas por una naturaleza sorprendente: el *Chaco Boreal* al norte del río Pilcomayo, hasta las Misiones de Chiquitos y el lago de Xarayes; el *Chaco Medio*, entre el Pilcomayo y el Río Grande o Vermejo; y el *Chaco Austral*, entre el Río Grande o Vermejo y el Río Salado.

En los símbolos transfigurados del iluminado cartógrafo podrá el lector percibir la urdimbre histórica sobre la que se irá haciendo la compleja trama de nuestras experiencias:

"El Gran Chaco es un País que de Norte a Sur se estiende por 210 leguas marinas poco más o menos desde el Grado 20 hasta el Grado 30 1/2 de Latitud Meridional: De ancho tiene en partes más, especialmente acia el Norte, y en partes menos; pero lo común está comprendido entre el Grado 315 1/2, y el Grado 320 de Longitud contada desde la Isla del Ferro. Es País todo de Gentiles no sometidos aún al yugo del dominio español; no obstante que por todas partes está cercado de Provincias conquistadas y pobladas de españoles: excepta sola la

tercera parte de sus confines orientales, por donde toca en la antigua Provincia del Itatin, que aunque fue también de ellos conquistada, y poblada, la desampararon después, y hoi la pueblan sólo algunos Infeles. Tiene al Norte las Misiones de Chiquitos, que estuvieron a cargo de los Jesuítas del Paraguay, y el resto de la Provincia o Gobernación, y Diócesi de Santa Cruz déla Sierra, á la qual pertenecían dichas Misiones. Desde esta Provincia boxeando por el Occidente acia el Sur, ocupan sus términos otras quatro Provincias que son la de la Laguna, la de Pilaya y Paspaya (llamada vulgarmente de Zintí), la de Chichas, y la del Tucumán: de las quales las tres primeras son Corregimientos, y pertenecen al Arzobispado de la Plata; y la quarta es Gobernación que comprende toda la Diócesi del Obispado de su nombre. Esta Diócesi y Provincia como más atendida que las otras tres ocupa la mayor parte de sus confines occidentales; y también de los Australes. De aquí volviendo por el Oriente acia el Norte, lo limitan las dos Gobernaciones, y Obispados de Buenos Aires, y del Paraguay, y últimamente la Provincia arriba mencionada del Itatin, que confinando con la parte oriental de las Misiones dichas de Chiquitos, cierra por allí la circunferencia del Chaco todo este territorio."

"Sobre el origen de este nombre se leen algunas fábulas; pero dejadas éstas la ocasión de llamarle así, fue la que voi á decir. Los Indios de Chichas, y los de Humahuaca, que hoi es parte septentrional del Tucumán, iban en ciertos tiempos del año a la "Cordillera de Cozquina, que tienen al Oriente, y se entretenían allí algún tiempo en cazar vicuñas. El modo de cazarlas es distribuirse muchos cazadores de una compañía por los contornos de un determinado sitio, que tienen señalado, y dispuesto, o como murado para este fin; espartarlas por todas partes acia el tal sitio, y cercarlas en él unos, mientras los otros dentro de aquel recinto las van corriendo y cogiendo, ó derribando con las armas de caza que llevan. Este modo de cazar, y la junta misma, ó recluta misma que hacen de vicuñas, ó de qualquiera otra especie de animales, que cazan en esa manera, se llama Chacu en la Lengua General del Perú, que dichos Indios hablaban, y hablan hasta el presente. El mismo nombre dan a los sitios que tienen destinados para esta especie de caza. Quando pues los Conquistadores Españoles ocuparon la Provincia de Chichas, y la parte Septentrional del Tucumán, tuvieron frequentes ocasiones de oír que tales, ó tales Indios iban, habían ido, ó querían ir al Chacu, esto es, al sitio, ó parage de la caza, ó á cazar. Más como, aunque sabían ya bastantemente la Lengua del País, no entendían el significado de aquella palabra, y por otra parte la frase, conque eso dicen, se hace por una partícula de movimiento más propia para juntarse con nombre, que signifique lugar, ó país, que con nombre que signifique alguna acción, concibieron desde luego, y creyeron que los Indios llamaban Chacu á aquellas tierras acia donde iban, ó hacia donde señalaban, quando se le preguntaba, donde era ese Chacu. Y como señalaban ellos, y iban al Oriente acia la Cordillera de Cozquina, comenzaron de aquí los

Españoles á llamar Chacu vagamente, y por mala pronunciación Chaco, á todo aquel País indefinido y para ellos incógnito, que miraban al Oriente de aquella parte de Chichas por donde entraban y de las tierras que iban conquistando y comprendiendo baxo nombre de Provincia del Tucumán. Despues, aunque muchos de ellos entendían ya el significado de la voz, prosiguieron dándole el mismo nombre, á falta de otro, sin constituirle límites algunos, hasta que supieron estar conquistadas ya y pobladas de Españoles por la parte del Río déla Plata otras Provincias, que por tener ya impuestos otros nombres, limitaban por el Oriente, y Norte de la extensión del Chaco”.

Joaquín Camaño afirmó que a fines del siglo XVII y principios del XVIII, había en el Gran Chaco, “dejando las naciones fabulosas y algunas pocas que hubo antiguamente” las siguientes naciones (trece en total), con singularidad lingüística:

La Primera es la Nación Chiriguana, o Indios Chiriguanos

Habitaban, como vemos en el mapa de Camaño, en los Valles de “aquel tramo de Serranía, que dixen hai en la parte occidental del Chaco...”.

Desde este primitivo habitat en los límites occidentales del Chaco, se produjeron dos grandes migraciones Chiriguanas, que permiten comprender la extraña distribución actual de este grupo étnico. La primera y más importante, a partir del siglo XIX, a la zona occidental del Chaco argentino; la segunda, en las postrimerías de la Guerra del Chaco (1932-1935), hacia la zona paraguaya del Chaco Boreal.

La Segunda es la Nación Mataguaya o Indios Mataguayos

Camaño ubicó la Nación de los Mataguayos entre el *río Grande de Xuxui* y el *Vermejo o río de Tanja*, confinantes “con los más australes Chiriguanos al oriente y sur de ellos”. Los Mataguayos se distribuyeron en numerosas parcialidades, que se distinguieron antiguamente con los nombres de “Indios Teutas, Agoyaes, Taimoaes o Tuinuyes y hoi con los nombres de Abuchetas, Matacos, Hueshuos, Pesatupes, Imacas”.

[...]

Existen en los Matacos-Mataguayos cuatro “motivos mitológicos” cuya difusión indica ciclos etnoculturales diferentes: 1) “la mujer y el perro”; 2) “la mujer y el pájaro”; 3) “el escarabajo y la cueva” y 4) el del “armadillo y el algarrobo”. Estos “motivos” indican, según lo afirma la autora mencionada, los principales contactos que sufrieron los Matabo-Mataguayos en el curso de su individuación étnica: el primero de ellos establece un paralelo con

los Zamucos; el segundo con los Guaycurúes; el tercero con las tradiciones Maskoy; el cuarto “motivo” recuerda la conceptualización de los cultivadores de raíces y de los recolectores intensivos, con la implícita economía femenina.

[...]

Los aborígenes del grupo Matabo-Mataguayo ocupan hoy las zonas del Chaco Medio y Austral. En el Chaco Boreal se encuentran: Chuupíes, Chorotis y Guisnay (hoy muy escasos).

Se incluye habitualmente dentro del grupo lingüístico Matabo-mataguayo a lo Maká de Chaco Boreal, siendo sus antecesores, según lo sugiere la doctora Branislava Susnik, los Cachboth-Enimagá⁸.

La Tercera Nación caminando más al sur, por los confines Occidentales del Chaco es la Vilela o Indios Vilela.

Esta nación extinguida en la actualidad, ya que solo queda un puñado de dudosos supervivientes en la Colonia aborígen Chaco, de la provincia del Chaco de la República Argentina, comprendió muchas tribus o parcialidades que se distinguieron, según Camaño, con los siguientes nombres: Vilelas Propios, Chunupíes, Pazaines, Atalalas, Unuampas, Yeconoampas, Vacaas, Ocolea, Ipas, Yecoanitas y Yooes.

La Cuarta es la Nación Lule, o Indios Lules

Estos aborígenes, hoy extinguidos, se distribuyeron en tres tribus: los Lules propiamente tales; los Isistineses; y los Toquistineses.

Los Lules habitaban “los comedios entre el Río Salado, y el Río Grande, mas abaxo acia el Sur de los Vilelas; bebiendo como estos el agua llovediza recogida en varios pozos”.

La Quinta Nación es la Toba, o Indios Tobas

Repártida en varias parcialidades, o Tribus, de las cuales las mas conocidas se llaman al presente; y se distinguen con los nombres de Abaguilotes, Cocolotes, Dapicosiques, y Tapicosiques; á que se añaden los Yapitalagas, que aunque tienen lengua algo diferente, pero se entienden mutuamente con los Tobas, viven y emparentan con ellos, y se tienen y cuentan por de una misma Nación.

Camaño situó a los Tobas parte sobre las del *Río Grande o Vermejo* confinando con los Vilelas; parte en los *comedios* del mencionado río y el Pilcomayo; y parte sobre ambas riberas del Pilcomayo, confinando con los Chiriguanos; y aun, dice nuestro autor, “hai bastantes fundamentos para creer que se entienden todavía más acia el Norte hasta los confines septentrionales del Chaco, y cabezadas del Río Yabebirí (sic).”

⁸ Branislava Susnik, *“Etnografía Paraguaya”*. Primera Parte, Manuales del Museo Etnográfico “Andrés Barbero”, Asunción 1974, 8ª edición, ps. 53 a 59.

Esta Nación era para Camaño “guerrera y cruel, especialmente después que la hostigaron los españoles de Guadalcázar, ciudad que fundaron estos dentro del Chaco y duró sólo dos años.”

La “Nación Toba” de Camaño, se incluye actualmente dentro de la gran familia Guaycurú (o Guaicurú), ocupando fundamentalmente el Chaco Medio y Austral.

[...]

La Sexta Nación es la Mocobí o Indios Mocobíes

Habitaban, según lo expresa Camaño, en zonas que ocupan actualmente sus sobrevivientes, entre el “Río Grande, ó Vermejo, mas abaxo de los Tobas sus confinantes, y algunas de sus parcialidades algo retiradas de dicho Río acia el Salado, que es decir acia el Suoeste” (sic).

Los Mocobíes son agrupados actualmente dentro de la gran familia lingüística Guaycurú, y habitan en su totalidad en el Chaco Austral. De ellos dijo Joaquín Camaño que “son mui valerosos, guerreros, dóciles, y de genios, é inclinaciones nobles.”

La Séptima es la Nación Abipona o Indios Abipones

Esta Nación ya extinguida habitaba “en los confines orientales del Chaco sobre las riberas del Río Grande o Vermejo, y entre éste y el Pilcomayo, poco antes de la embocadura de ambos en el Río Paraguay”. Los Abipones pertenecieron a la familia lingüística Guaycurú: “la lengua de estas tres últimas naciones, Toba, Mocobí y Abipona tienen bastante parentesco entre sí, como lo tienen la Italiana, Francesa y Española”.

La Octava es la Nación Maskoy (los Lengua de Camaño)

Volviendo acia el Norte por los confines Orientales del Chaco, se sigue la Octava Nación, que es la de los Indios que llaman Lengua.

Camaño abarcó al parecer toda la familia lingüística Maskoy dentro de lo que él llamó Nación Lengua.

Los Maskoy, que a partir de la primera mitad del siglo XIX se hallaban distribuidos en cinco grupos tribales más o menos definidos y similares a los de las descripciones contemporáneas poseen una historia etnográfica sumamente compleja. Los grupos actuales, que habitan en su totalidad en la zona paraguaya del Chaco Boreal, son: los Eenthlit-Lengua o Lengua-Maskoy; los Sanapaná; los Angaité; los Sapuquís, prácticamente extinguidos; y los Kashkihá.

[...]

Los motivos mitológicos de los Maká contemporáneos “reflejan el complejo de diferentes influencias por transmigraciones y contactos culturales varios: el alado “padre de los avestruces” propio de los Juríes del proto-habitat Enimagá antiguo; el mítico “pescador sumergible” de largos cabellos y la maléfica “avestruz del agua”, motivos pilcomayenses; la “mujer emplumada”, propia de la región del Chaco occidental (Zamucos y Maskoy); el mítico “hijo del fuego”, motivo de los quebrachales; el árbol sagrado “kuiyax”, propio de los Matacos; el espíritu de la muerte “tuxcehei”, común también a las tradiciones chu-lupíes...”.

La Novena es la Nación Guaná, o Indios Guanas.

Habitan en siete pueblos grandes que tienen en los bosques cercanos al Río Paraguay á la parte occidental, desde el Yabebirí, o desde el Río Verde adelante hacia el Norte.

Los Guanas, a quienes los Machicuis y Enimagas llamaban, según lo afirmara don Félix de Azara, Apianée, Solagua y Chañe, pertenecieron a una rama sureña de los Arawak, y constituyeron el contingente chaqueño de un estrato de los neolíticos cultivadores. Existieron dos grandes grupos Guaná (o Chañé) en el área del Gran Chaco: un grupo occidental, vasallo de los Chiriguanos; y un grupo oriental, dominado por los Guaycurú, que es el descripto por Camaño.

Se hallaron también antiguos enclaves Arawak en diversas zonas marginales del Gran Chaco, tales como los Paiconecas y Saravecas de la zona de Chiquitos y los Paressi-Arawak del área mottogrossense.

[...]

La Décima Nación es a Guaycurú o Mbayá.

Se divide en siete, ó nueve tribus, que habitan en ambas riberas del río Paraguay.

[...]

Esta cultura dio por antonomasia el nombre de Guaycurú a una extensa familia lingüística, cuyos integrantes actuales del área chaqueña serán extensamente estudiados en nuestra obra.

Los Mbayá-Guaycurú o Eyiguayeguís de Sánchez de Labrador, recibieron este nombre Mbayá por e uso que hacían de esteras para “construir sus bohios o ramadas”.

[...]

Esta cultura de los Mbayá-Guaycurú del Gran Chaco abstraída a nuestro estudio in-situ por el acaecer de su historia inenarrable, contiene todos los enigmas chaqueños... a los que deberá llegar el lector tras sutilísimo

⁹ El último de los sobrevivientes de los Payaguás históricos fue María Domingo Miranda que murió en 1942.

¹⁰ Branislava Susnik, Opus cit. ps 28 y 30.

ejercicio del espíritu y del desarrollo de ese “entendimiento” singular al que se refirió el *Nigienigi* del padre Sánchez de Labrador.

La Undécima Nación es la Payaguá, o Indios Payaguas. Habitan estos mas en el agua que en la tierra.

[...]

Los aborígenes Payaguá o Evuevía-Payaguá, hoy extinguidos⁹, pertenecieron también a la familia lingüística Guaycurú y constituyeron con los Guachi del Alto Paraguay los grupos canoeros del río Paraguay.

Los Payaguá se dividieron en dos parcialidades, los Payaguá meridionales, llamados Agaces-Payaguá; y los norteños o Sarigué-Payaguá. Los Payaguá extendieron su móvil habitat desde la zona ribereña del río Paraguay hasta la vecindad de los Guachi en el área alto-paraguayense.

Su vida trashumante por los ríos de la gran cuenca del Paraguay los halla presentes en la mayor parte de los hechos históricos que se consumaron en el Gran Chaco, entre ellos la “Guerra de la Triple Alianza”, en la que fueron diezmados. Una extraña astucia caracterizó a los Payaguá; ella les permitió convivir con grupos aborígenes por demás antagonicos y sobrevivir más allá de lo previsible dado su estilo de existencia: “su *ethos* de astucia se expresó en el mito del pez *pacú* como progenitor de la tribu”¹⁰.

[...]

La Duodécima Nación es la Zamuca, ó Indios Zamucos.

Ucupaba ésta los confines septentrionales del Chaco, dividida en muchas parcialidades ó tribus.

Los supérstites actuales de los Zamucos históricos son habitantes de la zona septentrional del Chaco Boreal, y se distribuyen en dos complejos grupos étnicos: los Ayoreos o Ayoweos o Moros o Moro-Ayoreos; y los Chamacocos divididos en general entre tres parcialidades: los Xorshio-chamacocos, los Ebitosos y los Tomarxas o Tumarexos. Los Morotocas se mencionan en las fuentes históricas a partir del siglo XVI; otros grupos de esta familia lingüística recién en el siglo XVIII, y los Chamacocos aun posteriormente.

Branislava Susnik, considerando las tradiciones de los Chamacocos y los Ayoreos (Moros o Moro-Ayoreos), infiere que han existido entre los Zamucos intensas migraciones y contactos culturales: “el mito del cambio del mundo, que aún conservan los Chajnacocos, indica la conciencia tribal de un poderoso impacto cultural pre-colonial y de una fusión de diversos elementos: concepto de una proto-madre del mundo; mito subártico del perro; motivo del hombre-jabalí y de la tortuga gigante; héroes con armas *bumerangóides* y lanzas; estructura

social matriclánica y pase brusco a la estructura totémico-social; motivos de pintura corporal en listas e impresión de mano en negro”¹¹.

[...]

I. EL “FABULARIO” DEL GRAN CHACO

Wilhelm Schmidt en un intento de determinar los “círculos culturales” etnográficos sudamericanos, realizado en su ensayo de 1913 titulado “*Kulturkreise und Kulturgeschichte in Südamerika*”, expresó que el Chaco constituía un área disruptiva de culturas, difícil de sistematizar, ya que se conglomeran en una zona donde las corrientes humanas del norte, del este y del oeste se entrecrocaban antes de dirigirse al sur. Afirmaba también que aparecen en el Chaco una al lado de otra, formas de casi todas las provincias culturales sudamericanas, aun del extremo boreal del continente, de modo tal que la singularidad atribuida por Hermann Meyer a la región del Matto Grosso en su bello trabajo sobre “*Arco y flecha en el Brasil*”, debía ser atribuida, en verdad, al Chaco.

[...]

Es por lo tanto una tarea básica de esta investigación elaborar una hermenéutica de las culturas aborígenes chaquenses que permita interpretar su existencia a través de sus configuraciones vivas y cambiantes.

El análisis fenomenológico de esas culturas nos ha llevado a la formulación de dos Postulados y de tres Corolarios que nos servirán como una introducción a nuestras investigaciones sobre la personalidad de los aborígenes del Gran Chaco.

Primer postulado: El Chaco constituye un *melting-pot* de los grupos humanos más diversos, y por ende un centro de convergencia étnica y de reestructuración de configuraciones culturales.

Segundo postulado: Las poblaciones aborígenes chaquenses tienen una inmanente visión del mundo con las disonancias de la angustia y una fuerte vivencia de lo numinoso.

Primer corolario: Las culturas chaquenses se caracterizan por sus significados ambiguos.

Segundo corolario: El pensamiento mítico tiene una primordial vivencia en los individuos de las culturas aborígenes chaquenses.

Tercer corolario: Los grupos humanos que “internalizan” culturas aborígenes chaquenses están permanentemente “peregrinando”.

Por lo general, todo postulado es un juicio apodíctico, y sus corolarios, inferencias inmediatas o mediatas.

En nuestro caso debemos admitir que los postulados y corolarios enunciados son tan sólo juicios problemáticos, surgidos de una meditación nomotética realizada a partir del estudio de individuos integrantes de las culturas en análisis.

¹¹ Branislava Susnik, Opus cit. p. 70

El primer corolario se refiere a los aspectos semánticos de esas culturas aborígenes chaqueñas.

En el segundo corolario caracterizamos una forma de conciencia y las estructuras inmanentes del pensamiento de los individuos de esas culturas, cuyas categorías permiten caracterizarlo dentro de las formas simbólicas del pensamiento mítico, determinadas mediante el método fenomenológico por Ernst Cassirer (10). Para categorizar este juicio como corolario, hemos considerado que en cierta manera esta forma de ser en el mundo está implicada en los postulados enunciados anteriormente.

El tercer corolario expone una actitud permanente de búsqueda de un espacio para un tiempo nuevo, para una re-generación numinosa. Esta búsqueda es un rasgo común, que desde los cronistas se señaló con claridad para ellos. Los individuos de las culturas que estudiamos no están en constantes migraciones, sino en una "peregrinación" permanente.

[...]

El Chaco fue siempre tierra de imagineros, desde la época de los cronistas hasta nuestros días, en especial los aborígenes que lo habitaron y los criollos a ellos enraizados y en un trasiego constante de cultura han dado razón de paisajes, hombres, animales y plantas, divinos y profanos, que configuran un Chaco fantástico, que vive, se desarrolla y cambia como un testimonio constante de lo imaginario.

[...]

La antropología de los cronistas, exploradores y viajeros del Chaco es una de las más bellas manifestaciones del realismo mágico, como si el resplandor de una sobrenaturaleza, o una dimensión hechizada, fuese necesaria para describir un universo que se impone con una subyugante potencia de misterio.

[...]

Lo bello y lo siniestro atraviesan la transida naturaleza de nuestro Chaco del fabulario, donde crecen árboles como el guayacán, que nace del misterio de la muerte de las mariposas; y habitan sus aguas con el famoso pez de don Antonio Ruiz de Montoya "que engendra este monstruo al modo humano".

[...]

Esta presencia viviente de lo imaginario hace infinita e ignota la tierra del Chaco, atravesada de ríos inenarrables que se manifiestan tumultuosos o se ocultan, donde brotan inmensos lagos de las raíces de los árboles y donde islas flotantes surgen y se desvanecen a merced de un caprichoso y fantástico hacedor... En ella los vientos, las tormentas, los cantos de los pájaros míticos, los rugidos de innumerables fieras emboscadas son el tema de una polifonía grandiosa, cuya partitura constituye la categoría incodificable de nuestro fabulario (13).

Hacedores del mito, sus hombres autóctonos viven aún refugiados, pero palpitantes, en la cantidad singular que hemos señalado, y por dar pasos en ese infinito, cielo y tierra se unen en un coloquio cuyo estilo trataremos de revelar en nuestra obra.

[...]

III. El área cultural etnográfica

Murdock (141) estableció la existencia de veinticuatro áreas culturales en América mediante el análisis de nueve variables:

1. La afiliación lingüística de los grupos étnicos.
2. La incidencia y la importancia relativa de las técnicas principales para asegurar la provisión de alimentos.
3. La presencia, ausencia e importancia relativa de los animales domésticos y de las plantas cultivadas.
4. Participación de los distintos sexos en las operaciones agrícolas y otros trabajos de la tierra.
5. La incidencia de diversos utensilios de varios niveles de complejidad, alfarería, tejido y metalurgia.
6. Tipos de vivienda y tamaño de la familia.
7. Grado relativo de desarrollo de las clases sociales, las instituciones políticas y el comercio.
8. Distintos tipos y normas de matrimonio.
9. Organización grupal, parentesco y nomenclatura del parentesco.

En el mosaico de áreas culturales americanas de Murdock aparece claramente delimitado el Gran Chaco como un área específica, caracterizada por los siguientes rasgos culturales:

1. *Stocks* lingüísticos: guaicuruan, matacoan, mascoian, vilelan y zamucoan.
2. Cultura de cazadores, pescadores y recolectores. Cultivos elementales de maíz, mandioca y calabazas de distinto tipo. Recolección de vainas de algarroba, porotos silvestres, etcétera.
3. Los aborígenes chaqueños (en especial del complejo étnico guaycurú), adoptaron el uso del caballo de los españoles, caracterizando a través de él, un ciclo cultural ecuestre.

Otro animal doméstico es el perro, habiendo tomado también de los españoles la cría de ganado vacuno, ovejas y cabras. Este último tipo de actividad es de poca importancia económica y cultural.

4. El trabajo agrícola está a cargo del hombre en los grupos mascoi y pilagá; de la mujer en los grupos choroti y mataco; y de ambos sexos entre ashkluslay y tobas.
 5. Poseen alfarería. Hilan, tejen y tiñen el chaguar y la lana.
 6. La vivienda está constituida por mamparas y tienda de esteras, chozas en forma de colmena, casas en forma de colmena de planta circular u oval con cubierta de paja. Pueden agruparse en aldeas constituidas por casas diseminadas sin orden, cerca o en torno a un área descubierta, como una plaza.
- Entre los pilagá se advierten aldeas formadas por grandes casas elípticas dispuestas en fila o en forma semicircular.

La familia es por lo general monógama, nuclear o extensa.

7. Presentan una vida seminómada, constituyéndose en bandas políticamente autónomas. La autoridad de estos grupos es un cacique local, que es generalmente sucedido por su hijo. Las diferencias de status dentro del grupo tribal son mínimas.

8. La familia es monógama, sólo excepcionalmente polígama.

Como hemos dicho, la familia es nuclear o extensa. Por lo general, matrilocal. El matrimonio se realiza por simple convenio de los contrayentes.

Se ha descrito entre ellos la covada, el infanticidio de mellizos, el aborto provocado de las solteras y las fiestas específicas con motivo del nacimiento de un hijo del cacique.

9. La descendencia cultural es bilateral. Se han estudiado distintos tipos de parentesco entre los aborígenes del Gran Chaco, siendo particularmente importantes los análisis sobre términos de parentesco entre los maticos, que permiten agruparlos dentro del llamado *Hawaiian Type*.

[...]

Como elemento de referencia para nuestros estudios ideográficos es interesante recordar algunos de los elementos integrantes del patrimonio cultural de los aborígenes chaqueños “antiguos” y “modernos” de Palavecino, en cuanto a los perfiles religiosos primitivos:

1. Espíritus dueños de las aguas, la tierra, los animales, la caza, etcétera.

2. Celebración de la aparición de Las Cabrillas en conexión con la fructificación de las plantas y árboles silvestres.

3. Concepción del mundo como sucesión alternada de cielos y tierras, o como plano sostenido por un tronco que es la morada de los espíritus.

4. Mitos del burlador; mitos de creación parcial, etcétera.

5. Hechiceros-médicos, chupadores y sopladores; iniciadas por herencia, aprendizaje o revelación.

6. Evocación de espíritus.

7. Hacedores de lluvias y conjuradores de tormentas ■