

VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA
80



CAMBIOS EN LOS PARADIGMAS PSIQUIÁTRICOS

Berro / Bolaños / Espinosa / Levin / Matusevich / Nemirovsky / Vigo / Wikinski

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

Volumen XIX - N° 80 Julio - Agosto 2008

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

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, S. Bermann, M. Cetcovich Bakmas, I. Berenstein, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, M. A. Matterazzi, A. Monchablon Espinoza, R. Montenegro, 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, E. Toro Martínez, I. Vegh, H. Vezzetti, L. M. Zieher, 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, L. F. Ramírez. **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Nöel, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, J. Pérez. **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusevich, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Federico Rebok, Esteban Toro Martínez, Fabián Triskier, 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); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artilles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** 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.

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. Arazo de Lamadrid 1920. Buenos Aires

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 0827-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XIX Nro. 80 JULIO-AGOSTO 2008

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.

SUMARIO

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- Estigmatización en la esquizofrenia y otros trastornos mentales
María Lolich, Eduardo A. Leiderman pág. 165
- Algunas observaciones sobre la evolución del concepto de trauma
Elena Levy Yeyati pág. 174
- Tecnofobia: trastorno clínico asociado a las tecnologías digitales
Leticia Elizabeth Luque, Rodolfo Ávila pág. 179

DOSSIER

CAMBIOS EN LOS PARADIGMAS PSIQUIATRICOS

- Categoría y Dimensión en Psiquiatría
Santiago Levin, Daniel Matusevich, Martín Nemirovsky pág. 189
- Psicofármacos y teorías etiopatogénicas en Psiquiatría. Del contexto de descubrimiento al obstáculo epistemológico
Silvia Wikinski pág. 196
- ¿Cómo crece tu jardín? Una actualización del debate sobre la naturaleza genética o ambiental de los trastornos psiquiátricos
Daniel Vicente Vigo pág. 201
- Los cambios en nuestro quehacer: una mirada desde el Psicoanálisis
Marcelo Armando, Rodolfo Espinosa pág. 211
- Paradigma o Paradigmas en la Clínica Psicoanalítica Actual
Inés T. Berro pág. 218
- El Paradigma de la Evidencia
Ricardo Bolaños pág. 224

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- De la Alienación a las Enfermedades Mentales en Alemania: Karl Kahlbaum, un pensamiento de cambio
Norberto Aldo Conti pág. 228
- Sobre los puntos de vista que se ofrecen para el diagnóstico clínico en la psicopatología
Karl Kahlbaum pág. 231

- LECTURAS pág. 238

VERTEX
*Revista Argentina de
Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

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

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

Ilustración de tapa
Regina Romano
"La frustración"
70 x 50 cm
Óleo s/tela
2007

E-mail: romanoregi@gmail.com
Web: www.reginaromano.com.ar

EDITORIAL

H

asta el lanzamiento del Plan de Salud Mental 2002-2006, no se disponía de datos generales actualizados sobre los trastornos mentales en la población de la Ciudad de Buenos Aires. Ya el estudio poblacional realizado por el CONICET a través de su Programa de Epidemiología Psiquiátrica entre los años 1979 y 1982 indicaba que un 26 % de la población presentaba síntomas de moderados a graves que requerían de asistencia psicológica y/o psiquiátrica y, casi dos décadas después, en el trabajo "Epidemiología de los trastornos mentales" (Buenos Aires, 1999), realizado sobre una muestra de población adulta atendida en los consultorios externos de los Hospitales Fernández, Piñero y Tornú, se concluyó que predominaba el sexo femenino y el grupo etáreo entre los 18 y 50 años, el perfil socioeconómico correspondía a sectores medios empobrecidos, más del 50% tenía educación secundaria y/o universitaria, y el 25 % permanecía desocupado en el momento de la consulta. La frecuencia de los trastornos mentales y del comportamiento fue la siguiente: neurosis (54%), depresiones (14%), psicosis (10%), trastornos de la personalidad (7%) y problemas con el ambiente social (6%).

Desde hace tiempo se vienen realizando a nivel internacional esfuerzos importantes por incluir en los estudios sobre prevalencia de trastornos mentales aquellos factores sociales, culturales y demográficos que influyen en la prevención y asistencia de dichos trastornos dado que ellos afectan particularmente a los sectores más desprotegidos y desfavorecidos de la sociedad. Pese a seguir careciendo de información fidedigna y suficientemente amplia a nivel poblacional, existen datos que permiten inferir -merced al agravamiento de las condiciones sociales y económicas sufridas por la población en los últimos diez años- el aumento de trastornos mentales y de comportamiento; especialmente en lo que se refiere a los trastornos de ansiedad y las depresiones así como a las llamadas nuevas patologías como los trastornos de la alimentación, la violencia en todas sus formas -familiar, social, abuso de menores- y las adicciones a drogas y alcohol, cada vez de comienzo más temprano, sin dejar de mencionar los accidentes y el suicidio. Baste como ejemplo el resultado de la primera Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media, realizada por la SEDRONAR en 2002, dirigida a jóvenes escolarizados de 12 a 17 años, sobre una muestra representativa a nivel nacional y provincial del 85.3% del total de estudiantes registrados en el Censo Educativo Nacional del año 1999, arrojó los siguientes resultados: el consumo de alcohol alcanza al 75.1% de los estudiantes, el de tabaco el 46.7%, psicofármacos sin prescripción médica (estimulantes y tranquilizantes) el 9.5%, y drogas ilegales (principalmente marihuana y otras) el 6.7%. Otros resultados parciales publicados en el último lustro en medios especializados concurren a abonar la idea de un agravamiento en la patología mental en Buenos Aires, su zona metropolitana y el interior del país.

Entre otros aspectos sanitarios y sociales, una planificación racional de los recursos materiales y humanos necesarios para mejorar la atención en Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires debería partir, antes que de los aspectos arquitectónicos de los centros de salud como se viene anunciando, de un conocimiento lo más exhaustivo posible de las condiciones epidemiológicas que deben enfrentarse. Lo contrario puede conducir a una dilapidación de esfuerzos de todo tipo con escasa influencia para modificar la situación de la Salud Pública en el área ■

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

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2008

Vertex 77 / Enero - Febrero
**ACTUALIZACION
EN ADICCIONES**

Vertex 78 / Marzo - Abril
CONCIENCIA Y CEREBRO

Vertex 79 / Mayo - Junio
ESPECTRO DEL TOC

Vertex 80 / Julio - Agosto
**CAMBIOS EN LOS PARADIGMAS
PSIQUIÁTRICOS**

Vertex 81 / Septiembre - Octubre
**PROBLEMÁTICAS DE
GÉNERO EN PSIQUIATRÍA**

Vertex 82 / Noviembre - Diciembre
**EFFECTOS ADVERSOS
DE FÁRMACOS**



revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



Estigmatización en la esquizofrenia y otros trastornos mentales

María Lolich

Licenciada en Psicología
Universidad de Palermo
E-mail: lolichm@yahoo.com.ar

Eduardo A. Leiderman

Medico especialista en Psiquiatría

Resumen

Introducción: el estigma en torno a las enfermedades mentales constituye uno de los impedimentos más importantes en lo que refiere a la reinserción del paciente a la comunidad. La estigmatización es un proceso social que se expresa bajo diferentes tipos de prejuicios, estereotipos y discriminación. **Métodos:** se revisaron artículos sobre estigmatización en los trastornos mentales publicados en las dos últimas décadas a través de una búsqueda bibliográfica en la base de datos Medline. Se buscó efectuar una síntesis de los principales resultados obtenidos y correlacionarlos ubicándolos en categorías comunes. **Resultados y Conclusiones:** la esquizofrenia constituye uno de los trastornos más afectados por la estigmatización. La sociedad manifiesta mayores índices de rechazo social hacia los pacientes cuanto mayor cercanía, privacidad e intimidad implica el vínculo a tener lugar. Menores oportunidades laborales así como un importante nivel de desconocimiento popular sobre las enfermedades mentales constituyen rasgos distintivos del panorama actual. Las diferencias entre las actitudes expresadas y los comportamientos posteriormente asumidos, así como la influencia de la discapacidad social en la elección de respuestas derivan en un importante desafío metodológico por resolver.

Por otro lado, la participación directa de los pacientes en las intervenciones demuestra ser fundamental para lograr cambios poblacionales significativos.

Palabras clave: Estigmatización - Enfermedad mental - Esquizofrenia - Actitudes - Distancia social.

STIGMATIZATION TOWARDS SCHIZOPHRENIA AND OTHER MENTAL ILLNESSES

Abstract

Introduction: Stigma surrounding mental illness is one of the main barriers for patients' reintegration into the community. Stigmatization is a social process characterized by different kinds of prejudices, stereotypes and discrimination. **Method:** A review and synthesis of articles about mental illness stigmatization published in Medline in the past two decades was done. Key areas were identified and grouped under specific categories. **Results and Conclusions:** Schizophrenia is one of the mental illnesses that is most affected by stigmatization. The more private and closer the situation is, the more rejection is to be expected. The rate for public rejection increases with the closeness and intimacy in the relationship. People with a psychiatric illness are disadvantaged with regard to housing and employment opportunities. Public in general is not well informed about mental disorders distinct features. The influence of social desirability in the obtained responses leads to a discrepancy between participants' attitudes expressed in the survey and their actual behavior. An important methodological challenge persists due to the fact that only behavioral intentions have been assessed, not how people actually behave.

Patients' involvement in the planning and development of social interventions is essential for their success.

Key words: Stigma - Mental illness - Schizophrenia - Social distance - Attitudes.

Introducción

Uno de los objetivos últimos y de mayor importancia en el tratamiento de las enfermedades mentales es la reinserción de los pacientes a la comunidad. Paralelamente, el estigma en torno a los trastornos psiquiátricos es un fuerte impedimento para su consecución (6, 10, 19, 22).

La estigmatización es un proceso social que se expresa bajo diferentes formas de prejuicios, estereotipos y discriminación negativa hacia quien se identifica como portador de una diferencia que lo distingue. Se caracteriza por un conjunto específico de actitudes y comportamientos, habitualmente negativos, que un grupo social adopta hacia otros individuos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o "marca" que permite identificarlos (13, 19).

En relación a los trastornos mentales, la estigmatización afecta no sólo al portador sino también a familiares, amigos y personal sanitario, lo que termina reforzando el círculo vicioso de alienación y exclusión. Sus consecuencias inciden negativamente en la prevención, tratamiento y pronóstico del trastorno, aumentándose así el riesgo de cronificación. En el caso esquizofrénico, éste es uno de los más afectados. La población en general cuenta con información insuficiente o distorsionada sobre el mismo, derivando en altos niveles de rechazo social. Éste puede manifestarse por ejemplo, en la preferencia pública a no compartir un mismo ámbito de trabajo, vecindario, establecer amistad o una relación amorosa. Además, en muchos casos, los medios masivos de comunicación suelen reforzar la imagen caricaturesca que se adopta sobre los pacientes, describiéndolos principalmente como agresivos, peligrosos e impredecibles (6, 10, 11, 14, 19, 22).

Quienes sufren las consecuencias del estigma encuentran mayores dificultades al buscar alquilar inmuebles, obtienen menores oportunidades laborales y, en lo que respecta a los vínculos interpersonales, éstos suelen resultarles poco satisfactorios (10, 19).

Conocer con mayor detenimiento el accionar del proceso de estigmatización se considera esencial para diseñar campañas comunitarias de concientización efectivas. Sin embargo, adquirir tal conocimiento resulta complejo dadas las limitaciones metodológicas que se presentan cuando se intenta abordar este fenómeno. Las diferencias entre las actitudes expresadas y los comportamientos posteriormente asumidos, así como la influencia de la deshabilidad social en la elección de las respuestas conducen a un complejo desafío para el investigador. Por estas razones, hace ya varias décadas que se vienen desarrollando minuciosos estudios. La mayoría de ellos se centran en develar la dinámica y componentes de las actitudes públicas hacia las enfermedades mentales (particularmente hacia la esquizofrenia) y su relación con otros comportamientos y aspectos del fenómeno (1, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 18).

A continuación se expondrá una breve revisión de las investigaciones efectuadas sobre el tema y los principales hallazgos obtenidos.

Investigaciones acerca del estigma en las enfermedades mentales

Hoy en día se cuenta con gran variedad de estudios sobre la estigmatización en los trastornos psiquiátricos. La mayoría son de opinión e indagan principalmente en las características de los estereotipos adoptados, nivel de conocimiento y grado de discriminación social en diferentes grupos poblacionales (1).

Fue en la década del 60 cuando el sociólogo canadiense Erving Goffman revolucionó el estudio de las relaciones sociales al colocar en el centro del debate el fenómeno del estigma. Entendido como un proceso sumamente complejo, éste se iniciaría cuando a determinado grupo humano le son asignados atributos negativos resultando sus integrantes excluidos de espacios sociales de participación y de posibles beneficios inherentes. Goffman identifica tres posibles fuentes en el surgimiento del estigma: las deformaciones del cuerpo físico; los defectos del carácter (en este grupo entrarían las diferentes psicopatologías) y las diferencias tribales de grupos étnicos, nacionales, religiosos, etc. (13).

Desde entonces, diferentes marcos teóricos han sido desarrollados como eje de las investigaciones e interpretación de los resultados en la temática (1, 3). Uno de los más empleados en investigación es la teoría sociológica de la estigmatización desarrollada por Link y Phelan (18). Según esta perspectiva, el estigma ocurre cuando una persona es identificada con una categorización que la distingue y vincula con estereotipos negativos que resultan en discriminación. Es el resultado de cuatro procesos sociales básicos: primero, se distingue y etiqueta diferencias humanas; segundo, un grupo social así conformado es vinculado a creencias culturales hegemónicas organizadas en estereotipos negativos. En un tercer momento, aquellas personas distinguidas son ubicadas en tales categorías conformadas, lográndose un grado de separación entre un nosotros y un ellos. Por último, la persona señalada como perteneciente a la categoría externa experimenta pérdida de status y discriminación que la conlleva a sufrir tratos sociales injustos (1, 2).

Por otro lado, según Corrigan y Watson (7) el estigma denota la reacción negativa de la población hacia un cierto grupo de individuos agrupados bajo una categorización que los vincula. Está compuesto por tres componentes básicos: estereotipos, prejuicios y discriminación. Los estereotipos son creencias colectivas compartidas sobre un grupo de individuos. La mayoría de las personas están familiarizadas con estos estereotipos, sin embargo, no todos los adoptarían. Sin son adoptados, los prejuicios se desarrollan, resultando en emociones negativas y, posteriormente, en conductas negativas de discriminación (1, 2).

La mayor parte de los estudios efectuados hasta el momento son de origen europeo y norteamericano, habiendo pocos estudios latinoamericanos (18, 20). Estos trabajos tienen por objetivos principales conocer las actitudes de la población hacia los trastornos y enfermedades mentales, estudiándose principalmente (2, 3, 6, 11, 22):

- a) el grado de propensión a la distancia social (la falta de disposición a compartir el ámbito de trabajo, vecindario, establecer una amistad o relación amorosa),
- b) la identificación de los componentes del estereotipo con mayor estigma,
- c) la estimación del grado de estigma social; y
- d) el conocimiento con el que se cuenta sobre las enfermedades psiquiátricas (etiología, sintomatología, trastorno, pronóstico, reconocimiento de diferentes trastornos).

A partir de estos lineamientos básicos se busca identificar posibles relaciones entre el tipo de actitudes asumidas y las restantes variables estudiadas. En lo que refiere al grado de conocimiento sobre las enfermedades psiquiátricas, por ejemplo, se evalúa la relación entre el nivel de información con el que cuenta el entrevistado y su preferencia por el nivel de intimidad con un paciente diagnosticado con tal trastorno. Algunos estudios indagaron el modo en el que las actitudes hacia los enfermos mentales se ven afectadas por experiencias personales previas con los mismos. En relación a esto último, como se describirá más adelante, los resultados parecen prometedores en cuanto a los efectos positivos que derivan del contacto directo entre los integrantes de la comunidad y pacientes psiquiátricos cuando la intención es reducir los efectos de la estigmatización.

Es además, un punto usual de comparación evaluar el tipo de respuestas obtenidas y su relación con índices sociodemográficos como ser el nivel educativo, grupo etario, género, etc.

En la mayoría de los estudios, las muestras han sido representativas de residentes en áreas urbanas (2, 4, 8, 9, 19, 22). Los estudios analizados provenientes de Argentina y Chile, lamentablemente no contaron con muestras representativas (6, 19). De todas maneras, un estudio de revisión bibliográfica efectuado en Latinoamérica y el Caribe señala que los resultados obtenidos en investigaciones realizadas en estos países son sumamente similares a los encontrados en Europa, Estados Unidos y Canadá (23).

Los instrumentos utilizados suelen ser cuestionarios estandarizados o entrevistas estructuradas que parten de la presentación de casos-viñetas (2, 4, 5, 18, 22). En estos últimos se presentaron casos clínicos de pacientes afectados por una enfermedad mental, detallando sus síntomas y su funcionamiento en la comunidad, sin mencionar en forma concreta su diagnóstico. Cuando la modalidad de realización de las encuestas no fue de tipo personal y presencial, los cuestionarios fueron enviados por correo y las entrevistas se realizaron telefónicamente (3, 11, 14).

La presentación de casos en viñetas ha sido mayormente utilizado para evaluar el grado de conocimiento de los distintos trastornos mentales con el que cuentan los entrevistados (8, 11).

A su vez, también existe una vertiente de trabajos teóricos orientados a profundizar las implicancias y manifestaciones de este fenómeno en los espacios públicos de la salud mental; sus resonancias conceptuales, metodológicas y el modo en el que éstas inciden en el

ejercicio de la práctica profesional. He así por ejemplo, un conjunto interesante de reflexiones publicadas en nuestro país sobre el complejo campo del prejuicio y su peor consecuencia, el estigma. En las mismas se hace hincapié en la etimología y orígenes del prejuicio a lo largo de los diferentes contextos históricos, la importante distinción entre éste y los sistemas de creencias, los diferentes tipos de discursos implicados en cada caso, etc. (17).

La complementación de investigaciones empíricas, reflexiones teóricas e intervenciones en la comunidad puede derivar en resultados sumamente enriquecedores en pos de los cambios colectivos necesarios para la reducción del estigma.

Estimación del estigma social

Al indagar en la impresión de los participantes sobre la magnitud del estigma social, los estudios concuerdan que el nivel de discriminación social percibido es alto. Los sujetos encuestados estiman que los enfermos mentales son estigmatizados en niveles elevados por la población en general. Esta variable suele medirse presentándoles a los participantes una serie de situaciones sociales y luego se les interroga en qué medida consideran que los enfermos mentales se ven afectados por las mismas. Para ello utilizan frases como: la mayoría de la gente preferiría tomar como empleado a otra persona antes que a una que padezca de algún tipo de trastorno mental, la mayoría de la gente evitaría tomar a una persona con esquizofrenia para el cuidado de sus hijos, la mayoría de la gente tendría objeciones de salir con una persona con esquizofrenia, etc.

En un estudio efectuado en Alemania, al preguntárseles por las oportunidades laborales, el 81% de una muestra de 7.246 individuos afirmó que un empleador pasaría de lado aquel curriculum que remita a un enfermo mental. Por otro lado, en lo que refiere al cuidado de los niños y citas románticas el 70% y 50% respectivamente de los encuestados signó que la sociedad manifestaría resistencia a que tales actos ocurrieran (11).

Es curiosa la tendencia de los participantes a reconocer un mayor nivel de estigma proveniente de la sociedad hacia los enfermos mentales en comparación a una menor expresión de estigma personal propio. Esto fue corroborado por diversos trabajos presentados. En el estudio alemán anteriormente mencionado (11), fueron particularmente los jóvenes y las mujeres quienes señalaron una mayor presencia de estigmatización social que estigma personal propio. En un estudio comparativo efectuado entre la población japonesa y australiana, también quedaron en evidencia estos resultados (13). Las poblaciones de ambos países denotaron mayor estigma social que personal, especialmente en el caso de la muestra japonesa. A su vez, en este último estudio, se encontró que la esquizofrenia, particularmente en su manifestación crónica, es percibida con mayor estigmatización social que la depresión. El mayor grado de discriminación tanto social como individual para este trastorno por sobre otros se reitera en numerosos estudios (4, 8, 12, 14).

Actitud hacia el enfermo mental y distancia social

En varios trabajos publicados se encontró que la actitud popular expresada hacia los enfermos mentales es predominantemente positiva (11, 20, 23). Sin embargo, cuando se indagan otros aspectos en relación a este tipo de patologías o bien posibles comportamientos que los participantes consideran que la sociedad asumiría, las opiniones suelen denotar actitudes y comportamientos negativos hacia los pacientes psiquiátricos. Por ejemplo, en el estudio ya comentado de origen alemán, casi un tercio de la muestra aceptaría contratar a una persona con una patología psiquiátrica. Sin embargo, al preguntársele sobre cómo consideran que reaccionarían los empleadores, más del 80% de los participantes afirmaron que los empleadores pasarían por alto un currículum con tales características (11).

En un estudio efectuado en Argentina sobre posición social y la actitud hacia la enfermedad mental, la mayoría de los encuestados manifestaron una posición favorable. Lamentablemente en este trabajo no se brinda una descripción detallada sobre lo que este tipo de posición o actitud implica. Los sujetos que se caracterizaron por tener un bajo nivel educacional y por desempeñar una ocupación de bajo prestigio social indicaron mayores actitudes desfavorables hacia las enfermedades psiquiátricas. A medida que los participantes se ubicaban en niveles educativos más altos y desempeñaban ocupaciones de mayor prestigio, asumían actitudes más favorables (20).

Es de importancia señalar que las actitudes difieren según el tipo de trastorno implicado. Nuevamente, para el caso de la esquizofrenia, este trastorno es señalado con mayor estigma individual que la depresión y otras enfermedades (4, 8). Tanto en la población japonesa como en la australiana, el trastorno depresivo presenta un menor estigma individual que el esquizofrénico (15). El hecho de que las actitudes varíen según el tipo de trastorno implicado requiere ser tenido en cuenta al momento del diseño de intervenciones.

En una investigación efectuada en Inglaterra, en una muestra de 1737 personas, las patologías psiquiátricas con mayor estigma resultaron ser la esquizofrenia y la adicción al alcohol u otras drogas (8). Estos dos últimos trastornos fueron considerados como autoinfligidos. Los encuestados manifestaron que les resultaba dificultoso entablar conversación principalmente con quienes sufren de esquizofrenia, depresión, adicciones, ataques de pánico, trastornos de alimentación y demencia.

En un estudio efectuado en Chile en el que se compararon las actitudes entre familiares y vecinos de personas esquizofrénicas, las opiniones de los vecinos sobre los pacientes eran más positivas que las de sus familiares. Se estimó en dicho artículo que el no tener que lidiar cotidianamente con la enfermedad facilitaría su tolerancia y aceptación (6).

Por otro lado, aquellos encuestados de un estudio alemán que contaban con experiencias previas con un paciente, presentaron actitudes más positivas y solidarias (2, 10). Se mostraron menos propensos a consi-

derar al paciente como responsable por su condición y señalaron en menor medida la peligrosidad como uno de sus atributos característicos. En cambio, aquellos participantes que no contaban al momento de la evaluación con experiencias previas, vinculaban al enfermo mental con atributos personales negativos, como ser la peligrosidad. También manifestaron preferir no entablar relaciones íntimas y comprometidas con un paciente como ser iniciar una relación de pareja o compartir un mismo departamento (2).

De gran importancia en relación a lo anterior resulta el hecho de que a través de campañas de concientización las actitudes poblacionales pueden ser modificadas. Así lo comprobaron programas comunitarios que implicaron el contacto directo con personas que se encontraban o bien se habían encontrado bajo tratamiento psiquiátrico (10, 19).

Un factor de relevancia para estas futuras intervenciones reside en considerar como blanco de las mismas los componentes del estereotipo público adoptado para de este tipo de enfermedades. Especialmente en el caso de la esquizofrenia, los componentes referentes a la impredecibilidad y peligrosidad son los que se encuentran más vinculados con actitudes negativas y preferencia colectiva por niveles elevados de distancia social (1, 2, 3, 4, 6, 11).

Uno de los modos por el que se operacionaliza la actitud pública hacia el enfermo mental, utilizado en numerosos estudios, consiste en inquirir sobre la magnitud de la distancia social que el público adoptaría en caso de tener que relacionarse con una persona que sufre de un trastorno. Es decir, por medio de la distancia social se busca establecer el nivel de intimidad con el que el encuestado manifiesta sentirse o no a gusto, en caso de interactuar con un paciente. Las opciones, por lo general, abarcan desde compartir un ámbito de trabajo, vecindario, amistad o relación amorosa. Los resultados son consistentes en mostrar que la población prefiere mayor nivel de distancia social con un enfermo psiquiátrico cuanto mayor grado de cercanía implica el vínculo o interacción a tener lugar (4, 8, 14, 22).

Varios estudios develan que la distancia social establecida es mayor para la esquizofrenia que para la depresión u otros trastornos. La distancia social aumentaría proporcionalmente a mayor nivel de intimidad requerido (4, 8, 10, 12, 14, 21, 22). Es decir, un nivel de proximidad como casarse es más rechazado que un nivel menor como ser el compartir un mismo ámbito de trabajo con un paciente psiquiátrico. Las consecuencias más marcadas son la exclusión social en cuanto a la obtención de un empleo o contratos de locación (10). Los resultados de un estudio chileno señalan que de una población de 150 empresarios casi el 70% considera que el rendimiento laboral de un esquizofrénico es regular o deficiente, siendo este porcentaje notablemente menor para otras enfermedades. Al solicitárseles que indicaran los motivos, los atributos de violentos, agresivos e impredecibles fueron señalados en el 23% de los casos mientras que este mismo rasgo fue atribuido sólo en menos de un 1% para la neurosis obsesiva (6).

En la investigación alemana ya comentada (2), los resultados indicaron que la tendencia por una mayor distancia social estaba directamente ligada a la identificación del sujeto presentado en los casos viñetas como mentalmente trastornado. Esta identificación estaba además fuertemente vinculada con los rasgos de peligroso, impredecible y con la responsabilidad por su condición. En una investigación previa efectuada en ese mismo país y con la misma cantidad de encuestados -5025-, se obtuvieron resultados sumamente similares en lo que concierne al efecto negativo que conlleva la categorización de una persona como padeciendo de un problema de estas características (3).

En el estudio inglés (8) previamente mencionado, los participantes señalaron como motivos que dificultan la comunicación y la empatía con los enfermos mentales el hecho de ser impredecibles y muy particulares en sus reacciones. El artículo a su vez señala cómo estas mismas presunciones son también adoptadas por profesionales en el ámbito de la salud mental.

Componentes del estereotipo del enfermo mental

Según la revisión efectuada por Hayward y Bright (15), tenida en cuenta como marco teórico para investigaciones empíricas, se distinguieron cuatro aspectos básicos del estereotipo del enfermo mental (2). Estos serían: 1- la idea de que las personas mentalmente enfermas son peligrosas; 2- que son consideradas impredecibles e incapaces de adherir a normas socialmente aceptadas; 3- que son vistas como responsables de su condición; y 4- que la enfermedad mental es percibida como crónica, difícil de tratar y de pronóstico pobre. En varios estudios se encontró que aquellos componentes más fuertemente asociados a elevados niveles de estigmatización son el categorizar al enfermo mental como peligroso e impredecible. El describir a un enfermo con estas características, como ya se mencionó, aumenta el establecimiento de distancia social (2, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 14).

Estos dos atributos (peligrosidad e impredecibilidad) son los que en mayor medida se encontraron asociados al trastorno esquizofrénico y a niveles elevados de rechazo social. Se considera que son los más implicados en lo que hace a la constitución del estigma y sus consecuencias negativas. Llamativamente, el catalogarlos de este modo también se relaciona con una menor atribución de responsabilidad por su condición y mayores grados de empatía. De todos modos, esto no incide en una menor generación de distancia social (1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 14, 16).

Es así que estas expectativas y atributos asociados con quienes se cataloga de sufrir de un trastorno psiquiátrico constituyen factores que mantienen la vigencia del proceso de estigmatización.

Esto refuerza la importancia de implementar programas educativos, charlas y campañas de concientización que apunten a brindar datos fidedignos a la población general, apuntando hacia estos dos componentes como blancos obligados de discusión.

Conocimiento popular sobre las enfermedades mentales

Conocer el nivel de información científica con el que cuenta la población acerca de los trastornos mentales comenzó a ser de interés en los últimos estudios publicados. En la mayoría de los casos se indagó acerca de sus posibles causas, síntomas, pronóstico y tratamiento. También se buscó identificar la capacidad de discernimiento que los participantes poseían en relación a los diferentes trastornos (3, 4, 8, 12, 22).

Los resultados obtenidos no han sido concordantes en cuanto al nivel de conocimiento de la población general. Varios estudios señalaron un nivel de información adecuado (21) mientras que otros evidenciaron la presencia de un alto grado de desinformación (1, 3, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 23).

Por otro lado, sí se pudo comprobar que las personas reaccionan en forma diferente según el tipo de patología identificada (4, 9). De entre las posibles enfermedades, los participantes suelen identificar correctamente al trastorno esquizofrénico y depresivo. A su vez, la esquizofrenia y las adicciones son aquellas patologías con mayor estigma, a las que peor pronóstico se les anticipa y a las que mayor grado de distancia social se les prefiere. Aún más que para la depresión, la población refiere la importancia de implementar un programa médico para el tratamiento de la esquizofrenia. El pronóstico para este trastorno también es menos esperanzador que para otras enfermedades (1, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 22, 23).

Aquellos participantes que catalogan a un sujeto como enfermo mental y lo culpan por el desarrollo de su enfermedad, que anticipan un mal pronóstico o que entienden la etiología como de origen netamente biológico, refieren elevados grados de distancia social. Las personas manifiestan menores grados de empatía y actitudes compasivas hacia quienes se identifica como responsables de su condición, ya sea por comportamientos negligentes o irresponsables. Los participantes que por el contrario no ven en este tipo de comportamientos la causa del trastorno, sino que lo entienden como una consecuencia de un desarreglo biológico, anticipan un mal pronóstico y prefieren mayores grados de distancia social (4, 10). Posiblemente el determinismo genético con el que asocia la condición del enfermo derive en que los participantes sientan menor tendencia hacia comportamientos compasivos.

En un estudio efectuado en Alemania, un tercio de las 7246 personas entrevistadas fueron capaces de nombrar diferentes causas de la esquizofrenia. Un 76% sostuvo que la misma requería de un tratamiento farmacológico para tratar su sintomatología y la mayoría de la muestra la asoció con la personalidad múltiple o dividida (11).

Al igual que con el contacto previo con un enfermo mental, a mayor nivel de conocimiento menor es la distancia social que se establece. Si se cataloga a un sujeto de padecer un trastorno y se está mal informado acerca de su curso y síntomas, el nivel de rechazo social es alto. Esto último es considerado de crucial importancia al momento de planificar intervenciones. Si bien hoy en

día se sabe que el hecho de brindar información por sí solo es insuficiente cuando se busca incidir en los comportamientos sociales, la educación de la población es imprescindible (3, 4, 8, 9, 10, 12, 20, 22). Al fomentar la constitución de una imagen más acertada sobre las verdaderas implicancias de este tipo de trastornos, se reducirían los efectos negativos de la exclusión social.

Intervenciones dirigidas a los diferentes medios de comunicación pueden ser implementadas a través de una certera capacitación de los profesionales en comunicación social, siendo que es justamente por estas vías por donde se establece hoy en día, gran parte de la imagen caricaturesca del enfermo mental (22). En un estudio efectuado en Alemania (21) se contabilizaron en artículos periodísticos escritos un alto número de adjetivos negativos referentes a la esquizofrenia. Se implementó posteriormente una campaña educativa dirigida a los periodistas lográndose reducir notablemente las notas con referencias negativamente distorsionadas. Este constituye un buen ejemplo de medidas que podrían aplicarse también en nuestro país en medios de comunicación masiva como ser el televisivo.

Además, como se expondrá a continuación, comienza a considerarse esencial la oportunidad de establecer contactos directos con los pacientes. Brindar talleres abiertos a la comunidad, específicamente en ámbitos escolares donde puedan debatirse estas temáticas, resulta esencial. Se obtuvieron excelentes resultados al aplicar estas medidas en Canadá y diferentes países europeos (1, 4, 6, 8, 9, 10).

Distancia social y su relación con el contacto previo con un enfermo mental

Son alentadores los resultados que indican que los encuestados que se habían relacionado con una persona con trastorno mental manifestaban menores niveles de distancia social. Así, el contacto personal permitiría desmitificar muchos de los estereotipos y fomentar una relación acorde (1, 4, 6, 8, 9, 10). En un estudio efectuado en Inglaterra con una muestra de 1725 encuestados, aquellos que habían entablado previamente contacto con un esquizofrénico manifestaron un mayor porcentaje de actitudes neutras (65% vs. 71%) y positivas (15% vs. 8%) que aquellos que no lo habían hecho (8).

Nuevamente, estos datos enfatizan la importancia de implementar intervenciones que involucren contactos directos cara a cara con sujetos que sufran o hayan sufrido de un trastorno psiquiátrico. Este tipo de interacción facilita el derrumbe de prejuicios y estereotipos erróneos relativos a estas enfermedades y sus implicancias. Los ámbitos educativos, tanto a nivel inicial como secundario demuestran ser blancos idóneos. Se han obtenido buenos resultados con este tipo directo de programas. En Alemania, una de las intervenciones implementadas constó en proyectar un cortometraje sobre la vida diaria de una persona con esquizofrenia. Al final del mismo, al preguntársele al público su impresión al respecto se obtuvieron opiniones favorables hacia esta enfermedad y su protagonista (10). Esto mismo podría ser replica-

do en nuestro país, tanto en espacios abiertos como en ámbitos de educación formal.

En relación a otras campañas implementadas sobre la temática, desde 1996 la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) lleva a cabo uno de los mayores programas de alcance internacional, denominado "Open the Doors". Sus objetivos principales radican en identificar, desarrollar y aplicar estrategias para la reducción del estigma que sufren las personas con esquizofrenia y sus allegados. Hoy en día, es implementado en 20 países de diferentes continentes como ser Austria, España, Alemania, Japón, Egipto, Chile, etc. La estrategia de desarrollo para cada una de las intervenciones es definida primero localmente, basada en información proveniente de las experiencias de pacientes, familiares, profesionales de la salud y miembros de la comunidad. En estos programas se proyectan filmes donde se aborda la vivencia diaria de personas con esquizofrenia, posibilitan espacios de intercambio y dialogo directo con pacientes, realizan intervenciones en los medios de comunicación, talleres de arte y concientización donde colaboran actores sociales relevantes tales como párrocos, policías, etc., entre otras actividades. Los resultados obtenidos son prometedores en tanto se corrobora el efecto positivo que genera en los miembros de la comunidad este tipo de intervenciones. Además, en esta última década se ha podido obtener información sumamente valiosa que retroalimenta positivamente el diseño e implementación de nuevos proyectos (19).

En concordancia con los estudios mencionados anteriormente, en el reporte de la WPA publicado en el año 2005 se destaca la obtención de mejores resultados al focalizar las intervenciones en grupos conformados por profesionales de la salud, comunicadores sociales y estudiantes de colegios secundarios (19).

Distancia social y su relación con variables sociodemográficas

En relación a la distancia social manifestada por los participantes hacia los enfermos mentales y sus características sociodemográficas, sólo se pudo establecer una clara asociación entre la distancia social y la variable referida al nivel educativo. A mayor formación académica del participante menor es la distancia que se prefiere (1, 8, 22).

En un artículo de revisión bibliográfica de trabajos publicados en Latinoamérica y el Caribe (21), este mismo tipo de actitudes se encontró a su vez relacionado con una buena posición económica. Iguales resultados fueron obtenidos en una investigación efectuada en Argentina hace más de dos décadas (20).

No se encontraron claras referencias en cuanto al posible vínculo entre el género y grupo etario de los encuestados y el tipo de actitudes hacia los enfermos mentales (1). Algunos estudios indican que son los más jóvenes quienes establecen mayores espacios de distancia social (5, 8) mientras que otros trabajos indican que esto sucede principalmente en la población mayor (11, 22).



En un estudio inglés de 1725 participantes sobre la estigmatización en siete desórdenes mentales (esquizofrenia, depresión, adicciones al alcohol y otras drogas, ataques de pánico, trastornos de alimentación y demencia), la población entre 16 y 24 años de edad, a diferencia de aquellos mayores de 65, expresaron en mayor proporción conocer a un individuo que padeciera problemas con las drogas, con el alcohol y con la alimentación. Por otro lado, la población de más de 65 años indicó en mayor medida haber estado en contacto con personas que sufrieran de demencia. En esta misma investigación se encontró que aquellos que pertenecían a una clase socioeconómica alta eran más propensos a declarar conocer a alguna persona con enfermedad mental (9).

Finalmente, otros estudios señalan que no han podido establecer relación alguna entre las variables socio-demográficas y las actitudes adoptadas por los participantes, siendo necesarias más investigaciones para confirmar o rebatir estas asociaciones (3, 12).

Conclusiones

La exclusión y discriminación social negativa a la que se ven expuestos quienes sufren del estigma de las enfermedades mentales son alarmantes. Perjudica seriamente no sólo su tratamiento y pronóstico sino también a sus familiares, amigos e integrantes de los servicios de salud mental, entre otros. Lo inquietante también reside en

que, en el mismo momento que circulan públicamente estereotipos y concepciones sosteniendo la incapacidad e inhabilitación de los pacientes psiquiátricos, un porcentaje considerable de los mismos se encuentra en condiciones óptimas para reintegrarse a la sociedad y desarrollar sus actividades diarias con gran margen de autonomía (3, 4, 22).

Es importante resaltar el hecho de que no todas las enfermedades son estigmatizadas del mismo modo. La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales más estigmatizados y al que mayor rechazo social se le impone (1, 5, 12, 16, 22, 23). Esto resulta particularmente notable en las menciones que del mismo se efectúan en los medios de comunicación donde la tendencia consiste en exagerar y distorsionar algunos de los rasgos presentes en el imaginario colectivo para promocionar notas que atraigan un mayor consumo público (21).

Las investigaciones efectuadas coinciden en señalar cómo la tendencia hacia una mayor distancia social se acrecienta al aumentar el nivel de intimidad implicado en la relación. Las personas en general prefieren entablar vínculos de amistad o de vecindad antes que contraer matrimonio o confiar el cuidado de sus hijos a un paciente psiquiátrico. La peligrosidad e inestabilidad como características fuertemente asociadas a los enfermos mentales, especialmente al trastorno esquizofrénico, inciden de modo notorio en el establecimiento de una mayor distancia social. Estos dos últimos atributos,

así como aquellas concepciones erróneas que los describen como incompetentes para trabajar y crónicamente afectados, son señalados como puntos focales para futuras intervenciones (1, 3, 4, 5, 6, 10, 22). Sería sumamente beneficioso además, comenzar a replicar este tipo de estudios en nuestro país.

Resulta así de suma importancia el que esta temática comience a formar parte de un debate cotidiano en los ámbitos educativos y encuentros comunitarios, empujando por ejemplo, por integrar su contenido a la currícula de los diferentes niveles de formación. A partir de los resultados obtenidos en los diferentes trabajos, también queda en evidencia lo conveniente de la participación de los pacientes en el diseño e implementación de las intervenciones. Es fundamental tener siempre presente la importancia del contacto directo de los mismos con la comunidad cuando se busca modificar estereotipos e imágenes distorsionadas (10, 22).

Las modalidades más utilizadas hasta el momento consisten en brindar charlas en escuelas o universidades, no sólo acerca del estigma y sus consecuencias sino también sobre las verdaderas implicancias de las enfermedades mentales, particularmente la esquizofrenia, trastorno al que mayores distorsiones y rasgos negativos suelen atribuírseles. Además, el buscar transmitir información de carácter positivo en las notas y programas televisivos también generaría efectos positivos de gran alcance (19).

Es fundamental para cada caso que se explicita el marco teórico desde el cual se parte, ya que éste condicionará el desarrollo del programa. Es también relevante considerar el diseño cuidadoso de una agenda donde se debatan temáticas tales como la exclusión social, relaciones de poder, legislaciones actuales, derechos humanos, participación comunitaria, etc., en donde los pacientes y la población puedan tomar mayor responsabilidad e injerencia en la toma de decisiones y que de este modo las acciones no estén sólo del lado de la ciencia médica (17).

Resulta necesario continuar recabando información sobre el proceso por el cual la sociedad cataloga y se comporta negativamente hacia cada uno de los diferentes trastornos así como el accionar de los componentes implicados en el proceso de estigmatización que lo sus-

tentan. Si bien actualmente existe una noción más precisa sobre los mismos, aún es necesario conocer con mayor profundidad el complejo vínculo entre las disposiciones actitudinales y su manifestación conductual concreta. Éste consiste en uno de los desafíos metodológicos más apremiante (1, 4, 8).

Es así que, partiendo de una concepción sistémica de nuestra sociedad, las intervenciones en pos de reducir el estigma podrían ser abordadas teniendo en consideración a todos los subsistemas implicados como actores claves en pos de lograr una óptima reintegración de los pacientes a la comunidad. Sería necesario diseñar y dirigir las mismas desde y hacia cada uno de sus miembros, es decir, incluir las opiniones y vivencias que del estigma tienen tanto los afectados, familiares, como personal sanitario y público lego en general. A partir de un ciclo que se retroalimenta positivamente, las intervenciones lograrían mayores grados de efectividad y una mejor distribución de sus recursos. Diseñar campañas de concientización en las que participen quienes padecen de una enfermedad mental, aportando su visión y experiencia sobre este fenómeno además de asistir a los diferentes talleres y charlas es ineluctable. Por otra parte, el considerar a la población como otra posible fuente de información en relación a su visión sobre el estigma y cómo éste podría verse reducido, también enriquecería y facilitaría intervenciones de mayor alcance.

Dada la vigencia actual del proceso de estigmatización en nuestras sociedades y sus nefastas consecuencias, continuar implementando medidas al respecto deviene imprescindible no sólo por el sentido pragmático de mejorar la calidad de vida de los afectados sino también en cuanto fomentar mayores niveles sociales de concientización. Resulta necesario comenzar a promover y asumir un enfoque social más ético que involucre un verdadero compromiso y responsabilidad para con cada uno de los integrantes en su totalidad ■

Agradecimientos: agradecemos por la colaboración en la búsqueda bibliográfica a C. Berizzo, A. Bonifacio, N. Bruscoli, J.I. Capria, B. Ehrenhaus, M. Guerrero, M. Guerrero, G. Vázquez.

Referencias bibliográficas

1. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113 (3): 163-179.
2. Angermeyer MC, Matschinger H. Labeling, stereotype, discrimination. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40 (5): 391-395.
3. Angermeyer MC, Beck M, Matschinger H. Determinants of the Public's Preference for Social Distance from People With Schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2003; 48 (10): 663-668.
4. Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108 (4): 304-309.
5. Anglin DM, Link B, Phelan J. Racial differences in stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Psychiatr Serv* 2006; 57 (6): 857-862.

6. Chuaqui J. El estigma en la esquizofrenia. *Ciencias Sociales Online* 2005; 2 (1): 45-66.
7. Corrigan P, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002; 1 (1): 6-20.
8. Crisp A, Gelder M, Goddard E, Meltzer H. Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry* 2005; 4 (2): 106-113.
9. Crisp A, Gelder M, Rix S, Meltzer H, Rowlands O. Stigmatization of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2002; 177: 4-7.
10. Gaebel W, Baumann A. Interventions to Reduce the Stigma Associated With Severe Mental Illness: Experiences From the Open the Doors Program in Germany. *Can J Psychiatry* 2003; 48 (10): 657-662.
11. Gaebel W, Baumann A, Witte A, Zaeske H. Public attitudes towards people with mental illness in six German cities. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 252: 278-287.
12. Goerg D, Fischer W, Zbinden E, Guimón J. Diferenciación en las representaciones sociales de los trastornos mentales y los tratamientos psiquiátricos. *Eur J Psychiatry* 2004; 18 (4): 225-234.
13. Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires, Editorial Amorrortu, 1986.
14. Griffiths K, Nakane Y, Christensen H, Yoshioka K, Jorm A, Nakane H. Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 21.
15. Hayward P, Bright JA. Stigma and mental illness: A review and critique. *J Ment Health* 1997; 6: 345-354.
16. Jorm AF. Mental Health Literacy. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 396-481.
17. Levin S, Matusevich D. Prejuicio y estigma en psiquiatría. *Vertex, Rev Arg de Psiquiat* 2007; 71 (18): 31-34.
18. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001; 27 (1): 363-385.
19. Sartorius N, Schulze H. Reducing the stigma of mental illness. United Kingdom, Cambridge University Press, 2005.
20. Stefani D. Influencia del nivel socioeconómico sobre las actitudes hacia la enfermedad mental. *Salud Mental* 1984; 7 (3): 25-28.
21. Stuart H. Stigma and the Daily News: Evaluation of a Newspaper Intervention. *Can J Psychiatry* 2003; 48: 651-656.
22. Stuart H, Arboleda-Flórez J. Community Attitudes Toward People With Schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2001; 46: 245-252.
23. Toledo Piza Peluso E, Blay SL. Community perception of mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39 (12): 955-961.

Algunas observaciones sobre la evolución del concepto de trauma

Elena Levy Yeyati

Médica especialista en Psiquiatría. Psiquiatra de guardia del Hospital Alvear

Miembro de la Fundación Descartes

Analista practicante de la Escuela de la Orientación Lacaniana

Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis

E-mail: elyeyati@intramed.net

Introducción: El nacimiento de una metáfora

El trauma psíquico es postulado como causa de sufrimiento en el mismo sentido en que se postuló que un trauma mecánico causaba una lesión física. Sabemos que esta metáfora fue importada del campo de la medicina general por la psiquiatría dinámica del siglo XIX para hacer referencia a las lesiones del alma. Ian Hacking (8) sostiene que para que algo sea, e incluso para que sea pensable, deben existir condiciones de posibilidad dadas a nivel de la historia del pensamiento y de la producción científica. Por esa razón el trauma psíquico tiene fecha de nacimiento dada por el surgimiento de las ciencias

de la memoria en Europa. Desde mediados del siglo XIX, la psicología experimental y clínica, el psicoanálisis, la psiquiatría y la neurología, operaron con la metáfora del trauma para explicar los síntomas mentales en un intento -es la tesis de Hacking- por secularizar los discursos sobre el alma, último bastión religioso vinculado al hombre.

Dada la extensión del presente trabajo, no sería posible exponer el modo en que Hacking llega a conectar la psicologización del trauma con las memorias. Baste como señalamiento de esa conexión, el uso frecuente

Resumen

El presente trabajo revisa literatura especializada sobre algunas teorías y prejuicios, tanto históricos como actuales, sobre el trauma. Éstos se pueden considerar vinculados con la temprana teoría traumática de Freud. Sin embargo, dicha relación es paradójica y, a veces, inexistente. El enfoque psicoanalítico está en desacuerdo con algunos teóricos actuales del trauma. Al menos dos factores deben ser tenidos en cuenta para explicar estas diferencias: uno es de orden conceptual y el otro es de orden político. Estas diferencias no sólo son académicas ya que tienen efectos en las prácticas institucionales.

Palabras clave: Trauma psíquico - Teoría de la seducción - Trastorno por estrés postraumático - Políticas del trauma.

SOME REMARKS ON THE EVOLUTION OF THE CONCEPT OF TRAUMA

Abstract

A bibliographic review of some historical and current theories and prejudices about trauma is presented. At first glance they may appear to be related with Freud's early hypothesis on trauma. I claim that the connection is paradoxical, and sometimes, inexistent. The psychoanalytic view is in complete disagreement with many actual theorists on trauma. At least two factors must be considered to explain the differences: conceptual on the one hand, and political on the other. These distinctions do have effects on institutional practices and are not mere academic controversies.

Key words: Psychic trauma - Seduction theory - Post Traumatic Stress Disorder - Politics of trauma.

del lenguaje con el que la literatura especializada los vincula: represión, amnesia, disociación, recuerdos intrusivos, etc.

E. Laurent (11) señala que asistimos hoy a la generalización de la clínica del trauma. Esto vuelve necesario reintroducir distinciones psicoanalíticas y releer -a la luz de los discursos de la época- lo que vienen a decirnos nuestros pacientes y lo que se dice de ellos, con el fin de “no inscribir a los sujetos traumatizados en grandes categorías anónimas”.

I. La orientación de Freud

A fines del siglo XIX, Freud eleva al trauma al rango de factor causal en la etiología de las neurosis. Charcot y Janet también operaron con la idea de trauma psíquico. Pero la diferencia surge en el modo freudiano de concebir al trauma articulado a la fantasía, lo cuál no ocurrió de entrada.

J. Malcom (13) afirma que había una tendencia del pensamiento freudiano que podía enviarlo directamente fuera del psicoanálisis. Esta tendencia consistía en descubrir el origen de la neurosis en las perturbaciones sexuales de la vida, surgidas de perjuicios ocasionados por el entorno social. Las personas se volvían neuróticas ya sea por lo que los adultos del entorno les hicieron de niños (teoría de la seducción), ya sea por lo que tuvieron que soportar en una sociedad infectada por las enfermedades de transmisión sexual y complicada por la falta de mecanismos contraceptivos que teñían la atmósfera de miedo, culpa y asco. “Si Freud hubiera seguido en esa dirección -dice Malcom- habría inventado el mejor de los profilácticos pero no hubiera fundado el psicoanálisis”.

En su Autobiografía, al referirse críticamente a su temprana teoría de la seducción, Freud (5) dice: “...Di crédito a estas comunicaciones y supuse, en consecuencia, que en esas vivencias de seducción sexual durante la infancia había descubierto las fuentes de las neurosis posteriores...”.

Se sabe que luego Freud modificó su explicación, pero las ideas expresadas en este párrafo, orientadas por la tendencia no psicoanalítica señalada por Malcom, hoy se sostienen fuertemente en medios viciados de psicologismo cuando se aborda la cuestión del trauma. La explicación etiológica parece hecha siguiendo el modelo del trastorno mental basado en la lesión, según la cual el trauma es un acontecimiento exterior al sujeto. Esta idea se da hoy como explicación causal de tantos trastornos del DSM que puede considerarse una epidemia. Son ejemplo de ello los factores causales propuestos para el trastorno disociativo de la identidad -antes personalidades múltiples- (8, 18); los llamados trastornos de la personalidad -sobre todo *borderline*- (17); el trastorno por estrés postraumático (10), etc.

Unos párrafos después, en la Autobiografía (5), Freud cuenta el momento en que se vio llevado a rectificarse: “Cuando después hube de discernir que esas escenas de seducción no habían ocurrido nunca y eran sólo fantasías urdidas por mis pacientes, que quizá yo mismo les había instilado, quedé desconcertado un tiempo. Cuan-

do me sosegué, extraje de mi experiencia las conclusiones correctas, a saber, que los síntomas neuróticos no se anudaban de manera directa a vivencias efectivamente reales, sino a fantasías de deseo, y que para la neurosis valía más la realidad psíquica que la material...”.

Freud formula así una nueva y más compleja ecuación etiológica de las neurosis y de la noción de trauma. A partir de allí se puede sostener que para el psicoanálisis, en el núcleo de toda neurosis, hay una neurosis traumática, que es necesario investigar a partir de la fantasía despertada por un encuentro accidental.

II. Donde el pensamiento psicoanalítico nunca prendió

Cuando hace más de 20 años J. Malcom (13) escribía *In the Freud Archives*, se producía en Norteamérica un auge de la literatura feminista y revisionista centrada en la temprana teoría del trauma (o de la seducción). Unos escribían para rescatarla y radicalizarla, otros para refutarla. Entre esas personas, como dice Malcom, “el germen del pensamiento psicoanalítico nunca prendió”.

Se sabe que con los trabajos de J. Masson (14) comienza en Norteamérica un movimiento revisionista de la teoría freudiana de la seducción bastante burdo. En 1981, J. Masson, director de los Archivos S. Freud, inició un ataque contra la teoría de las fantasías sexuales postulando que Freud mintió acerca de la verdad de los abusos sexuales de los que fueron objeto sus pacientes. Decía que los abusos habían sido reales: en aquella época había habido una verdadera epidemia de abusos infantiles de tipo incestuoso en la burguesía vienesa, dato histórico que Freud encubrió para proteger su reputación profesional.

Las tesis de Masson fueron descalificadas dentro y fuera del movimiento psicoanalítico (13, 16, 19); sin embargo, algunas feministas las adoptaron y otros historiadores revisionistas aprovecharon la ocasión para disparar contra el psicoanálisis. Las adoptaron quienes como J. Herman (9) se especializaban en el tratamiento de víctimas de abuso sexual infantil. Aprovecharon quienes como F. Cioffi (2), aún apartándose de las hipótesis disparatadas de Masson, postulaban que una vez que Freud llegó a la idea de que todo histérico reprimía recuerdos infantiles de abusos sexuales precoces intentaba forzar esta interpretación en sus pacientes. Para los revisionistas, que presumían de defender una epistemología científica, Freud no descubría los acontecimientos traumáticos sino que los construía y los instilaba en la mente de sus pacientes.

En la década de los '80 y los '90 proliferó la literatura a favor y en contra de la teoría de la seducción fuertemente anudada a un nuevo tema: el abuso sexual infantil.

La controversia suscitada alrededor de los recuerdos recuperados en terapia y el síndrome de los falsos recuerdos recuperados (8, 15, 16, 19) constituye uno de los debates en los que esto se expresaba, más allá de Norteamérica, pero sobre todo allí.



III. Vigencia de la teoría psicoanalítica del trauma

En un texto de G. García titulado *Actualidad del trauma* (7) podemos encontrar reseñadas las características del trauma en el sentido psicoanalítico:

- se trata de lo que se repite a partir de un encuentro que no necesariamente tiene que ser terrible;
- no se refiere a la violencia del acontecimiento (como en el trauma médico);
- el factor sorpresa es decisivo: hay que suponer una experiencia subjetiva de extrañeza;
- el trauma es metaforizado por Freud como el grano de arena en la perla: tiene con el yo relaciones topológicas de extimidad y de siniestra extraterritorialidad.

“¿Trauma y/o fantasía? (Ese) Es el problema...”, sintetiza García. De esta topología surge lo medular del tema para el psicoanálisis: la oposición trauma o fantasía -en la que se fundan las controversias antes mencionadas- es falsa. El trauma no es algo extraño, como un acontecimiento exterior que se enquistaba en el individuo, sino algo familiar, como una fantasía que se volvió extraña en el encuentro con un acontecimiento exterior. Podemos tomar todo esto como una banda de Moebius y sostener que no hay fantasma sin trauma, sin acontecimiento que lo despierte, sin encuentro.

Este enfoque actual, informado por la enseñanza de Lacan, es solidario de una dirección de la cura que no victimiza (1, 7) al sujeto y, a la vez, hace posible una vía hacia una salida psicoterapéutica sin recurrir a la teoría explicativa de la seducción.

IV. Trauma como parte de la descripción de un trastorno psiquiátrico

En 1980 se oficializa en el DSM III (3) el trastorno por estrés postraumático, resultado de un trabajo multidisciplinario hecho junto con asociaciones de veteranos de la guerra de Vietnam. Si bien el nombre del trastorno no se atuvo sólo a aquellos, la influencia de sus asociaciones fue decisiva en lo que se llama el trabajo de lobby del comité clasificatorio (10). En el origen del estrés postraumático hay, entonces, un punto de identificación, débil -si se lo compara con los significantes ideales de la tradición burguesa o religiosa- pero suficiente para reunir a los individuos considerados miembros de esa clase. Este rasgo identitario (el síndrome que presentaban los veteranos de la guerra del Vietnam) excede con creces la idea cientificista de un síndrome psicofísico ya que introduce una variable que no consiste en un hecho objetivo sino en algo que es objeto de valoración tanto moral como política. Si bien fueron muchos los que aplaudieron la

decisión de la Asociación de Psiquiatría Americana de reconocer el trastorno porque daba lugar a la reparación de los sobrevivientes de algún trauma (especialmente a los veteranos de la guerra de Vietnam), otros cuestionaron su validez (desde el punto de vista científico) ya que lo vieron como un artefacto político (la incidencia de valores, y no sólo de hechos, en la construcción de conceptos psicopatológicos ha sido reiteradamente subrayada (12)).

Según los datos citados por R. McNally (15), las controversias alrededor del estrés postraumático surgen de vicios en su origen. Hay serios problemas acerca de la confiabilidad de los estudios con veteranos de Vietnam debido a la exageración deliberada de los síntomas, hecha con la finalidad de obtener el diagnóstico, ya que esto acarrea, por ejemplo, la compensación financiera del Estado.

A partir de los '80 se pretendió dar estatuto científico a una idea generalizada de trauma, que se volvió aplicable a acontecimientos tales como: combates, violaciones, desastres naturales, confinamiento en campos de concentración.

McNally sostiene que a partir de 1994 el DSM IV introdujo una nueva descripción dentro del acontecimiento traumático. Lo que cuenta entonces como evento traumático se expandió para incluir "experiencias sexuales del desarrollo, inapropiadas, sin o con violencia real o lesiones" (4). El abuso sexual infantil era reconocido formalmente y se lo concebía como un estresor comparable a la guerra, la violación o la tortura.

Por esta razón A. Young (20) afirma que el estrés postraumático está ocupando el lugar que anteriormente tuvieron las neurosis -inexistentes en el DSM a partir de los '80- con la diferencia de que ahora debe agregarse una experiencia traumática "material".

V. La ideología subyacente y lo políticamente correcto

Remembering Trauma es un libro de Richard McNally, profesor de psicología de Harvard, publicado en 2003 (15). El autor describe lo que puede considerarse la batalla ideológica que se cierne en torno a las políticas del trauma, así como el esfuerzo que representa la voluntad de evitar los lugares políticamente correctos que vician cualquier investigación al respecto. El tema de su investigación específica está vinculado con el modo en que las víctimas recuerdan el trauma del que fueron objeto. Su campo es el de la psicología experimental.

La puesta en valor del contexto histórico y político donde se trabaja alrededor de qué hacer con los traumas lleva a McNally a la conclusión de que no se trata de una controversia académica. Según el autor, los conflictos se vuelven especialmente notables cuando, al intentar comprender a las personas afectadas por abusos sexuales, los científicos confrontan con el poder político.

A manera de evidencia, comenta un hecho sin precedentes que ocurrió en Norteamérica. En 1999 el

Congreso de la Nación votó, por unanimidad, una condena formal contra tres psicólogos que publicaron un artículo donde, luego de sintetizar los resultados de un meta-análisis de 59 estudios sobre los efectos psicológicos del abuso sexual de niños y, hechas las objeciones metodológicas de rigor, los resultados del meta-análisis revelaron que los estudiantes (material de los estudios) que habían sido sexualmente abusados estaban casi tan bien adaptados como aquellos otros que no lo habían sido.

Para concluir, los autores enfatizaron que la iniquidad del contacto sexual adulto-niño no debía confundirse con su potencialidad para hacer daño; que un acto no se vuelve moralmente permitido sólo porque no vaya a dejar secuelas a largo plazo; y declararon que sus hallazgos no implicaban que debieran abandonarse las definiciones morales o legales normalmente clasificadas como abuso sexual infantil.

A pesar de todo ello, el trabajo desencadenó la furia entre los formadores de opinión bien pensantes: los conservadores, los fundamentalistas religiosos y los psicoterapeutas convencidos de que la experiencia sexual temprana causa daño psicológico duradero. Los críticos asumieron que la publicación iba contra la opinión de muchas personas. ¿Acaso en nuestro medio no sucedería algo similar si se hiciera un experimento social semejante?

Conclusiones

En este somero repaso puede verse que, en el lapso que va desde las elaboraciones freudianas a las descripciones actuales, se ha producido un cambio de estatuto en lo relativo al concepto de trauma. Eso no es independiente de un abandono del punto de vista freudiano que privilegiaba la realidad psíquica, por otro que privilegia la realidad material. Así se obtiene una categoría demasiado abarcativa, con la consiguiente pérdida de eficacia clínica.

Es necesario explorar los efectos de las identificaciones victimizantes que proponen los nuevos enfoques. Existe un vínculo, más que estrecho, entre la clínica del trauma, la rentabilidad del perjuicio y la aminoración de efectos terapéuticos.

Hay una marcada incidencia de la esfera pública en la construcción del trastorno por estrés postraumático. Esto vuelve necesaria la distinción entre el síntoma singular (que incluye la dimensión traumática) y el trastorno (que vehiculiza la medicalización de la vida social).

La diversidad de acontecimientos que se tienen en cuenta como traumáticos ofrece por sí misma un límite a una visión homogénea y universal (por ejemplo: el abuso sexual infantil y los sobrevivientes de catástrofes).

El tema del trauma constituye un caso donde las teorías victimogénicas y la epistemología que acusa al psicoanálisis de falsa ciencia, resultan ser ideologías coincidentes, muy alejadas de objetivos terapéuticos ■

Referencias bibliográficas

1. Assoun P-L. El perjuicio y el ideal. Hacia una clínica social del trauma. Buenos Aires, Nueva Visión, 2001.
2. Cioffi F. Freud and the question of pseudoscience. Chicago, Open Court, 1998.
3. DSM III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, American Psychiatric Association, 1983.
4. DSM IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, American Psychiatric Association, 1994.
5. Freud S. Autobiografía (1924-1925). Obras Completas de Sigmund Freud. Tomo III. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.
7. García G. Actualidad del trauma. Buenos Aires, Grama Ediciones, 2005.
8. Hacking I. Rewriting the soul: multiple personality and the sciences of memory. Princeton, Princeton University Press, 1995.
9. Herman J. Trauma and Recovery. New York, Basic Books, 1992.
10. Hollander E, Simeon D, Gorman J. Anxiety Disorders. En: Hales R, Yudofsky S, Talbott J, editors. Textbook of Psychiatry. 3a ed. Washington: American Psychiatric Press; 1999. p.567-633.
11. Laurent E. Hijos del trauma. En Belaga, G editor *La urgencia generalizada* Buenos Aires, Grama Ediciones, 2004. p. 23- 29
12. Levy Yeyati E. Consideraciones críticas sobre los trastornos de la personalidad. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat* 2007; 53 (1): 41-45.
13. Malcom J. In the Freud Archives. London, Granta Publications, 2004.
14. Masson JM. El asalto a la verdad. España, Seix Barral, 1985.
15. McNally R. Remembering Trauma. England, Belknap Press of Harvard University Press, 2003.
16. Mollon P. Freud and false memory syndrome. UK, Post-modern Encounters, 2000.
17. Phillips K, Gunderson J. Personality Disorders. En: Hales R, Yudofsky S, Talbott J, editors. Textbook of Psychiatry. 3a ed. Washington: American Psychiatric Press; 1999. p. 795-823.
18. Spiegel D, Maldonado J. Dissociative Disorders. En: Hales R, Yudofsky S, Talbott J, editors. Textbook of Psychiatry. 3a ed. Washington: American Psychiatric Press; 1999. p. 711-737.
19. Webster R. Por qué Freud estaba equivocado. Buenos Aires, Ediciones Destino, 2002.
20. Young A. The Harmony of Illusions. Princeton, Princeton University Press, 1995.

1era Comunicación:

1 3° Jornadas Nacionales sobre Alcoholismo

XIX Encuentro Nacional del Sistema G.I.A.

15, 16 y 17 de Agosto de 2008, San Luis, Capital

“Alcoholismo:
un problema prevalente
en nuestro pueblo.
El desafío para atender desde
la salud pública Argentina”

Gobierno de la provincia de San Luis, Secretaría de Estado general
Planes de Transformación Institucional

Mesa Nacional de Conducción de la Red de Grupos Institucionales de Alcoholismo (G.I.A.)

Informes: Secretaría de Ciencias y Técnica: 02966-15660807
En Buenos Aires, Vicepresidencia: 011-1549451681/0114206-1667

info@gia.org.ar / www.gia.org.ar

Tecnofobia: trastorno clínico asociado a las tecnologías digitales

Leticia Elizabeth Luque

Doctora en Ciencias de la Salud, mención Biomedicina
Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología, UNC
Escuela de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas,
Facultad de Ciencias Médicas, UNC
E-mail: letiluque@psyche.unc.edu.ar

Rodolfo Ávila

Doctor en Ciencias Médicas. Médico
Facultad de Ciencias Médicas, UNC
Escuela de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas,
Facultad de Ciencias Médicas, UNC
E-mail: avilainfo@gmail.com

Introducción

La incorporación y el progresivo incremento de herramientas de tecnologías digitales (computadoras, cajeros automáticos, teléfonos móviles, hornos microondas, etc.), en la vida cotidiana, ha sido positivo en algunos aspectos, pero también generador de trastornos, entre los que se cuenta la tecnofobia.

Históricamente se afirmó que el temor y la ansiedad ante las herramientas de tecnología digital (HTD) sólo eran respuestas negativas ante lo nuevo y desconocido, en una generación de personas mayores sin conocimientos del uso de las mismas. No obstante, el trastorno se

hizo patente con el paso del tiempo y el número de personas afectadas ha ido en aumento en la medida en que la tecnología digital se apoderó de los distintos espacios de la vida humana (3, 9, 12, 16, 17, 20, 26, 39, 40).

Si bien T. Jay fue el primer investigador en utilizar el término "fobia a las computadoras" en 1981, ya en 1963 R. Lee había dado origen al estudio de este trastorno, describiendo en los empleados de la IBM un factor actitudinal negativo hacia las computadoras (33). Desde entonces, numerosos estudios han examinado este fenómeno, siendo *tecnofobia* el término más abarcativo y específico,

Resumen

Entre los impactos de la tecnología en la vida humana se cuenta un trastorno de ansiedad fóbica denominado *tecnofobia*. Dado que el fenómeno varía según el contexto cultural, el objetivo fue describir el trastorno en la población adulta (22-50 años) argentina, utilizando una escala localmente desarrollada. Un 12,9% de la muestra en estudio cumple los criterios de tecnofobia; un 27,2% muestra índices de ansiedad ante las tecnologías superiores a la media sin otros indicadores de tecnofobia. La percepción del impacto social de las tecnologías en nuestro país es negativa, en general. Los datos confirman la presencia del trastorno en la población argentina y la propuesta de considerarlo como una fobia específica.

Palabras clave: Tecnofobia - Trastornos de ansiedad - Fobia específica.

TECHNOPHOBIA: A CLINICAL DISORDER ASSOCIATED WITH DIGITAL TECHNOLOGIES

Abstract

The technophobia is among the various negative impacts of technology on human life. The disease changes according to the cultural context. Therefore, the objective was to describe the disorder in the Argentine adult population (22-50 years), using a scale developed locally; 12.9% of the sample meets the criteria of technophobia; 27.2% had high levels of anxiety before the technology but other indicators of technophobia. In general, the perception of the social impact of technology in Argentina is negative. Results obtained confirm the presence of disorder in the Argentine population and the assumption of specific phobia.

Key words: Technophobia - Anxiety illness - Specific phobia.

utilizado para describir la presencia de ansiedad y miedo irracional, comportamientos aversivos e ideaciones distorsionadas frente a las distintas HTD (28).

Gardner, Young y Ruth (15) clasificaron a los usuarios de HTD como "normales", "ansiosos" y "fóbicos". "Ansiosos" serían quienes se sienten incómodos al tener que utilizar HTD, pero no reportan síntomas físicos ni comportamientos de aversión frente a las mismas; mientras que "fóbicos" serían quienes evitan utilizar las HTD, tienen sentimientos de irrealidad, miedo a perder el control y reportan síntomas tales como palmas sudorosas, palpitaciones y temblores, entre otros. Contrariamente a lo propuesto por Rosen y Weil (35), consideramos que únicamente en el último caso correspondería hablar de un verdadero trastorno de ansiedad, por lo que adoptamos esta clasificación.

Los intentos de establecer un perfil característico de los sujetos que sufren tecnofobia han sido infructuosos (5, 6, 8, 11, 14, 18, 21, 24, 25, 27, 30, 32). Los estudios además muestran divergencias en cuanto a las estrategias metodológicas empleadas, desacuerdos sobre el tipo de trastorno que se analiza y sesgos culturales.

La discusión sobre el tipo de trastorno no ha sido dirimida; se ha sugerido que la tecnofobia podría considerarse como un trastorno adaptativo (13, 17, 19, 23, 34), una manifestación propia del trastorno de ansiedad generalizado (2, 3, 21, 22, 37), expresión de rasgos de personalidad (4, 10, 14, 16, 26) o parte de las reacciones de los fóbicos sociales (7, 38). La presencia de miedo, ansiedad y aversión, en sujetos que ven limitada su vida cotidiana a causa de las HTD y que reconocen la irracionalidad de sus temores, permiten concebir el trastorno como una fobia específica.

En cuanto al sesgo cultural, pueden señalarse dos aspectos importantes. Por un lado, el trastorno parece variar según el impacto que la tecnología ha tenido en distintas regiones o países del mundo; así, hay países donde el número de tecnofóbicos es alto porque el acceso a las tecnologías es privativo de ciertos grupos sociales (países africanos) o generado por diferencias idiomáticas (países asiáticos) (1, 8, 27, 31, 32, 36, 39). Por otro lado, el trastorno ha sido estudiado en distintas culturas con instrumentos de recolección de datos que estarían contruidos de manera unidimensional (12, 29, 30, 39).

La tecnofobia no se incluye aún en los manuales de salud mental y no existe acuerdo sobre su clasificación; no obstante, existe evidencia de su existencia e impacto en nuestro país (28, 29). El presente trabajo describe resultados obtenidos en un estudio con población argentina adulta.

Materiales y métodos

Para el presente estudio se administró la "Escala argentina de diagnóstico de Tecnofobia" (EADT), instrumento desarrollado por Luque (29) a nivel local. La misma consta de sesenta y siete ítems con formato Lickert (1 = totalmente de acuerdo a 5 = totalmente en desacuerdo). Sesenta y cuatro de los ítems se distribuyen en seis subescalas, elaboradas en base a un análisis

factorial: a) Ansiedad (12 ítems) recoge indicadores de niveles de ansiedad producidos por HTD; b) Aversión (13 ítems) indaga comportamientos de huida, rechazo y evitación de las HTD; c) Autoeficacia (12 ítems) analiza las creencias sobre las propias capacidades de uso de las HTD; d) Valoración existencial (10 ítems) mide la capacidad personal de adaptación a las nuevas HTD; e) Actitudes positivas (8 ítems) indaga opiniones y tendencias conductuales favorables a las HTD; f) Impacto Social (9 ítems) analiza la percepción de las consecuencias sociales derivadas del uso de las HTD. Los ítems 26 y 43 determinan la coherencia en las respuestas. El ítem 39 es un reactivo especial incluido para evaluar si la tecnofobia puede considerarse una fobia específica o expresión de la fobia social.

Los datos reportados corresponden a una muestra de 276 sujetos, de distintas provincias argentinas.

El muestreo ha sido no aleatorio accidental; se incluyeron sujetos de ambos sexos, de distintas ocupaciones, de 22 a 50 años de edad, con estudios de nivel medio básico como mínimo. La variable "ocupaciones" incluye profesionales de distintas áreas de formación (ciencias naturales, ciencias sociales, ciencias exactas, tecnologías aplicadas), amas de casa, desocupados, empleados de comercio y administrativos, así como estudiantes universitarios sin trabajo rentado y de las distintas áreas de formación.

En la búsqueda de inferencias estadísticas -que implica buscar condiciones para generalizar resultados en una población a partir de una muestra que la integra- se efectuaron procedimientos estadísticos correspondientes al supuesto de que la muestra en estudio no se distribuye de manera normal, considerando que la misma estuvo compuesta por sujetos que participaron voluntariamente y seleccionados en función del cumplimiento de los criterios ut supra mencionados. El estudio pretende complementar resultados de investigaciones previas (28, 29) que fueron realizados con sujetos cordobeses; no obstante, el tamaño de la muestra y los procedimientos de integración de la misma nos obligan a tener presente que los resultados son limitados y exploratorios para la población argentina. Por ello, se exponen aquí sólo algunos resultados generales, la aplicación de la prueba Kruskal-Wallis (KW) para la comparación de medias muestrales de los seis factores en relación a distintas variables socio-demográficas, y la correlación entre el reactivo 39 y los indicadores de tecnofobia.

Resultados

Descripción de la muestra

El 50% de los sujetos es de sexo femenino. La media de edad es 32,02 años ($ds=7,76$; $et=,467$). El 34% estudia y no trabaja; el 6,2% está desempleado; el 7,9% es ama de casa; el 25,1% trabaja en informática-electrónica, o trabaja y/o estudia alguna carrera con uso intensivo de HTD (ejemplo: técnicos de diagnóstico por imágenes); el resto trabaja en áreas donde el uso de la tecnología no es parte obligatoria del desempeño laboral (ejemplos: docentes de idio-

mas, médicos, abogados, artísticas plásticos, et sim). El 31,9% afirma poseer escasos conocimientos de informática. El 74% posee computadora en su casa. Del total, un 31,2% usa tecnologías para trabajar-estudiar más de 5 horas diarias, pero sólo el 3,6% las usa esa cantidad de horas para entretenimiento. El 58% usa las distintas prestaciones de Internet menos de 1 hora diaria.

Indicadores de tecnofobia

La media muestral de Ansiedad es $m=43,4$ ($ds=12,1$;

$et=,727$); la media de Aversión es $m=44,9$ ($ds=9,4$; $et=,563$); la media de Autoeficacia es $m=28,4$ ($ds=8,6$; $et=,518$); la media de Valoración existencial es $m=22,6$ ($ds=5,4$; $et=,326$); la media de Actitudes positivas es $m=18,03$ ($ds=5,5$; $et=,332$); la media de percepción de Impacto es $m=26,2$ ($ds=5,8$; $et=,350$).

Utilizando los criterios establecidos por Luque (29), el 12,9% ($n=36$) de la muestra total cumple los criterios de tecnofobia, es decir: alto nivel de ansiedad, aversión, autoeficacia baja y valoración existencial y/o actitudes negativas. El 27,2% tiene montos de ansiedad superiores

Tabla 1. Resumen de la Prueba de Kruskal-Wallis (diferencia de medias) para variables demográficas en todos los indicadores de tecnofobia

		Estadíst. Contraste (a)	gl	Sig. asintot.
Sexo	Ansiedad	12.094	1	,000
	Aversión	7.889	1	,005
	Autoeficacia	10.843	1	,000
	Actitudes	20.020	1	,000
	Valoración experiencial	5.922	1	,015
	Impacto Social	1.306	1	,253
Nivel de conocimientos de informática	Ansiedad	102.952	2	,000
	Aversión	87.983	2	,000
	Autoeficacia	114.954	2	,000
	Actitudes	115.662	2	,000
	Valoración experiencial	65.010	2	,000
	Impacto Social	6.310	2	,000
Área de formación	Ansiedad	60.076	1	,000
	Aversión	48.743	1	,000
	Autoeficacia	77.205	1	,000
	Actitudes	54.080	1	,000
	Valoración experiencial	29.892	1	,000
	Impacto Social	,759	1	,384
Edad	Ansiedad	9.859	2	,007
	Aversión	6.239	2	,004
	Autoeficacia	31.268	2	,000
	Actitudes	27.074	2	,000
	Valoración experiencial	1.919	2	,386
	Impacto Social	,548	2	,760
Ocupación	Ansiedad	25.509	5	,000
	Aversión	29.447	5	,000
	Autoeficacia	30.128	5	,000
	Actitudes	16.696	5	,000
	Valoración experiencial	14.391	5	,000
	Impacto Social	23.994	5	,000

(a) Prueba de Kruskal-Wallis

a la media pero no cumple con otros criterios de tecnofobia. Solo el 24,3% de la muestra percibe positivamente el impacto social de las HTD.

Correlaciones

La tabla 1 resume los datos obtenidos mediante la prueba KW, para los seis factores analizados, en función de distintas variables de agrupación.

Existen diferencias significativas entre los sujetos de ambos sexos para los factores que definen la tecnofobia aunque no en relación a la Percepción del Impacto Social. Si bien las diferencias son leves, indican que las mujeres serían más tecnofóbicas que los varones.

El cálculo de asociación entre la variable edad y el constructo tecnofobia indica que son independientes entre sí ($\chi^2=1,882$; $gl=2$; $p>,05$). Los sujetos se clasificaron en tres subgrupos: grupo A (22-30 años), grupo B (31-40 años) y grupo C (41-50 años); la comparación intergrupual indica que hay diferencias estadísticamente significativas, de modo que los más jóvenes (grupo A) tienen niveles más altos de autoeficacia y actitudes más positivas que los demás, y los menores de 40 años tienen menos ansiedad y menos comportamientos aversivos que los mayores (grupo C).

El nivel de conocimientos de informática autoatribuido y la ocupación (trabajo desarrollado) están asociados a los seis factores analizados, siendo débil la correlación con la Percepción del Impacto Social. Esto implica que la autoatribución de conocimientos es pobre en los tecnofóbicos; la mayor parte de éstos son docentes, desocupados, administrativos y estudiantes.

Al comparar los sujetos por áreas de formación, encontramos que existen diferencias en relación a los factores de tecnofobia pero no en la Percepción del Impacto Social. El mayor número de tecnofóbicos se

encuentra en el área de las ciencias sociales y humanas (93%).

La EADT incluye el ítem 39 que reza: *prefiero usar computadoras cuando hay alguien cerca que puede ayudarme a resolver cualquier problema que se presente*.

Los datos (tabla 2) indican que las correlaciones entre las respuestas a este reactivo y los niveles de Ansiedad, Aversión y Percepción del Impacto Social son directos y fuertes; las correlaciones con Autoeficacia, Actitudes y Valoración existencial son inversas y fuertes. El 92,7% ($n=34$) de los sujetos tecnofóbicos acuerdan con la expresión del ítem 39. Un 2,5% del total de los no-tecnofóbicos ($n=7$) también acuerdan con este ítem (todos tienen alto nivel de ansiedad y aversión pero no cumplen los demás criterios).

Discusión y conclusiones

Los resultados confirman que la variable edad no explica la existencia del trastorno. Si bien el nivel de tecnofobia es similar que en otros grupos etarios (29), los adultos parecen considerar a las HTD como competidores reales, generadoras de desempleo y fuente de estrés laboral, particularmente entre los mayores (más de 40 años); esta percepción es similar en ambos géneros y se presenta aun en profesiones relacionadas con la informática y las tecnologías. Suponemos que se asocia a la percepción poco positiva que existe del Impacto Social de las HTD en la sociedad argentina. La Percepción del Impacto Social es el único factor de tecnofobia indagado por la EADT que aparece disociado de las demás variables; esto es relevante ya que indica que aun sujetos con muy buenos conocimientos de informática valoran negativamente el impacto. Aunque no se hayan visto directamente afectados, la mayoría tiene conciencia del perjuicio ocasionado por las HTD en personas

Tabla 2. Asociación entre el reactivo 39 y los indicadores de tecnofobia medidos por EADT

FACTORES	R Spearman	Error tip. asint. (a)	T (b)	Sig. aprox.
Ansiedad	.992	.008	49.30	.000
Aversión	.983	.011	29.47	.000
Autoeficacia	.807	.058	9.03	.000
Actitudes	-.969	.017	-18.46	.000
Valoración experiencial	-.947	.025	-14.78	.000
Impacto Social	-.813	.065	-8.01	.000

(a) Asumiendo la hipótesis alternativa

(b) Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula



que no pueden competir o han sido laboralmente desplazadas a raíz de las mismas. La permanente modificación de las HTD pone a los sujetos en situación de vulnerabilidad, generando inseguridad aun en los tecnológicamente alfabetizados.

Por lo mismo, suponemos que la presencia del trastorno podría tener incidencia, al menos indirecta, en la orientación profesional-ocupacional de los sujetos.

La diferencia entre varones y mujeres puede deberse a distintas fuentes; por ejemplo, a que las mujeres perciben las HTD como parte de la cultura masculina, son menos alentadas a utilizarlas, menos consultadas en aspectos técnicos, menos alentadas a realizar carreras tecnológicas, etc. Esta diferencia en el grupo de los adultos puede deberse también a las condiciones laborales de las mujeres en general.

En función de los resultados obtenidos en esta y anteriores investigaciones (28, 29), afirmamos que la tecnofobia es una fobia específica. Por ser extensa no podemos plantear aquí la discusión completa sobre este tópico, pero consideramos relevante analizar la propuesta de Brosnan y Thorpe (7, 38) sobre la fobia social. Se supone que si la tecnofobia es una fobia específica, el tecnófobo buscará activamente que otra persona lo ayude cuando debe

interactuar forzosamente o enfrentarse a HTD, que resuelva por él cualquier problema que se presente, o que ejecute los procedimientos en su lugar, evitando usar HTD cuando no haya personas que puedan asistirlo, o siempre que le sea posible. Si la hipótesis es cierta, se responderá al reactivo 39 en grado de acuerdo. En cambio, si se trata de un fóbico social, usará HTD cuando esté sólo, pero evitará ser evaluado u observado por otros cuando está utilizándolas porque percibirá la situación como peligrosa o amenazante, sintiéndose expuesto (ejemplo: evitará usar el mouse para que no se advierta el temblor y sudoración de sus manos). En este caso el reactivo especial se responde en grado de desacuerdo. Los resultados obtenidos se presentan claramente a favor de la primera opción, en función de lo cual analizamos y tratamos la tecnofobia como una fobia específica de tipo situacional.

Como otros fóbicos, los tecnofóbicos reconocen sufrir síntomas como palpitaciones, intranquilidad, sudoración frente al objeto temido. Evitan, en la medida de lo posible, la interacción con las HTD, pero cuando se ven forzados al uso de éstas por sus actividades laborales o académicas, tardan más tiempo, cometen más errores y se desempeñan más pobremente que los no-fóbicos. Presentan

creencias erróneas acerca de las HTD referidas, por ejemplo, al poder de los robots sobre los humanos, el ataque de los virus informáticos, la pérdida de información por manipulación incorrecta de las computadoras, entre otras.

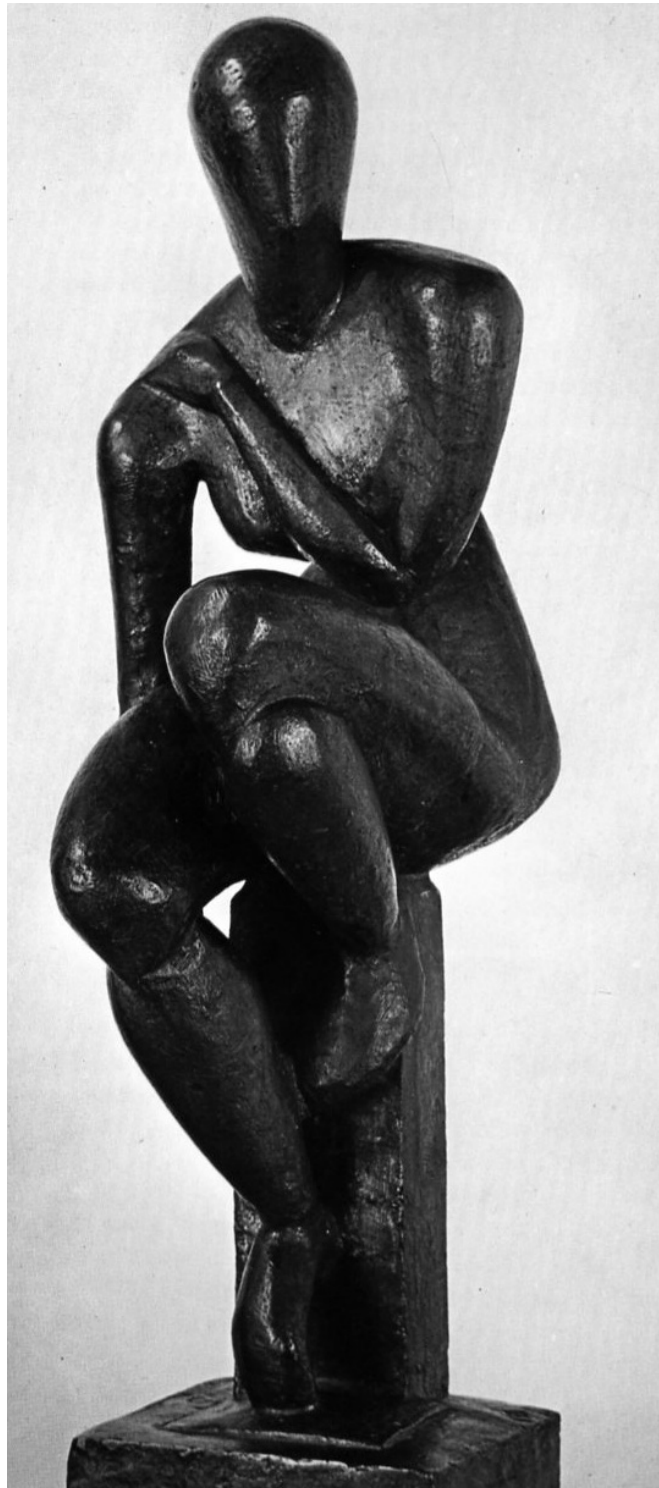
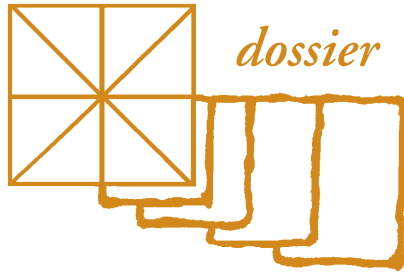
Cada experiencia con HTD (ejemplo: curso de informática) refuerza reacciones negativas y llevan a una mayor evitación de las mismas; por

consiguiente, la presencia de las HTD en todos los ámbitos de la vida cotidiana deja marginado al tecnofóbico. Así, el objetivo del tratamiento debe ser devolver al sujeto su funcionalidad y para ello deben plantearse cuidadosamente las acciones terapéuticas, trabajando con técnicas de modelado y centrando el programa en las creencias y cogniciones específicas del sujeto al que se asiste ■

Referencias bibliográficas

1. Anthony L, Clarke M, Anderson S. Technophobia and personality subtypes in a sample of South African university students. *Comput Human Behav* 2000; 16 (1): 31-44.
2. Beckers J, Schmidt G. The structure of computer anxiety: a six-factor model. *Comput Human Behav* 2001; 17 (1): 35-49.
3. Beckers J, Schmidt G. Computer experience and computer anxiety. *Comput Human Behav* 2003; 19 (6): 785-797.
4. Beckers J, Wicherts J, Schmidt G. Computer anxiety: trait or state? *Comput Human Behav* 2007; 23 (6): 2851-2862.
5. Bowers Jr D, Bowers V. Assessing and coping with computer anxiety in the social science classroom. *Soc Sci Rev* 1996; 14 (4): 439-443.
6. Broos A. Gender and Information and Communication Technologies Anxiety: male self-assurance and female hesitation. *Cyberpsychol Behav* 2005; 8 (1): 21-31.
7. Brosnan M, Thorpe S. An evaluation of two clinically-derived treatments for technophobia. *Comput Human Behav* 2006; 22 (6): 1080-1095.
8. Burkett W, Compton D, Burkett G. An examination of computer attitudes, anxieties and aversions among diverse college populations: issues central to understanding information sciences in the new millenium. *Informing Science* 2001; 4 (3): 77-85.
9. Czaja S, Charness N, Fisk A, Hertzog Ch, Sankaran N, Rogers W, Sharif J. Factors predicting the use of technology: finding from the center for research and education on aging and technology enchancement. *Psychol Aging* 2006; 21 (2): 333-352.
10. Ceyhan E. Computer anxiety of teacher trainees in the framework of personality variables. *Comput Human Behav* 2006; 22 (2): 207-220.
11. Choi G, Ligon J, Ward J. Computer Anxiety and Social Workers: differences by access, use and training. *Journal of Technology in Human Services* 2002; 19 (1): 1-12.
12. Chua S, Chen D, Wong A. A Review on studies of Computer Anxiety in the 1990's. *Comput Human Behav* 1999; 15 (5): 609-623.
13. Davidson R, Walley P. Computer Fear and Addiction: Analysis, Prevention and Possible Modification. *Journal of Organizational Behavior Management* 1984; 6 (3): 37-51.
14. Fariña F, Arce R, Sobral J, Carames R. Predictors of anxiety towards computers. *Comput Human Behav* 1991; 7 (4): 263-267.
15. Gardner E, Young P, Ruth S. Evolution of attitudes toward computers: A retrospective view. *Behaviour and Information Technology* 1998; 8 (2): 89-98.
16. Gardner W, Rozell E. Computer-related success and failure: a longitudinal field study of the factors influencing computer-related performance. *Comput Human Behav* 1999; 15 (1): 1-10.
17. Garland K, Noyes J. Computer experience: a poor predictor of computer attitudes. *Comput Human Behav* 2004; 20 (6): 823-840.
18. Gilroy F, Desai H. Computer Anxiety: Sex, Age, and Race. *Int J Man Mach Stud* 1986; 25: 711-719.

19. Glass C, Knight L. Cognitive Factors in Computer Anxiety. *Cognit Ther Res* 1988; 12 (4): 351-366.
20. Howard R. Understanding "Internet plagiarism". *Computers and Composition* 2007; 24 (1): 3-15.
21. Hsiao Sh, Chou J. A usability study on human-computer interface for middle-aged learners. *Comput Human Behav* 2007; 23 (4): 2040-2063.
22. Igbaria M, Chakrabarti A. Computer anxiety and attitudes towards microcomputer use. *Behavior and Information Technology* 1990; 9: 229-241.
23. Jones A, Lazar J, Hackley M, Shneiderman B. Severity and impact of computer user frustration: A comparison of student and workplace users. *Interact Comput* 2006; 18 (2): 187-207.
24. King J, Bond T, Blandford S. An investigation of computer anxiety by gender and grade. *Comput Human Behav* 2002; 18 (1): 69-84.
25. Kiraz E, Ozdermin D. The relationship between education ideologies and technology acceptance in pre-service teachers. *Educational Technology and Society* 2006; 9 (2):152-165.
26. Korukonda A. Personality, individual characteristics and predisposition to technophobia: some answers, questions and points to ponder about. *Inf Sci (Ny)* 2005; 170 (3): 309-328.
27. Li N, Kirkup G. Gender and cultural differences in Internet use: a study of China and the UK. *Computer and Education* 2007; 48 (2): 301-317.
28. Luque L. Tecnofobia: ansiedad ante y aversión hacia las herramientas de tecnología digital, en sujetos adultos argentinos. *VIII Congreso Virtual de Psiquiatría* 2006 [citado 6/02/2006], [19 pantallas]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/24833>
29. Luque L. Estudio sobre el trastorno de ansiedad fóbico generado por computadoras y herramientas de tecnología digital en sujetos adultos cordobeses. *Conexiones* 2006; 2 (5): 5-13.
30. Maurer M. Computer anxiety correlates and what they tell us: A literature review. *Comput Human Behav* 1994; 10 (3): 369-376.
31. Nomura T, Kanda T, Suzuki T, Kato K. People's assumptions about robots: investigation of their relationships with attitudes and emotions toward robots. En: *Proc the 14th IEEE International Workshop on Robots and Human Interactive Communication* 2005; 125-130
32. Okebukola P. The gender factor in computer anxiety and interest among some Australian high school students. *Educational Research* 1993; 35 (2): 181-189.
33. Rosen L, Maguire P. Myths and realities of computerphobia: a meta-analysis. *Anxiety Research* 1990; 3: 175-191.
34. Rosen L, Weil M, Wugalter S. The etiology of computerphobia. *Comput Human Behav* 1990; 6 (4): 361-379.
35. Rosen L, Sears D, Weil M. Treating technophobia: A longitudinal evaluation of the computerphobia reduction program. *Comput Human Behav* 1993; 9 (1): 27-50.
36. Rosen L, Weil M. Computer anxiety: A cross-cultural comparison of university students in ten countries. *Comput Human Behav* 1995; 11 (1): 45-64.
37. Saadé R, Kira D. The emotional state of technology acceptance. *Issues in informing sciences and information technology* 2006; 3: 529-539.
38. Thorpe S, Brosnan M. Does computer anxiety reach levels which conform to DSM IV criteria for specific phobia?. *Comput Human Behav* 2007; 23 (3): 1258-1272.
39. Weil M, Rosen L. The psychological impact of technology from a global perspective: A study of technological sophistication and technophobia in university students from twenty-three countries. *Comput Human Behav* 1995; 11 (1): 95-133.
40. Wilfong J. Computer anxiety and anger: the impact of computer use, computer experience and self-efficacy beliefs. *Comput Human Behav* 2006; 22 (6): 1001-1011.



CAMBIOS EN LOS PARADIGMAS PSIQUIÁTRICOS

Coordinación
Silvia Wikinski
Esteban Toro Martínez

En su libro "Ensayos sobre los paradigmas de la Psiquiatría contemporánea", el psiquiatra y epistemólogo francés Georges Lantéri-Laura propone organizar la evolución de la Psiquiatría desde fines del siglo XVIII hasta nuestros días en tres períodos en los que registrarían distintos paradigmas.

El primer período, en el que surge y se difunde el paradigma de la alineación mental, comienza con los trabajos de Pinel, quien formula una demarcación entre "locura", un concepto social y cultural, y "alineación mental", un término médico. Para diferenciar una de otra señala que la locura "puede tener una amplitud indeterminada y extenderse a todos los errores y extravagancias a que es susceptible la especie humana". En oposición, la alineación mental es una enfermedad, y se le adjudica a Pinel el haber señalado que los alienados, al estar afectados por una dolencia, no debían ser encerrados ni condenados por la justicia, sino cuidados como enfermos. Propuso para ellos un tratamiento "moral" con la racionalidad como principal instrumento.

El segundo paradigma, al que denomina de las "enfermedades mentales", se desarrolla poco después de que floreciera en la práctica médica la semiología, entendida ésta como la participación activa del médico en la observación clínica. Entre los iniciadores de este tipo de práctica, Lantéri-Laura señala a Falret, quien fue el primero en describir la "locura circular", con alternancia entre episodios de exaltación y de depresión. El concepto de "enfermedad mental" exige aceptar una discontinuidad entre una enfermedad y otra. Éstas son entidades discretas caracterizadas, en principio, por una serie de rasgos que se

presentan asociados de manera constante. La aplicación de este paradigma produjo en unas décadas una proliferación de descripciones clínicas que pronto se hicieron difíciles de compatibilizar, y que por otra parte estaban muy influidas por las escuelas de que provenían. Así, condiciones clínicas no tan disímiles recibían distinto nombre en Francia, Alemania, Inglaterra, etc.

El tercer paradigma, que habría comenzado a ser empleado en los inicios del siglo XX, es el de las grandes estructuras psicopatológicas: neurosis o psicosis. Confluyeron en su génesis diversas circunstancias, tanto extrínsecas como intrínsecas al campo. Entre las extrínsecas Lantéri señala el desarrollo de la teoría de la Gestalt y el estructuralismo. Entre las intrínsecas estaría la enorme cantidad de entidades morbosas que se superponían y se confundían entre sí, haciendo impracticable el procedimiento diagnóstico, y ciertas discrepancias entre los aportes del localizacionismo cerebral y los hallazgos (o la falta de hallazgos) en las autopsias de los enfermos mentales. Y por último, desde un lugar cuya exterioridad o interioridad sería materia de debate, se hallan los aportes del psicoanálisis.

El autor ubica en el año 1977, año de la muerte del psiquiatra francés Henri Ey, el fin del tercer paradigma y formula el interrogante acerca del momento actual. Con rigurosidad ejemplar, Lantéri-Laura acepta la posibilidad de que a continuación del último paradigma no haya nacido aún ninguno de reemplazo. Esto nos ubicaría, si tomamos los aportes de Kuhn, en el intervalo de crisis que separaría un paradigma de otro.

El dossier que presentamos con este número

de VERTEX presenta tan solo algunos de los conceptos que participan en la tensión teórica contemporánea, y que podrían adquirir algún peso en la construcción de un cuarto paradigma. Sin pretender ser exhaustivos, en nuestra opinión algunos elementos de importancia en las discusiones actuales son: a) la nosología psiquiátrica en sí misma, la que a pesar de las sucesivas versiones editadas por la OMS y por la Asociación Americana de Psiquiatría, por nombrar las dos más empleadas, está aún muy lejos de gozar de consenso general; b) el papel que tiene lo biológico en el diagnóstico y en la terapéutica, y c) el lugar de las psicoterapias de corte psicoanalítico en la práctica clínica en salud mental.

Santiago Levin, Daniel Matusevich y Martín Nemirovsky examinan críticamente lo que parece ser la principal discusión en torno a las nosologías en construcción: la dicotomía entre diagnósticos categoriales y diagnósticos dimensionales. Daniel Vigo y Silvia Wikinski

se refieren respectivamente a los avances en la genética aplicada a la Psiquiatría y a lo que tienen de verdad las hipótesis etiológicas basadas en los datos provenientes de la Psicofarmacología. Desde el campo del Psicoanálisis, Marcelo Armando y Rodolfo Espinosa, por un lado, e Inés Berro por el otro, se refieren a lo que de la teoría y la práctica psicoanalíticas está vigente en el campo de la Salud Mental. Por último, Ricardo Bolaños reflexiona acerca del paradigma de la evidencia, donde analiza el concepto de verdad para la ciencia positiva dentro de los límites del método científico en el devenir histórico.

Como mencionamos más arriba, de existir un cuarto paradigma que organice el saber y la práctica en el campo de la salud mental, éste está en construcción. Esperamos que los trabajos incluidos en este dossier nos inspiren para participar creativamente en la construcción del paradigma que rija la práctica en el futuro ■

Categoría y Dimensión en Psiquiatría

Santiago Levin

Médico Psiquiatra

E-mail: santiagolevin@gmail.com

Daniel Matusevich

Médico Psiquiatra

E-mail: daniel.matusevich@hospitalitaliano.org.ar

Martín Nemirovsky

Médico Psiquiatra

E-mail: mnemirov@arnet.com.ar

*Abramos esta puerta con la llave de la imaginación.
Tras ella encontraremos otra dimensión,
una dimensión de sonido, una dimensión de visión,
la dimensión de la mente.
Estamos entrando en un mundo distinto, de sueños e ideas.
Estamos entrando en la dimensión desconocida.*

Rod Serling, *The Twilight Zone*.

Introducción

No existe disciplina científica sin una taxonomía. La discusión acerca de su validez es uno de los tópicos permanentes de debate en cualquier área del conocimiento científico, y sus crisis y reformulaciones son parte central de su historia. Hablar de las clasificaciones es hablar de la historia, de la sucesión de modos en que los psiquiatras han intentado capturar, desde la insoslayable determinación

histórica de cada época, esa sustancia inasible que solemos llamar *realidad*.

¿Existen las enfermedades mentales? ¿Constituyen entidades distinguibles unas de otras? Recurriendo a las nociones de identidad y diferencia, podría decirse: si todo fuera identidad y nada diferencia, las enfermedades mentales existen y sus límites están perfectamente trazados sin dejar espacio para la confusión o la duda;

Resumen

En el presente trabajo se discuten los conceptos de categoría y de dimensión en el contexto de las clasificaciones en Psiquiatría. Partiendo de la noción de que no existe disciplina científica sin una taxonomía se presenta, de modo sucinto, un panorama de la discusión actual alrededor de la aparente antítesis entre los conceptos de categoría y de dimensión desde una perspectiva histórica. Las descripciones clásicas de los cuadros psiquiátricos, de cuño categorial, han tenido y siguen teniendo un peso incuestionable en la clínica y en la misma construcción de la Psiquiatría como especialidad médica. Sus limitaciones, especialmente a partir de la aparición de las últimas versiones de los DSM, han dado lugar a cuestionamientos y a nuevas propuestas, no exentas ellas mismas de conflictos y limitaciones. Finalmente, los autores proponen que plantear el problema en términos disyuntivos (o categoría o dimensión) constituye una falsa opción.

Palabras clave: Categoría - Dimensión - Clasificación en psiquiatría - DSM V.

CATEGORY AND DIMENSION IN PSYCHIATRY

Abstract

The present paper discusses the concepts of category and dimension in the field of Psychiatry. As the need for a taxonomy is widely accepted, a broad review is offered of the present debate in its historical background, revolving around what mostly appears as a dichotomy between category and dimension. The classical descriptions of psychiatric entities, of categorial lineage, have had and still have unquestionable weight in clinical practice and even in the construction of Psychiatry as a medical speciality. Its limitations, especially since the most recent versions of the DSM appeared, have given lieu both to objections and to new proposals, themselves not extent of conflict and limitations of their own. Lastly, the authors suggest that the problem is wrongly posed when presented in terms of an "either/or" disjunctive.

Key words: Category - Dimension - Classification in Psychiatry - DSM V.

si todo fuera diferencia y nada identidad, una taxonomía de los padecimientos mentales es impracticable. A una distancia variable entre estos extremos se encuentra cualquier clasificación, determinada por factores políticos, ideológicos, económicos, científicos, sociales... es decir, por factores históricos.

Traemos a este texto las palabras de Guillermo Vidal¹. “[...] las clasificaciones psiquiátricas no reflejan una realidad que está ahí, fuera de nosotros, inmutable y sólida como una roca. Las clasificaciones trasuntan el espíritu de una época. Son inventos, creaciones pragmáticas a las que recurre el hombre para entender lo que pasa en derredor y lo que pasa en sus adentros” [...] “Al estar centrado lo psíquico en una instancia suprema y evanescente -el yo, la conciencia- y al ser uno autor, actor y espectador de sí mismo al mismo tiempo, la realidad (la realidad de lo que percibimos, sentimos, pensamos y hacemos las personas) se vuelve altamente compleja y cuestionable. No es lo mismo, pues, clasificar plantas que clasificar *more botánico* lo que hoy llamamos trastornos mentales. Estos carecen de las cualidades físicas de aquéllas” (23).

No es intención de los autores de este trabajo hacer una reseña de la historia de las clasificaciones en Psiquiatría, pero damos por sentado que tal conocimiento es indispensable para comprender la importancia del problema que intentaremos desplegar. Como decíamos, la historia de la nosología psiquiátrica es, en gran medida, la historia de la propia disciplina. Y hablar de taxonomía es también hablar de los nombres que damos a las entidades con las que pretendemos dialogar, entidades que dan forma y existencia a la tarea misma del psiquiatra.

En este artículo nos proponemos plantear una serie de elementos en torno a los conceptos de categoría y dimensión con el objeto de contribuir a la comprensión de una de las controversias actuales más significativas en el terreno de la nosología psiquiátrica.

Categoría y dimensión en el mundo de las teorías y de los valores

No ha sido posible establecer una mirada ateorica, apoyada exclusivamente en lo que se ve (17), como se pretendía desde la tercera edición de los DSM. Es necesario volver a decir (y a decirnos): no existe observación sin teoría. “Al ser expresión de un orden teórico nunca plenamente replicable en los acaceres naturales, todo sistema diagnóstico cumple un papel que puede llamarse de *re-conocimiento*. No se conocen los trastornos, se los reconoce por haberlos ya anticipado la teoría. De allí que los sistemas diagnósticos semejen receptáculos para recoger lo observable. [...] Esta capacidad selectiva de los sistemas diagnósticos, que es su fortaleza, es también

debilidad. Son ciegos a aquello no expresamente previsto por sus constructores o por sus teorías, explícitas o implícitas. Al mismo tiempo, generan y modelan lo esperado, de modo que sus productos se convierten, al cabo de un tiempo, en nuevos entes de razón dignos de atención. La medicina, y la psiquiatría en especial, crean especies mórbidas tanto como son influidas por ellas. El ámbito de tal creación es el ámbito de sus teorías” (16).

Los intentos de imponer un grupo de trabajo que se ocupe de las cuestiones teóricas y conceptuales en la construcción del futuro DSM V², reflejan una parte del problema mencionado. Solo en un contexto altamente politizado e ideologizado (es decir, renunciando a la ingenua asepsia del a-teoricismo) puede ser pensada la cuestión de la categoría y la dimensión de una manera integral y abarcativa, considerando todos sus matices y derivaciones (1, 12).

En febrero de 2008 fue publicado un editorial del *American Journal of Psychiatry* (11) que vale la pena revisar en detalle. En él, un grupo de profesionales de diversas orientaciones concluye que las cuestiones conceptuales no son periféricas a la fabricación del futuro manual de clasificaciones (DSM V). Para avalar esta afirmación se plantean una serie de preguntas conceptuales que de ninguna manera pueden ser dejadas de lado a la hora del diseño del próximo esquema de clasificaciones:

- ¿Cuál es la definición de enfermedad mental? ¿Cómo decidir si un trastorno propuesto para el DSM V representa una categoría legítima para incluir?
- ¿Cuáles deben ser los criterios para revisar las categorías diagnósticas actuales?
- ¿Cuáles deberían ser los principios que organicen la clasificación? ¿Las enfermedades deben ser clasificadas por sus síntomas, por su etiología, o tomando en cuenta otros elementos?
- ¿Cómo seleccionar los diferentes criterios diagnósticos: se debería dar prioridad a la evolución o a los marcadores genéticos?
- ¿Cómo incluir los datos de laboratorio o los criterios etiológicos?
- ¿Qué relación debería existir entre los criterios dimensionales y las categorías tradicionales?

Los problemas teórico-conceptuales deben volver al centro de nuestro interés; no pueden seguir siendo agregados a pié de página: John Sadler sostiene que los valores y las teorías deben pasar de las bambalinas al escenario principal de las grandes discusiones en Psiquiatría (20).

Categoría

El diccionario de filosofía de Ferrater Mora (5) ofrece diferentes acepciones para el vocablo categoría. En Esqui-

¹ Varias son las contribuciones que el recordado Guillermo Vidal ha hecho sobre el problema de las clasificaciones en Psiquiatría. Además del texto citado en la bibliografía, recomendamos el capítulo Vidal G, Alarcón R, Lolas Stepke F. Obstáculos epistemológicos y gramaticales que se presentan en la organización de una nosología psiquiátrica, (pág 1039-1042) en la Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría (1995, Editorial Panamericana, tomo III), de la que fue coautor (22).

² Entre los que abogan por la inclusión de esas cuestiones merece subrayarse la presencia de John Sadler y Bill Fulford, dos destacados intelectuales (Fulford es filósofo) que hace muchos años vienen intentando despertar las mentes dormidas de sus colegas a través de publicaciones de artículos y libros en donde han desarrollado una mirada crítica y profunda de la psiquiatría actual, alertando contra la supuesta “muerte de las ideologías” que estaría aquejando al colectivo psicopatológico contemporáneo (7).

lo y en Hipócrates significa “que revela”; para Herodoto significaba “acusador”. Aristóteles fue el primero en utilizar la palabra en sentido técnico otorgándole tres significados diferentes: “denominación”, “predicción” o “atribución” y construye una lista de diez categorías posibles (substancia, cantidad, cualidad, relación, lugar, tiempo, situación, posesión, acción y pasión).

En psiquiatría, el término *categoría* hace referencia a cuadros clínicos nítidamente diferenciados, fácilmente distinguibles del resto por sus características sobresalientes.

Según Grayson, la existencia de entidades diferenciadas se poya en la bimodalidad que se pone en evidencia cuando se las confronta con un listado de síntomas ordenados a la manera de una función lineal con una única variable, que adquiere valor 1 (existe) o valor 0 (no existe) (8) (obsérvese, de paso, que la pretensión de una semiología *bimodal* explica en gran medida los límites de este tipo de clasificación, basada en una lógica binaria a la que los fenómenos clínicos no siempre se ajustan). Las categorías designan elementos que deben ser descubiertos, lo que recibe el nombre de esencialismo internalista (29).

Este es el principio básico en el que se apoyan tanto el DSM IV como la ICD 10, clasificaciones de pregnancia y hegemonía indiscutibles en la psiquiatría contemporánea. La noción de categoría implica un corte, una frontera nítida que delimita la existencia (o inexistencia) del objeto.

Quien practique la clínica desde la visión categorial encontrará siempre lo que busca (pensamiento *fin-*

lista de Todorov) (19) o no lo encontrará nunca. La mirada categorial plantea que, por ejemplo, un paciente con cuatro síntomas de una lista de nueve no está deprimido; en cambio aquellos que tienen cinco sí lo están.

El predominio del pensamiento por categorías ha hecho necesaria la introducción de recursos ampliarios en la descripción clínica que, a pesar de su posible utilidad, no dejan de ser agregados *ad hoc*. Uno de ellos es la evaluación multiaxial (a discutir: por qué cinco ejes, por qué esos y no otros); otro, la aparición de nuevos términos como “comorbilidad”, “presentación subsindrómica”, etc.

Aquellos que no reúnen todos los criterios para un determinado trastorno van a parar al limbo de NOS (*not otherwise specified*). Westen (25) plantea que entre el 20% y el 50% de todos los pacientes evaluados terminan con el mencionado “diagnóstico”, lo que nos plantea la cuestión de la validez de las categorías existentes así como su funcionalidad.

Podemos preguntarnos entonces a quien o a quienes les son funcionales los modelos actuales, que limitan la creatividad del clínico en beneficio de la posibilidad de hablar un idioma común y recabar datos epidemiológicos, hecho que posee sus ventajas pero que a la vez redundante en un empobrecimiento semiológico.

Por último, mencionaremos que la perspectiva categorial del DSM ha tenido influencias en distintos ámbitos y situaciones (6), tales como:

- Confección de los libros de texto.
- Desarrollo de guías de tratamiento basadas en estas categorías.



- Confección de encuestas poblacionales que permitieron recabar datos epidemiológicos.
- Organización de servicios de salud.
- Diseño de estrategias económicas y administrativas.
- Aceptación, por parte de las agencias regulatorias, del uso de fármacos en las patologías así delimitadas.

Dimensión

El término dimensión, por su parte, se refiere a la existencia de un continuo entre un extremo y otro que no reconoce límites netos pero que, en forma creciente o decreciente, inclina la balanza hacia uno de ellos. La dimensión es un terreno de lo cualitativo mientras que la categoría, entendida como se mencionó anteriormente, es el predominio de lo cuantitativo. Para un partidario acérrimo de la categoría, se requiere un número mínimo de síntomas para llegar a un diagnóstico; un militante del "dimensionismo" se interesaría por determinar en qué medida (poco, más o menos, mucho) el síntoma protagoniza el cuadro del sujeto, y cuántos otros síntomas (con sus matices) lo "colorean" para darle una forma única. Extremando los conceptos podríamos decir que la categoría es la clínica del ser o del no ser, mientras que el enfoque dimensional propone una clínica de las intensidades que convierte los límites entre las entidades en líneas difusas.

Quien lo haga desde un punto de vista fanáticamente dimensional sólo hará diagnósticos artesanales e irrepetibles, de dudosa validez epidemiológica toda vez que cada caso se transforma en una especie en sí misma. ¿Cómo relacionar (aparear) las características de un determinado diagnóstico psiquiátrico con la particularidad de cada persona? ¿Y qué sucedería con la comunicación entre colegas? El problema de la epidemiología y de la comunicación dista mucho de estar resuelto pero es absolutamente necesario continuar con su planteo ya que se ha transformado en uno de los principales obstáculos a la propuesta dimensional.

Algunos clínicos continúan apostando al sistema categorial con el argumento de que su uso se ha hecho familiar y que facilita la comunicación entre colegas. Otros autores, como Clark, denuncian "el sesgo anticientífico de los argumentos basados en la tradición, que semejan el acto de buscar la llave perdida debajo de la lámpara porque allí hay más luz. Las cualidades de familiaridad, tradición y simpleza de sistemas deben ser tomadas en cuenta sólo cuando se comparan dos sistemas de validez equivalente. Si un sistema tiene poca validez, sus virtudes quedan reducidas a cero." (21).

Widiger, por su parte, sostiene que en la actualidad son pocos los que discuten que las patologías de la personalidad se conceptualizan mejor desde la perspectiva dimensional; sin embargo este mismo autor reconoce que todavía permanece pendiente el debate sobre la validez y utilidad de este sistema (27).

En el orden práctico, daremos algunos de los ejemplos que están sopesando los que trabajan en los trastornos de personalidad para incluir distintas gamas de

dimensiones en el DSM V. Estos dominios muestran la posibilidad de identificar en los pacientes, gradientes que pueden ir de un extremo a otro de los pares subsiguientes:

1. Extraversión-introversión;
2. Oposicionismo-amabilidad;
3. Impulsividad-restricción;
4. Disregulación-estabilidad emocional;
5. Convencionalismo-apertura a experiencia.

La pretensión de algunos ideólogos es la de desarrollar para cada uno de estos dominios, instrumentos (muchos ya están hechos) que permitan "mensurarlos adecuadamente" (28).

Por último, Allen Frances escribió una frase que vale la pena citar en referencia al complejo dilema de los trastornos de personalidad: "...algún día todos aplicaremos un sistema dimensional de diagnóstico de personalidad. Sin embargo, creo que el momento aún no ha llegado, y todavía no está claro cuál sistema es el óptimo [...] Tal vez cuando llegue el momento del DSM V ya sepamos cuáles dimensiones son mejores, cómo evaluarlas y cómo formar a los clínicos para utilizarlas" (21).

Comorbilidad, confusiones y controversias

Una importante característica del DSM III fue la incorporación de jerarquías para los diagnósticos. Si un paciente era diagnosticado como esquizofrénico, no podía a su vez ser recibir el diagnóstico de trastorno de pánico. La esquizofrenia es una patología más severa que el trastorno de pánico. Dicha jerarquía se apoya en la tradición unicista, que pretende reconducir una presentación sindrómica a una sola patología. En 1987, sin embargo, con la publicación del DSM-III-R, se inaugura la posibilidad de tener dos o más diagnósticos para un mismo paciente. Asistimos al nacimiento oficial del concepto de *comorbilidad*, que alcanza su apogeo en los 90 con el DSM-IV. El concepto de comorbilidad se puede rastrear en los 70 cuando Feinstein empleó por primera vez este término para describir "cualquier entidad adicional" (4). Con la estructura actual de diagnósticos, la comorbilidad es más la regla que la excepción. Algunos autores están proponiendo abandonar el término comorbilidad y remplazarlo por el de coocurrencia, más modesto toda vez que no implica la existencia de entidades simultáneas (15).

El 80% de los individuos con fobia social tiene un diagnóstico adicional; se describe un 50% de asociación entre trastorno por pánico y depresión (10). El problema se agrava cuando el profesional que utiliza el manual se esfuerza por hacer encajar una lista de síntomas en alguno de los grupos diagnósticos. Esta manera de utilizar el DSM IV ha llevado a gruesos errores clínicos. Muchos síntomas se superponen para distintos trastornos, pero tienen distinta relevancia según el contexto (tómese el insomnio, la irritabilidad o la ansiedad como ejemplos). Sólo la experiencia de un clínico *suficientemente bueno* permitirá sopesar el estatuto de cada uno de estos síntomas y los contextos en que son experimentados (2).

Muchos sujetos que reúnen criterios para un trastorno

tienen también síntomas de otro; el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de ansiedad están ubicados en el mismo nicho categorial a pesar de que los estudios clínicos y neuropatológicos sugieren que tienen poco en común (15). La observación clínica de que un antidepresivo puede ser beneficioso en la depresión, en distintos trastornos ansiosos, en los cuadros con obsesiones y aún en otras condiciones plantea que la fisiopatología subyacente no respeta los límites del DSM.

Vale la pena citar a Michael First cuando advierte a los psiquiatras que "...no se dejen atrapar por las categorías existentes, ellas no corresponden a genotipos particulares o a determinadas patologías cerebrales, debemos reconocer ante todo que no son entidades puras" (15).

Han pasado más de 30 años desde la introducción de los criterios de Feghner por Robins y Guze (18), quienes participaron en la confección del DSM-III. A pesar de la intensa investigación en el campo genético, no se ha encontrado en todo este tiempo un marcador de laboratorio que pueda identificar alguno de los síndromes existentes en el DSM, como se pretendía en un principio. Estudios clínicos y epidemiológicos no dejan de mostrar la alta tasa de comorbilidad entre diagnósticos. En uno de los estudios epidemiológicos estadounidenses más importantes sobre prevalencia, severidad y comorbilidad de trastornos mentales en un período de 12 meses, encontraron que el 45% de los pacientes tenían 2 o más diagnósticos (13). La falta de especificidad de los tratamientos, por otra parte, es más la regla que la excepción.

¿Categoría versus Dimensión?

Entre otras objeciones, los críticos del sistema categorial plantean que utilizando un sistema que funcione con una lógica del todo o nada (una lógica binaria) se pierde importante información clínica, que existe superposición entre categorías y una gran heterogeneidad dentro de cada una de ellas.

Tal vez donde mejor se puede visualizar la cuestión es en el mundo de los trastornos de la personalidad: más allá de las diferencias teóricas entre los distintos grupos de autores la propuesta general plantea una familia de tipos de personalidad con diversos grados de severidad.

Tomemos el caso del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad: se requieren (siguiendo el DSM IV) cuatro criterios sobre un total de ocho para realizar el diagnóstico, por lo que podemos decir que existen *muchas maneras distintas de padecerlo*. Al tener que decidir si un cuadro se ajusta o no este trastorno el psiquiatra se ve obligado a sacrificar una cantidad importante de información significativa en el camino: la compulsividad no es un fenómeno todo o nada sino que existen *grados* que deben ser considerados en su singularidad³.

¿Se presenta la realidad como un continuo? ¿Somos los observadores los que fraccionamos ese continuo para transformarlo en porciones diferenciadas? Grayson pro-

pone el siguiente enfoque, un tanto esquemático pero de utilidad en este análisis (8): lo que vemos del mundo es el resultado de la interacción de tres componentes: la realidad, el instrumento de observación y el observador. Es perfectamente posible que la realidad se presente como un continuo, que el instrumento de observación funcione de modo óptimo sólo en un punto de ese continuo y que el observador dirija el instrumento a ese preciso punto en el que los límites se presentan nítidamente. Esto no significa que los límites existan; tampoco quiere decir que su existencia sea inadmisibles. Antes de arribar a una conclusión de tal magnitud, es necesario demostrar que el instrumento de observación (por ejemplo, un listado de síntomas psiquiátricos) no es selectivo y que la porción de realidad observada no se encuentra distorsionada por sesgos científicamente inadmisibles (por ejemplo, una población artificialmente homogénea).

Los criterios categoriales pueden ser adaptados dimensionalmente recurriendo a la contabilidad de los síntomas, duración, grado de deterioro, certeza del diagnóstico, etc. Inclusive dentro de los criterios categoriales existen consideraciones que podríamos llamar dimensionales como por ejemplo que un síntoma debe ser *clínicamente significativo*. ¿Qué es significativo? Lo que es significativo para un profesional puede no serlo para otro. ¿Cómo influyen los contextos culturales, educacionales, socioeconómicos, etc., en una valoración de este tipo? Es importante no perder de vista que aún en el reinado de la categoría, la dimensión se cue-la permanentemente; por ejemplo en el uso de escalas en el campo de la investigación. En efecto, la escala de Hamilton para la depresión (9) permite establecer la gravedad del cuadro de acuerdo al puntaje obtenido.

El proyecto del DSM V (que prevé su lanzamiento para 2012) contempla la introducción de distintos cambios (14); probablemente el más significativo sea la inclusión de algunos criterios dimensionales (además del intento de incluir criterios de otro orden, que se irían agregando paulatinamente según resultados de la investigación genética, del diagnóstico por imágenes o de la investigación social). Los criterios categoriales no están destinados a desaparecer en el DSM V, sino que se agregarán criterios dimensionales en algunos grupos diagnósticos específicos, por ejemplo en los trastornos de personalidad.

In conclusiones

Cierta vocación binaria caracteriza a la psiquiatría actual, ocupada con frecuencia en discusiones interminables desde bandos aparentemente irreconciliables. O categoría o dimensión; o psicofármacos o psicoanálisis; o neurociencia o psicología...Y sigue la lista. Vemos así a colegas enrolados en un indefendible biologicismo reduccionista discutir con otros, ubicados en un sorprendente y no menos reduccionista espiritualismo. Es

³ El complejo problema epistemológico e histórico que subyace a esta discusión está claramente presentado por Zachar y Kendler (29). Causalismo, esencialismo, objetivismo e internalismo compiten con el descriptivismo, el nominalismo, el evaluacionismo y el externalismo, respectivamente.

cierto que una de las dos parcialidades viene ganando, por ahora, la batalla, de la mano de poderosos intereses económicos y de una cultura más propensa a escuchar datos que a practicar reflexiones; pero el problema de los reduccionismos sigue vigente. Y con él, un lamentable empobrecimiento de nuestra capacidad crítica como colectivo profesional.

Seguimos a Norberto Aldo Conti al decir que son cada vez más los “especialistas” en la reflexión filosófica (y cada vez menos los clínicos, los que practicamos diariamente nuestro oficio) los que piensan la problemática actual de la psiquiatría (3). Continúa el mismo autor diciendo que en nuestro país ha desaparecido de la formación del psiquiatra clínico la enseñanza de la filosofía y con ella la reflexión crítica y el conocimiento histórico de una clínica ya bicentenaria. El autor denuncia que estamos asistiendo a un proceso de *desfilosofización* que tiene importantes alcances y efectos tanto en la práctica individual como en el terreno social.

Volvemos a citar al maestro Vidal. (22) “Repitamos: la clasificación ordena pero nada nos dice de lo ordenado. La clasificación sólo cumple funciones estadísticas; es un requerimiento del modelo epistemológico científico-natural. Basta con que nos alejemos un poco de éste para que los entusiasmos nosográficos empalidezcan y sean reemplazados por una actitud más comprensiva e histórica, más artística que técnica, en donde la perspectiva dimensional se agranda a expensas de la categorial. Los cultores de la psicosis única suelen estar próximos a esta posición evolutiva, contraria en cierto modo a la descripción en un solo plano. Son en este sentido, relativamente antinosográficos. También lo son, por supuesto, muchos filósofos y psicólogos, así como todos los médicos que tiempo atrás militaron en la antipsiquiatría y los que aún hoy ven los trastornos mentales al modo de estrategias de la conciencia enderezadas a mantener la unidad y la continuidad existencial. Los psicoanalistas, inclinados al psicodinamismo, son poco afectados al diagnóstico sistemático, pero no pueden evitarlo porque la posición de Freud, que nunca dejó de ser médico, fue sustancialmente científico-natural” (22).

Plantear el problema de categoría y dimensión en términos de una lógica disyuntiva (es decir, o una cosa o la otra) constituye un falso problema. La solución, provi-

soria como todas, debería ser la superación de esta falsa opción por una alternativa superadora que podría incluir aspectos de ambas junto con otros no contemplados por ninguna de ellas (26). Sólo se sale de una falsa opción con un pensamiento dialéctico (el poeta y escritor Leopoldo Marechal solía decir que el mejor modo de salir de un laberinto es... por arriba).

La tradición categorial viene de lejos en la historia de nuestra disciplina (culminando con Griesinger, Kahlbaum, Kraepelin y Schneider), y ha dado frutos nosográficos de gran valor clínico y heurístico. Un número importante de entidades descritas nítidamente como categorías parece existir efectivamente en la realidad clínica, más allá de las discusiones sobre etiología, frecuencia y distribución y terapéutica. Las categorías psiquiátricas son sencillas de entender, se prestan con facilidad a la investigación clínica y permiten realizar estudios poblacionales.

Pero sus límites a la hora de captar todo aquello que de irreplicable, de singular, tiene el sujeto humano, junto al empobrecimiento de algunos planteos y de la misma práctica clínica determinan la necesidad de volver a pensar el problema de nuestra nosología. Ya sabemos que no existe una solución definitiva, y que un pensamiento que se cierra sobre sí mismo (como el perro que se muerde la cola) produce un efecto de cristalización del objeto estudiado que tarde o temprano desemboca en una pérdida de riqueza explicativa. Cuando un sistema explicativo se cristaliza deja de explicar lo que intenta explicar y se transforma en la degradación de la ciencia: la doctrina.

¿Cómo posicionarse frente a problemáticas complejas como ésta que presentamos en este trabajo? ¿Cómo no caer en reduccionismos empobrecedores, monoculares, que alimentan la trampa de la falsa opción?

El estudio de las teorías es, en gran medida, el estudio de la historia. Quien desconozca la historia de la evolución de las ideas en psiquiatría será particularmente vulnerable a confundir una clasificación con la realidad.

Los psiquiatras clínicos no deberíamos renunciar a la comprensión, discusión y crítica de ninguna de las importantes problemáticas que nos acucian. El problema de la nosología es una de ellas ■

Referencias bibliográficas

1. Brown TA, Barlow DH. Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and beyond: comment on the special section. *J Abnorm Psychol* 2005; 114(4): 551-6.
2. Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol* 2001; 110: 585-599.
3. Conti N. Filosofía y Psiquiatría. Sinopsis, en prensa, 2008.

4. Feinstein AR. The pre-therapeutic of co-morbidity in chronic disease. *J Chron Dis* 1970; 23: 455-68.
5. Ferrater Mora J. Diccionario de Filosofía. 1a ed. Barcelona, Ariel Referencia, 1994.
6. First MB. Clinical utility: a prerequisite for the adoption of a dimensional approach in DSM. *J Abnorm Psychol* 2005; 114(4): 560-4.
7. Fulford K, Thornton T, Graham G. Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry. Oxford University Press, 2006.
8. Grayson DA. Can categorical and dimensional Views of Psychiatric Illness be distinguished? *Br J Psychiatry* 1987; 151: 355-361.
9. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56-62.
10. Helmuth L. In Sickness or in Health? *Science* 2003; 302: 808-810.
11. Kendler K, Appelbaum P, Bell C, Fulford K, Ghaemi N, Schaffner K, et al. Issues for DSM-V: DSM-V Should Include a Conceptual Issues Work Group. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 174-175.
12. Kendler KS, Prescott CA, Myers J, Neale MC. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 929-937.
13. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(6): 617-627.
14. Kupfer DJ, First MB, Regier DE. Introduction. En: Kupfer DJ, First MB, Regier DE, editors. A research agenda for DSM-V. Washington DC: American Psychiatric Association; 2002. p. xv-xxiii.
15. Lilienfeld SO, Waldman ID, Israel AC. (1994). A critical examination of the use of the term "comorbidity" in psychopathology research. *Clin Psychol: Sci Pract* 1994; 1: 71-83.
16. Lolas Stepke F. A propósito de sistemas diagnósticos en psiquiatría. Una perspectiva psicolexicológica. En: Sistemas diagnósticos en Psiquiatría: una guía comparativa. Santiago de Chile: Ed. Mediterráneo; 1997. p. 11-15.
17. Matusevich D. Clasificación y psiquiatría. DSMV: El mito de la ateoricidad, Apuntes de Investigación del CECYP 2000; 137-145.
18. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970; 126: 983-987.
19. Todorov T. La conquista de América: el problema del otro. Buenos Aires, Siglo XXI editores, 1997.
20. Sadler J. Introduction. En: Sadler J, editor. Descriptions and Prescriptions: Values, Mental Disorders and the DSM. Johns Hopkins University Press, 2002. p. 3-8.
21. Verheul R. Utilidad Clínica de los Modelos Dimensionales en la Patología de la Personalidad; Sección Especial del *Journal of Personality Disorders*, la Agenda de la APA para el DSM V. p. 121-136. Disponible en: http://www.isspd.com/download/documents/agenda_apa_05.pdf
22. Vidal G, Alarcón R, Lolas Stepke F. Obstáculos epistemológicos y gramaticales que se presentan en la organización de una nosología psiquiátrica. En: Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Tomo III. Editorial Panamericana, 1995. p. 1039-1042.
23. Vidal G. Algunas clasificaciones psiquiátricas con valor histórico. En: Sistemas diagnósticos en Psiquiatría: una guía comparativa. Santiago de Chile, Ed. Mediterráneo, 1997. p. 17-26.
24. Vieta E, Phillips M. Deconstructing Bipolar Disorder: a Critical Review of its Diagnostic Validity and a Proposal for DSM-V and ICD-11. *Schizophr Bull* 2007; 33(4): 886-892.
25. Westen D, Shedler J, et al. Personality Diagnosis in Adolescence: DSM IV Axis II Diagnosis and an Empirically Derived Alternative. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 952-956.
26. Widiger T, Samuel D. Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition *J Abnorm Psychol* 2005; 114(4): 494-504.
27. Widiger T, Clark L. Toward DSM V and the Classification of Psychopathology. *Psychol Bull* 2000; 126: 946-963.
28. Widiger T, Simonsen E. Modelos dimensionales alternativos de TP. Sección Especial del *Journal of Personality Disorders*, la Agenda de la APA para el DSM V. p. 121-136. Disponible en: http://www.isspd.com/download/documents/agenda_apa_05.pdf
29. Zachar P, Kendler K. Psychiatric Disorders: A Conceptual Taxonomy. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 4.

Psicofármacos y teorías etiopatogénicas en Psiquiatría. Del contexto de descubrimiento al obstáculo epistemológico

Silvia Wikinski

*Médica Psiquiatra. Doctora de la Universidad de Buenos Aires
Miembro de la Carrera de Investigador Científico (ININFA-CONICET)
E-mail: swikinsk@fyb.uba.ar*

Introducción

La inclusión de la Psiquiatría como especialidad médica ha sufrido, y debemos decir que aún enfrenta, diversas vicisitudes. La apelación al modelo de las ciencias naturales, que ha resultado bastante exitoso para casi todas las demás especialidades médicas, chocó con diversos obstáculos en el caso de nuestra especialidad. La naturaleza misma de los fenómenos de los que se ocupa, el funcionamiento mental tanto normal como

patológico, es por definición un fenómeno humano, con lo que la experimentación, herramienta privilegiada de las ciencias naturales, se ve necesariamente limitada. Por otro lado, la ausencia de lesiones visibles en el examen post-mortem de los cerebros de pacientes psiquiátricos pareció empantanar el progreso de la Psiquiatría dentro de la Medicina. Los teóricos, hasta mediados del siglo XX, aguardaban con expectativa evidencias “objeti-

Resumen

Este trabajo propone la tesis de que el desarrollo de la psicofarmacología contemporánea a partir de las modificaciones de las moléculas de drogas con acción antihistamínica modeló las teorías etiopatogénicas de las principales enfermedades mentales. El desarrollo de la clorpromazina y de la imipramina coincidió con el auge de la investigación acerca de los mecanismos de la neurotransmisión. Esta coincidencia confluyó en la elaboración de las teorías dopaminérgica de la esquizofrenia y monoaminérgica de la depresión. Las limitaciones en la efectividad de las drogas actualmente en uso, observadas en los ensayos CATIE y STAR-D, justificaría un cambio de perspectiva en la búsqueda de blancos moleculares para el tratamiento de ambas patologías. Se proporcionan datos históricos que ilustran la tesis antes mencionada, en la perspectiva de dos conceptos epistemológicos: el de contexto de descubrimiento propuesto por Hans Reichenbach y el de obstáculo epistemológico, propuesto por Gaston Bachelard. Palabras clave: Filosofía y Psiquiatría - Historia de la Psicofarmacología - Teorías etiopatogénicas de la depresión - Teorías etiopatogénicas de la esquizofrenia.

PSYCHOPHARMACOLOGICAL DRUGS AND ETHIOPATOGENIC THEORIES IN PSYCHIATRY. FROM DISCOVERY CONTEXT TO EPISTEMOLOGICAL OBSTACLE.

Abstract

This work postulates the thesis that the development of the contemporary psychopharmacology, which began with the chemical changes imposed to molecules with antihistaminergic properties, modelled the current etiopathogenic theories of mental diseases. The development of chlorpromazine and imipramine was coincident with the beginning of the research about neurotransmission. This coincidence contributed for the construction of the dopaminergic theory of schizophrenia and in the monoaminergic theory of depression. Limitations of the effectivity of current drugs, as observed in the trials CATIE and STAR-D may justify a change of perspective in the search for new molecular targets for the treatment of both diseases. Historical data are provided to illustrate the above mentioned thesis, in the perspective of two epistemological concepts: the context of discovery proposed by Hans Reichenbach and the epistemological obstacle, proposed by Gaston Bachelard.

Key words: Philosophy and Psychiatry - History of Psychopharmacology - Etiopathogenic theories of depression - Etiopathogenic theories of schizophrenia.

vas" que permitieran formular hipótesis etiopatogénicas y desarrollar tratamientos etiológicos, siguiendo lo que había sido hasta entonces el paradigma indiscutible del modelo médico, que tomó de la infectología su estructura de razonamiento.

La convergencia con disciplinas de pleno derecho dentro de las ciencias naturales, como las neurociencias o la farmacología, parecieron prometer a la Psiquiatría un anclaje en las ciencias naturales y proporcionar los elementos objetivos con que cuentan las demás especialidades médicas.

El propósito de este trabajo es revisar en qué medida los hallazgos provenientes de la psicofarmacología ampliaron el conocimiento de la patología mental, o por el contrario, se constituyeron en un obstáculo epistemológico para una mejor comprensión de los fenómenos que nos ocupan como psiquiatras. El recorrido se centrará en las hipótesis etiopatogénicas surgidas de la extrapolación de los mecanismos de acción de los antipsicóticos y los antidepresivos.

Los inicios de la psicofarmacología y su contexto epistemológico

La experimentación de base científica sobre los efectos conductuales de sustancias psicoactivas, según algunos autores, comenzó a principios del siglo XX, con las descripciones de Macht y Mora acerca de la acción de los opioides sobre la conducta de la rata en un laberinto (7).

Sin embargo, no fue sino hasta mediados del siglo pasado que se conocieron las acciones terapéuticas de diversas drogas sobre los trastornos mentales, cuando casi simultáneamente se describieron las acciones antipsicóticas de la clorpromazina, las antidepresivas de los compuestos tricíclicos y las antimaniacas del litio. Los hallazgos de estas acciones fueron, en todos los casos, serendípicos¹. Aplicando el paradigma de tratamiento etiológico predominante en la medicina se pensó que los fármacos corregían aquello que estaba alterado. Por lo tanto, conocer los mecanismos de acción de los psicofármacos permitiría identificar las alteraciones neurobiológicas subyacentes a los distintos trastornos mentales. El siguiente paso era entonces, investigar los mecanismos por los cuales las drogas disponibles ejercían sus efectos terapéuticos.

Por aquella época Eduardo De Robertis describía, a partir de sus estudios de microscopía electrónica y posteriormente de fisiología, las vesículas sinápticas y su proceso de liberación de neurotransmisores, extendiendo a las neuronas hallazgos que previamente habían sido documentados en las glándulas de secreción interna. Así, los neurotransmisores pasaron a ocupar la escena privilegiada de la comunicación interneuronal, desplazando a un lugar menos importante a la transmisión eléctrica.

Ambas líneas de investigación convergieron pronto con la capacidad instrumental de medir neurotransmisores en distintos fluidos biológicos y con la de realizar ensayos de unión ligando-receptor, lo que inauguró un campo de investigación, la psicofarmacología básica.

Veamos esto con un poco más de detalle. La eficacia antipsicótica de la clorpromazina y sus derivados se comunicó por primera vez en 1952, pero no es hasta 1963 cuando Carlsson y Lindqvist, a partir de medir las concentraciones de dopamina y sus metabolitos en el cerebro de animales tratados con este y otros neurolepticos, proponen la hipótesis de que ésta actúa inhibiendo la neurotransmisión dopaminérgica. Esta hipótesis fue confirmada más de 10 años después, ya que requirió del desarrollo de los ensayos de ligando-receptor y de la demostración de que la unión de una sustancia radioactiva marcaba no sólo una molécula en el tejido, sino una molécula con capacidad de respuesta, como era en este caso el receptor para dopamina (9).

Pasemos ahora a lo que sucedía con los antidepresivos. Para identificar el mecanismo por el cual estas drogas actuaban se utilizó, una vez más, lo que para la época era la metodología más actual: ensayos de binding y experimentos de recaptación de monoaminas. Así se demostró que todas estas moléculas inhibían la recaptación de noradrenalina y/o de serotonina, con lo que estaba el marco teórico listo para proponer la teoría monoaminérgica de la depresión (4).

Estas evidencias proporcionaron los elementos a partir de los cuales se construyeron las primeras hipótesis patogénicas de la depresión y de la psicosis. La primera adjudicada a niveles insuficientes de monoaminas en la brecha sináptica y la segunda a un incremento de la dopamina en áreas específicas del sistema nervioso central. La pregnancia de estas hipótesis fue tan grande que aún hoy, incluso en foros especializados, se adjudica a estos fenómenos las patologías señaladas. El razonamiento parecía lógico y sencillo: si el aumento de monoaminas en la brecha sináptica se acompaña de una mejoría sintomática de los pacientes deprimidos lo que debía pasar en la depresión era que estos neurotransmisores estaban disminuidos. De forma análoga, si el bloqueo de los receptores dopaminérgicos disminuía los delirios y las alucinaciones, en la psicosis debía haber un aumento de la actividad dopaminérgica. Esta aplicación del pensamiento inductivo, propia del método científico, se transformó rápidamente de hipótesis en conocimiento.

Una mirada retrospectiva a los psicofármacos y sus orígenes

Vemos entonces que las teorías etiopatogénicas de la esquizofrenia y de la depresión tuvieron como punto de partida la aplicación de lo que entonces se sabía acerca del mecanismo de acción de los antipsicóticos y de los

¹ El término *serendipia* no figura en el Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española. Es el resultado de la traducción del inglés de un término (*serendipity*) que, según el Merriam Webster Dictionary alude a la facultad o el fenómeno de haber hallado algo valioso o agradable sin haberlo buscado intencionalmente. Hay consenso en la comunidad científica de que los hallazgos serendípicos sólo son posibles cuando la observación es cuidadosa o sistemática. Es decir, que para que un hallazgo sea serendípico no basta con que sea casual, sino que debe ser el producto de una mente funcionando con criterio científico.



antidepresivos respectivamente. Pero ¿de qué psicofármacos estamos hablando?

Como describe E.F. Domino en su trabajo acerca de la historia de la psicofarmacología contemporánea (2), el desarrollo de los psicofármacos en la segunda mitad del siglo XX estuvo estrechamente unido al de las drogas con acción antihistamínica.

Entre los años 1930 y 1940 se conoció la relación entre la estructura etilamínica y la acción de sustancias sobre el sistema nervioso central. El desarrollo de las ariloxi-etilaminas como antihistamínicos le valió a Bovet, en 1957, el premio Nobel en Medicina. Por esos años se sintetizaron miles de moléculas con acción antihistamínica, algunas de las cuales actuaban también en la neurotransmisión colinérgica o catecolaminérgica.

Con estos antecedentes pronto se obtuvo la síntesis de la prometazina, pensada originalmente como un fármaco antiemético, el que modificado poco después dio lugar a la promazina. Dice Domino: "Es bien sabido que si agregamos un halógeno a una molécula orgánica usualmente se incrementa tanto su potencia como su toxicidad. Por lo tanto, si deseas hacer una promazina más potente, agrégale un halógeno como el cloruro, o uno o más fluoruros" (2). Este es el origen de la clorpromazina, ensayada primero como adyuvante de la anestesia general por su acción sedativa, antiemética y estabilizante neurovegetativa, luego para potenciar la sedación con barbitúricos en los pacientes psiquiátricos, para finalmente ser empleado sola en el tratamiento de la esquizofrenia (ver al respecto la revisión de López-Muñoz, 6). Sobre esta base y por sustituciones químicas, se sintetizaron enseguida la trifluoperazina, la flufenazina y la tioridazina. Una base molecular común tienen incluso la clozapina y la olanzapina.

Un recorrido similar podemos resumir para los antidepresivos. El éxito terapéutico y comercial obtenido al

modificar estructuralmente las moléculas antihistamínicas alentó a explorar aún más esta estrategia. La sustitución de un puente de sulfuro en la estructura de la prometazina por un puente etileno dio por resultado la imipramina. La primera evidencia de que de varias decenas de pacientes psiquiátricos tratados con imipramina los únicos que mostraban mejoría eran los afectados por depresión fue obtenida por R. Kuhn y publicada en 1958 (3). Por modificaciones químicas ulteriores se obtuvieron la amitriptilina, la desipramina, la nortriptilina, la clomipramina. Lógicamente, el esfuerzo de desarrollo posterior se orientó a obtener moléculas que hicieran esto mismo, pero con mayor eficacia o selectividad, lo que dio lugar a la obtención de los inhibidores selectivos de la recaptación de monoaminas. Nuevamente podemos destacar la convergencia de una estrategia para el desarrollo de nuevas moléculas con un estado del conocimiento y de la tecnología disponible para identificar sus acciones como condición para la elaboración de una hipótesis etiopatogénica: la depresión es causada por una disminución de la concentración de monoaminas en la brecha sináptica (1).

Contexto de descubrimiento, teorías resultantes y obstáculo epistemológico

Permítaseme ahora introducir brevemente dos conceptos provenientes de la epistemología que podrán resultar útiles para discutir los antecedentes que hemos sintetizado anteriormente.

Para la Filosofía una pregunta inquietante es cómo es que se produce un descubrimiento. Hans Reichenbach, un filósofo del grupo de Berlín, propuso una distinción entre el contexto de descubrimiento y el de justificación (8). Clásicamente, el contexto de descubrimiento alude a las condiciones psicológicas y sociales que tienen lugar

durante el proceso real en que los científicos generan nuevas ideas o hipótesis. El análisis del contexto de descubrimiento incluye tanto las condiciones en que aparecen las ideas en la mente de los científicos (durante el sueño, en un viaje, por casualidad) como el estado del arte, la tecnología y los paradigmas vigentes en un momento determinado. El contexto de justificación, por otro lado, se refiere a los parámetros lógicos y epistémicos que las hipótesis deben cumplir para ser consideradas científicas. Aun cuando estos dos contextos aluden a fenómenos y procesos claramente distinguibles, es indudable que ambos influyen en el proceso de investigación y sus resultados.

Utilizando estos conceptos propongo un análisis sucinto del peso del contexto de descubrimiento en las hipótesis etiopatogénicas de las enfermedades mentales formuladas durante la segunda mitad del siglo XX y que aún hoy permanecen vigentes. Los ingredientes principales fueron el descubrimiento de los mecanismos esenciales de la neurotransmisión monoaminérgica, la capacidad técnica para estudiarla y el hallazgo casual de algunas moléculas con eficacia terapéutica. Un cuarto elemento es de orden teórico, y consiste en la traslación del pensamiento causal de otras ramas de la Medicina a la Psiquiatría. Como señalé más arriba, se da por sentado que los tratamientos efectivos actúan sobre la etiología de la enfermedad. Esto es, muy consistentemente, cierto para la infectología en la que el antimicrobiano eficaz es aquel para el cual el germen patógeno es sensible, pero no necesariamente para otras disciplinas. No lo es para la cardiología, en la cual, por ejemplo, la eficacia de los bloqueantes beta-adrenérgicos en el tratamiento de la

hipertensión arterial no permiten deducir que la etiología de la misma es un aumento de la actividad beta-adrenérgica. Y desde luego tampoco lo es para males aún más complejos como las enfermedades mentales. En una misma neurona actúan múltiples sistemas de neurotransmisión, además de otros factores como los factores neurotróficos, las hormonas, las señales eléctricas o los iones. Además, las neuronas están en redes en las que aparecen mutuas regulaciones entre neuronas individuales y grupos neuronales determinados. Y por último, el cerebro es el sistema con mayor plasticidad del organismo, por lo que lo que sucede en el momento en que usted está leyendo estas líneas seguramente no va a ser igual a lo que suceda una vez que haya terminado de hacerlo. En este terreno tan variable es difícil hacer asignaciones causales simples. En suma, la conceptualización etiológica predominante a mediados del siglo XX, que sin duda también formaba parte del contexto de descubrimiento de la época, condicionó, junto con los otros elementos ya mencionados, la elaboración de teorías que forzaron las observaciones y crearon la ilusión de que "ya se conocía". Esto se constituyó en obstáculo para "seguir conociendo"². Para peor, esta misma teoría así construida orientó los desarrollos ulteriores en farmacología, creando la impresión de que había que seguir buscando y desarrollando moléculas que hicieran lo que hacían las ya disponibles, pasando por alto además que estas últimas habían nacido serendípicamente, a partir de modificaciones a la estructura de los antihistamínicos.

Las consecuencias están poniéndose en evidencia actualmente. Los grandes ensayos clínicos tanto para



² Gaston Bachelard, en su libro "La Formación del Espíritu Científico" (1938) acuña la expresión "obstáculo epistemológico" para referirse al efecto que lo ya conocido tiene en la producción de nuevo conocimiento. Bachelard afirma que "se conoce en contra del conocimiento anterior, destruyendo conocimientos mal adquiridos".

el tratamiento de la esquizofrenia (9) como para el de la depresión (10) alertan acerca de la eficacia parcial de las herramientas farmacológicas con las que contamos. Porcentajes importantes de pacientes esquizofrénicos abandonan prematuramente el tratamiento con antipsicóticos, y cerca del 40% de los pacientes con depresión unipolar no responden al tratamiento con antidepresivos.

Parece que es hora de cambiar de estrategia para la elaboración de las teorías etiopatogénicas de los desórdenes mentales, como así también parece que resulta necesario emplear nuevos paradigmas para el desarrollo de moléculas que colaboren en el tratamiento de aquellos

pacientes que no se benefician con las disponibles hoy en día.

La superación probablemente venga de la mano de una mayor atención a los hallazgos de las neurociencias y de un impulso desinteresado de los organismos de financiación estatales o sin fines de lucro, que no están atados al beneficio económico inmediato y por lo tanto pueden destinar recursos a la búsqueda de compuestos que atiendan la necesidad de subpoblaciones de enfermos no respondedores a los tratamientos convencionales ■

Referencias bibliográficas

1. Davis JM. Tricyclic antidepressants, neurotransmitters and neuropsychopharmacology. En: Ban TA, Ucha Udabe R, editors. *The neurotransmitter era in neuropsychopharmacology*. Buenos Aires: Editorial Polemos-CINP 2006; p. 141-152.
2. Domino EF. History of modern psychopharmacology: a personal view with an emphasis on antidepressants. *Psychosom Med* 1999; 61: 591-598.
3. Kuhn R. The treatment of depressive states with G22355 (imipramine hydrochloride). *Am J Psychiatry* 1958; 115: 459-464.
4. Lapin IP, Oxenkrug GF. Intensification of the central serotonergic processes as a possible determinant of the ghymlleptic effect. *Lancet* 1969; 1: 132-136.
5. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005; 353(12): 1209-1223.
6. López-Muñoz F, Alamo C, Cuencia E. Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología. *Frena II-1* 2002; 77-107.
7. Macht DI, Mora CF. Effect of opium alkaloids on the behaviour of rats in the circular maze. *J Pharmacol Exp Ther* 1920; 16(3): 219-235.
8. Reichenbach H. *Experience and prediction*. Chicago, University of Chicago Press, 1938. p. 7-8.
9. Richelson E. Neuroleptics, neurotransmitters and neuropsychopharmacology. En: Ban TA y Ucha Udabe R, editors. *The neurotransmitter era in neuropsychopharmacology*. Buenos Aires: Editorial Polemos-CINP; 2006. p. 153-160.
10. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Warden D, Ritz L, et al. STAR*D Study Team. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry* 2006; 163(1): 28-40.

¿Cómo crece tu jardín?

Una actualización del debate sobre la naturaleza genética o ambiental de los trastornos psiquiátricos

Daniel Vicente Vigo

*Médico - UBA
Licenciado en Psicología - UBA
Graduado del Instituto Clínico de Buenos Aires
Instituto de Investigaciones Farmacológicas (ININFA)
Visiting Research Fellow in Psychopharmacology,
McLean Division of Massachusetts General Hospital
Harvard Medical School
E-mail: vigo.daniel@gmail.com*

Introducción

Tal vez recuerden el título de este artículo: corresponde a un cuento de Agatha Christie, en el que Poirot es convocado a resolver el misterio de un crimen a partir de un paquete de semillas de flores. El paquete de semillas, sin embargo, no aporta inmediatamente la solución: está vacío. Es posible que alguna reminiscencia de este cuento haya inspirado el título de un editorial de Leon Eisenberg en el *American Journal of Psychiatry* de enero de 1996: "¿Semilla o Suelo: Como Crece Nuestro Jardín?" (7). La cuestión sobre si las enfermedades psiquiátricas deben ser consideradas enfermedades genéticas o enfermeda

des ambientales ha ocupado a nuestra disciplina desde que la noción misma de gen apareció en el horizonte. Y en realidad desde antes, ya que el observable clínico de que ciertas enfermedades se agrupaban en determinadas familias había llevado a considerarlas hereditarias.

Aunque puede afirmarse que en los últimos 15 años el estado del arte de la investigación científica (y particularmente en genética) ha avanzado en forma difícil de prever, la respuesta provisional de Eisenberg sigue siendo válida.

Acompañemos unos pasos el camino recorrido en su

Resumen

Durante parte del siglo pasado toda referencia a la genética como causa de trastornos psiquiátricos estaba vedada, en beneficio de explicaciones basadas en la patogenicidad del ambiente. Posteriormente, y como contragolpe, la ciencia pareció apostar a que el nivel genético resultase suficiente para entender la patología. Actualmente, como manifestación del fenómeno más general de consolidación del paradigma neurocientífico, llegamos a un nivel de complejidad mayor en el que modelos incipientes, como los de interacción y correlación gen-ambiente, permiten una comprensión más acabada del despliegue del fenotipo humano en el mundo. Es de prever que el campo de la salud mental, en nuestro país y en el mundo, atraviese profundas transformaciones en respuesta al nuevo paradigma.

Palabras clave: Heredabilidad - Gen - Ambiente - Endofenotipos - Interacción gen ambiente - Correlación gen ambiente - Paradigma neurocientífico.

AN UPDATE ON THE DEBATE ABOUT THE GENETIC OR ENVIRONMENTAL NATURE OF PSYCHIATRIC DISORDERS

Abstract

During part of the past century any reference to genetics as cause for psychiatric disorders was vetoed, favouring explanations based on the environment as pathogen. Later and as a backlash, science seemed to bet on the sufficiency of the genetic level to understand pathology. Currently, in keeping with the consolidation of the neuroscientific paradigm, a higher level of complexity has been achieved and has rendered new models, such as gene-environment interaction and correlation, which allow for a more rigorous understanding of how the human phenotype displays itself in the world. Profound transformations in the field of mental health can be foreseen as a result of the new paradigm.

Key words: Heritability - Gene - Environment - Endophenotypes - Gene environment interaction - Gene environment correlation - Neuroscientific paradigm.

editorial: nos servirá para ir abriendo un tema de discusión que recién retomaremos al final, pero que subyace a toda reflexión posible sobre la psiquiatría no sólo en los Estados Unidos sino también en nuestro país.

El “bebé” de la genética y el “agua sucia” de la eugenesia

Eisenberg nos recuerda que el pensamiento psiquiátrico no aceptó siempre de buena gana el rol preponderante que hoy parece otorgarle a la “semilla”. En la década del '40 y del '50 dos posiciones, una más estrictamente académica y otra más general, enraizada en la cosmovisión política emergente de la segunda posguerra, contribuyeron a reducir casi hasta la inexistencia el rol atribuido a la genética en la causación de los trastornos psiquiátricos. Por un lado el psicoanálisis, devenido hegemónico particularmente en los Estados Unidos, rechazaba toda posición que en apariencia redujese el destino a la biología. Por otro lado, tras la segunda guerra mundial y el uso que la ideología nazi realizó de conceptos pseudo-genéticos para sostener posturas eugé-

nicas que llevaron en última instancia al genocidio, todo lo que oliese a genético resultaba pasible de sospecha y era arrojado con el agua sucia. Cuenta Eric Kandel que durante su residencia en psiquiatría en Harvard en 1965 intentó organizar con sus compañeros un ateneo sobre las bases genéticas de la enfermedad mental. No encontraron un sólo psiquiatra en todo el área de Boston que se hubiese detenido a pensar en el tema, mucho menos alguien que verdaderamente supiese algo. Finalmente encontraron un biólogo que se hizo cargo del asunto (11). O sea que durante décadas (en algunos centros académicos incluso hasta la década del '80), el pensamiento psiquiátrico hegemónico prefirió inclinarse por la hipótesis del “suelo”: el ambiente (en sus distintas versiones: familia, cultura, clase social, etc.) era considerado el determinante último de la subjetividad, del comportamiento, de la normalidad y de los trastornos; en suma, de lo humano. La respuesta que Eisenberg propone en 1996 y que utilizaremos para abrir nuestro relevamiento del estado de cosas en la actualidad es:

“¿Cómo crece, entonces, nuestro jardín? La semilla y



el suelo importan – como así también la lluvia y el sol, los parásitos y los pesticidas, y toda otra contingencia que intervenga entre la siembra y la cosecha”.

“Esquizofrenia del Cromosoma 4, Esquizofrenia del Cromosoma 14 y Esquizofrenia del Cromosoma 22”: ¿una nueva nosología?

“Con los nuevos avances en genética molecular y análisis de “linkage” (enlace), para cuando lleguemos al DSM-V estaremos diagnosticando Esquizofrenia del Cromosoma 4, Esquizofrenia del Cromosoma 14 y Esquizofrenia del Cromosoma 22”.

El “bebé” de la genética parece haberse aferrado a alguna madera o encontrado alguna cesta, porque flotó, sobrevivió y por momentos parece dispuesto a arrasar con la nosología psiquiátrica establecida. Vale decir además que en la actualidad no hay ningún paradigma científicamente sostenible que busque a priori excluir la dimensión genética en la causación de los trastornos psiquiátricos. La evidencia, que revisaremos en adelante, es tan abrumadora que la genética se ha ganado un sitio en toda hipótesis explicativa en psicopatología. Sin embargo, nada indica que esto deba ser sinónimo de la preeminencia del factor genético por sobre todos los demás. La cita que encabeza este apartado corresponde a un texto en el que Ken Kendler (12) reflexiona sobre la relación entre la genética psiquiátrica y la nosología psiquiátrica. Me apresuro a subrayar que Kendler (uno de los investigadores que aportó la evidencia más contundente sobre la heredabilidad de la esquizofrenia, con su ya clásico estudio de familias de Roscommon) está lejos de suscribir las expectativas o fantasías encarnadas en la cita anterior: la atribuye a uno de los principales representantes de la psiquiatría académica norteamericana, que habría abierto con esas palabras una conferencia sobre genética psiquiátrica. El contexto de tal entusiasmo por una nosología genética se sostenía en la identificación exitosa de los genes subyacentes a ciertos desórdenes mendelianos. Ahora bien, desórdenes mendelianos en psiquiatría no hay, y probablemente no los vaya a haber. Veamos por qué: el modelo genético esencialista de tipo mendeliano presupone una relación causal unidireccional entre un gen y un trastorno. Por ejemplo, el desarrollo de la fenilcetonuria depende en forma necesaria de que el individuo sea homocigoto para el gen de la fenilalanina hidroxilasa. Es uno de los ejemplos más claros de la relación directa entre la presencia de un gen mutado (más allá de que las mutaciones puedan ser múltiples) y la aparición de un trastorno. Sin embargo, hay que decir que la expresión fenotípica del trastorno no es automática: necesita de un ambiente determinado, que consiste en una dieta rica en fenilalanina. Dicho de otra forma: dados dos gemelos homocigotos para el gen defectuoso, si son criados en ambientes diferentes (uno con dieta rica en fenilalanina, y otro con una dieta baja en feni-

lalanina) tendremos que uno desarrollará el trastorno (consistente en retraso mental severo, déficit atencional, hiperactividad, convulsiones y erupción cutánea, entre otros síntomas) mientras que otro podrá ser un niño y adulto dentro de parámetros normales.

Por lo tanto, una perspectiva genética esencialista es inapropiada aún para comprender acabadamente los trastornos llamados “mendelianos”. En ese sentido, el trastorno surge de la puesta en común de un patrimonio genético y un ambiente dados, y la división entre trastornos genéticos y ambientales se torna obsoleta. Refiriéndonos ahora al campo de los trastornos psiquiátricos, es difícil sostener actualmente que la presencia o ausencia de un gen determinará per se la presencia o ausencia de un trastorno. Se considera que la mayoría de los trastornos psiquiátricos surgen a partir de la interacción entre no uno, sino un número indeterminado de genes con un efecto pequeño cada uno por un lado, y un número también indeterminado de variables ambientales. Si tomamos el trastorno psiquiátrico con mayor heredabilidad de todos, el autismo (con una concordancia entre gemelos monocigotas de entre el 36% y el 90%), se especula que hasta diez genes determinan la susceptibilidad a padecerlo (17). Se ha intentado establecer mediante estudios de enlace (“linkage”) y asociación¹ la relación lineal entre la presencia de un gen y la de un trastorno, aun sin presuponer una relación causal absoluta de tipo mendeliano, sino estableciendo un riesgo o susceptibilidad. En esquizofrenia, por ejemplo, se propusieron varios sitios (6p, 8p, 10p, 13q y otros (33)), y varios genes, entre ellos los correspondientes a la disbindina (23, 28) y la neuregulina (20, 25, 26), dos proteínas presentes en la sinapsis neuronal. La misma perspectiva de relación lineal se ha aplicado a otros trastornos como la depresión y las adicciones (9, 16). Sin embargo, la replicación de los hallazgos no ha sido sencilla. Sin ir más lejos, un estudio publicado en abril de este año en el *American Journal of Psychiatry* no encontró una asociación significativa entre polimorfismos de 14 genes candidatos (incluidos los correspondientes a neuregulina y disbindina) y la esquizofrenia (22). Los autores concluyen que es poco probable que el polimorfismo a nivel de un nucleótido (Single Nucleotide Polymorphism) en estos genes sea responsable del riesgo genético de la esquizofrenia, aunque efectos de tamaño pequeño no puedan ser descartados. Otros autores han replicado recientemente la asociación del gen de la disbindina con la susceptibilidad a desarrollar esquizofrenia, pero no lograron replicar la asociación con otra serie de genes ligados a la transmisión glutamatergica (incluido el de la neuregulina), ni con la posible interacción entre dichos genes (34).

Detengámonos aquí un momento: ¿por qué es incorrecto aspirar a una nosología puramente genética de los trastornos psiquiátricos? ¿Por la dificultad en la replicación de determinadas asociaciones o enlaces? No, el problema debe abordarse de otra forma: más allá de las difi-

¹ Los estudios de enlace buscan establecer la co-segregación familiar de un marcador y un trastorno, sin buscar genes específicos (el enlace se establece entre determinada región del cromosoma y el trastorno), mientras que los estudios de asociación buscan establecer que la presencia de un alelo determinado está presente con mayor frecuencia en los enfermos que en los no afectados.

cultades para encontrar y replicar asociaciones (o enlaces) entre genes (o sitios de enlace) y trastornos psiquiátricos, debe tenerse en cuenta que la nosología se asienta en múltiples dimensiones, que incluyen a la genética entre ellas, pero que no deberían subordinarse a ella. De hecho en algunas patologías el efecto de la carga genética será tan débil que resultará científicamente válido centrarse en otras variables. Los trastornos psiquiátricos representan categorías (o dimensiones) clínicas, cuyo valor de verdad vendrá dado no sólo por una observación científica rigurosa, sino que deberá sostenerse en hipótesis lo suficientemente novedosas y complejas como para incluir los múltiples niveles explicativos que la ciencia actual exige (genético, molecular, neurofisiológico, neuroanatómico, cognitivo) más una dimensión única en el campo científico, que es precisamente la dimensión psíquica, subjetiva, que todo trastorno psiquiátrico incluye no como subproducto sino como característica distintiva, y que sólo se ve parcialmente capturada por los niveles mencionados. Y tal articulación deberá realizarse con el cuidado de no reeditar el dualismo mente-cuerpo que detuvo durante tanto tiempo el avance de la psiquiatría y su integración al resto de las disciplinas médicas. Se tratará entonces de abordar la nosología con un arsenal que esté a la altura de la complejidad del problema presentado, incluyendo, llegado el caso, el reconocimiento de las limitaciones que la ciencia pudiese presentar para dar cuenta del sufrimiento psíquico humano.

Pero volviendo al abordaje científico que nos convoca, decíamos que el problema de una nosología gene-

ticista (que distinga por ejemplo entre esquizofrenia del cromosoma 4, 14, 12, etc.) es que resultaría en una herramienta de utilidad clínica dudosa, aún de constatare tales relaciones. Y una nosología, antes que una mera clasificación, es una herramienta clínica. La confirmación de la asociación de uno o más genes será bienvenida, pero no debería traducirse en una modificación nosológica, sino introducirse en un andamiaje explicativo más amplio. La esquizofrenia, en particular, da cuenta de la complejidad de las categorías clínicas psiquiátricas: se habla de "las esquizofrenias" o del "espectro esquizofrénico", en un intento por aprehender un cuadro clínico que si bien ha demostrado su consistencia, tanto a través del tiempo (desde la Dementia Praecox kraepeliniana, una vez establecida la etiología diversa de la PGP sifilítica) como a través del globo (con una epidemiología asombrosamente homogénea de aproximadamente el 1% en todo el mundo y hasta el 5% si se trata del "espectro"(21)), incluye subgrupos asombrosamente distintos. En este sentido, actualiza la confrontación de dos modelos explicativos: el de la "enfermedad única" y el del "síndrome clínico", como expresión de múltiples enfermedades. En lo que hay acuerdo es en que existen subgrupos clínicamente reconocibles. Pensar que dichos subgrupos responderán a la presencia de un determinado polimorfismo en un gen particular no parece ser una hipótesis científicamente sostenible. Si bien tanto los estudios en gemelos (con una concordancia en monoigotas cercana al 50%) (33), como los estudios de familias (14) y de adopción (30) subrayan la importancia del



factor genético en el desarrollo de la esquizofrenia, a su vez señalan que el patrimonio genético no es un determinante absoluto del fenotipo: de lo contrario, la concordancia en monocigotas debería acercarse al 100, no al 50%. No existe actualmente un modelo teórico acabado que permita explicar la forma en que se transmite el riesgo genético de la esquizofrenia. Existen sitios de enlace y genes candidatos en estudio, con mayor o menor nivel de evidencia, y probablemente lo que debemos deducir de ello es un modelo de heredabilidad en el que la presencia de determinados genes, la regulación de su expresión, y la interacción entre los productos de dichos genes nos permita comprender el componente genético de la esquizofrenia. Debería también ser contemplada la regulación epigenética de la expresión génica, cuya importancia ha sido señalada no sólo en lo que hace a neurogénesis y plasticidad, sino en trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia (a partir de los fenómenos de metilación, fosfoacetilación e hipermetilación de diversos genes (32)). La penetrancia y la expresividad de un patrimonio genético determinado dependerá no sólo de la presencia/ausencia de un gen, ni de la adición de una serie de genes y sus productos, sino de la interacción entre ellos (lo que se denomina epistasis). Y todo ello sin salir, todavía, del ámbito celular.

Los endofenotipos como síndromes articuladores entre el gen y el trastorno

En los últimos años los intentos de ligar un determinado trastorno a un factor hereditario (ya sea genes o sitios de enlace) se han reorientado según una hipótesis plena de consecuencias: se han ido acumulando diferentes rasgos subclínicos o preclínicos que podrían representar en algunos casos versiones atenuadas de la sintomatología y en otros casos simplemente rasgos fenotípicos asociados a la enfermedad. Estas características se denominan "endofenotipos", y su riqueza consiste en que pueden ser estudiados no sólo en pacientes, sino también en familiares no afectados por el trastorno. Continuando con el ejemplo de la esquizofrenia, varios de estos endofenotipos han sido propuestos con diversos grados de replicación, como por ejemplo el déficit en la filtración de estímulos auditivos (8) y la disfunción en el seguimiento ocular (1). También se están estudiando la reducción de la masa cerebral, el agrandamiento ventricular y la reducción en el conteo post-mortem de neuronas, como así también variables neuropsicológicas (33). Centrándonos en el déficit en la filtración de estímulos auditivos, el reflejo normal consiste en la disminución del potencial evocado que ocurre a los 50 milisegundos (P50) ante la repetición del estímulo auditivo. Las personas con esquizofrenia presentan un déficit en la supresión de la respuesta P50 presente desde el primer episodio de psicosis (37). Dicho déficit aporta un sustrato neurobiológico explicativo para ciertos síntomas psicóticos como las alucinaciones auditivas y la distractibilidad por parte de estímulos que son ignorados por los sujetos no psicóticos, ligando de esta forma un déficit neurofisiológico

al sitio cromosómico del receptor alfa 7 nicotínico en la región 15q (8). Dicho receptor incrementa la liberación de GABA, que a su vez disminuye la liberación de glutamato, llevando en última instancia a la supresión de la respuesta por parte de las neuronas hipocámpales ante el segundo estímulo (10). Al mismo tiempo se ha encontrado que parientes sanos de esquizofrénicos muestran una pobre supresión P50 que, al igual que en los pacientes, mejora con agonistas nicotínicos (18). La alta tasa e intensidad del tabaquismo en pacientes esquizofrénicos puede entonces entenderse como una forma de automedicación destinada a aliviar parte de su sintomatología tanto positiva como negativa (18). Y este modelo explicativo permite también comprender la efectividad diferencial de la clozapina (que normaliza la respuesta P50) y a la vez diseñar una terapéutica específica menos lesiva que el tabaco (18). Me detuve en este ejemplo para subrayar no sólo la complejidad del abordaje explicativo de la patología psiquiátrica, sino los frutos que pueden esperarse de los enfoques que reconocen los múltiples niveles involucrados. En este caso, la hipótesis contempla la interacción entre los niveles genético, subcelular-molecular y de neurotransmisores, sin perder de vista el cuadro clínico, subclínico y, en última instancia, su tratamiento y posible prevención.

Repasemos lo visto hasta ahora: hemos reseñado dos formas de investigar el rol de la genética en la patología psiquiátrica. Por un lado, tenemos la búsqueda de una relación lineal, directa, y de efecto principal (direct main effect) del gen sobre el trastorno. Hemos visto que la complejidad necesaria para todo modelo de heredabilidad psiquiátrica no permite ser optimista respecto de este tipo de perspectivas. Por otro lado, hemos reseñado una versión más compleja de este modelo, que sin perder de vista el trastorno, lo articula con el correlato genético mediante los llamados "endofenotipos", categorías intermedias que facilitan el hallazgo de asociaciones significativas. Sigue tratándose, sin embargo, de la búsqueda de efectos principales directos. Veremos a continuación un paradigma relativamente novedoso que permite integrar la perspectiva genética con el rol del ambiente.

Interacciones gen-ambiente

Fue citado, en el apartado anterior, el estudio de adopción realizado por Pekka Tienari en Finlandia, que presenta evidencia decisiva en favor del riesgo genético de padecer esquizofrenia: mientras que el 7,9% de los hijos dados en adopción de pacientes esquizofrénicos desarrollaron trastornos del espectro esquizofrénico, sólo el 2% de los hijos dados en adopción de madres sin diagnóstico de esquizofrenia desarrollaron el mismo padecimiento (30). Ahora bien, en un trabajo posterior, Tienari y cols. incluyeron una nueva variable en el análisis del seguimiento a largo plazo de dichos niños adoptados: evaluaron la forma de crianza de la familia adoptiva y su efecto en el diagnóstico. El hallazgo es notable, ya que establece no sólo el peso del factor

genético y del factor ambiental, sino que permite comprender mejor la distribución del riesgo: la forma de crianza resulta un predictor significativo en los adoptados de alto riesgo genético, pero no en los de bajo riesgo. O sea que en los niños de alto riesgo, no sólo la crianza por una familia disfuncional aumenta el riesgo de desarrollar el trastorno, sino que la crianza en una familia no disfuncional tendrá un efecto protector (31). Y a la inversa, en el grupo de bajo riesgo genético, la forma de crianza no está significativamente asociada con los trastornos del espectro esquizofrénico. La interacción Gen-Ambiente (iG-A) se puede comprender entonces ya sea como el control genético de la sensibilidad a un factor ambiental, o bien como el control ambiental sobre la expresión genética. Mientras que en los dos modelos mencionados en el apartado anterior se esperaba que uno o varios genes tuviesen un efecto principal y directo en la aparición de un trastorno, el paradigma de iG-A no espera que haya asociación alguna entre el gen y el trastorno en ausencia del patógeno ambiental. Dicho de otra forma, la iG-A asume que el trastorno es o bien causado o bien desencadenado por un patógeno ambiental, y que los genes regulan la susceptibilidad a los patógenos (3).

Este modelo ha dado lugar a avances en la comprensión de diversos trastornos. Veamos ahora un caso en que el ambiente juega un rol preponderante. En un trabajo notable, Caspi y cols.(2) estudiaron el rol del genotipo en la reproducción del ciclo de violencia por

quienes sufrieron maltrato infantil. Demostraron que aquellos niños maltratados cuyo genotipo incluye una mutación del gen de la MAOA (monoaminooxidasa A) resultante en niveles bajos de dicha enzima, eran más susceptibles a desarrollar comportamiento antisocial posterior que los niños maltratados con niveles altos de MAOA. Esto es neurobiológicamente comprensible, ya que la MAOA inactiva a la NA (noradrenalina), DA (dopamina) y 5-HT (serotonina), que se encuentran aumentadas en ratones transgénicos fenotípicamente agresivos (con el gen de la MAOA inactivado). A su vez, la agresividad se revierte normalizando los niveles enzimáticos en los roedores (2). Veamos ahora en que consistió el rol del gen, el ambiente, y como establecieron los autores el valor diferencial de su interacción: la muestra de niños surge del Estudio Multidisciplinario de Salud y Desarrollo de Dunedin, Nueva Zelanda (24). Los investigadores lograron reunir al 91% de los nacimientos consecutivos de la región entre abril de 1972 y marzo de 1973, abarcando todos los estratos socioeconómicos² (n=1037; 52% varones). Se realizó el seguimiento de los niños a los 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 21, 26 y 32 años, mediante tests y entrevistas de un día de duración cada vez. Los autores evaluaron la evidencia de maltrato infantil en forma multidimensional³: a los tres años, se evaluó observacionalmente *el trato que la madre daba al niño*, y si la madre cumplía más de dos criterios de una lista de ocho se clasificó al comportamiento materno como "de rechazo" (16%);



se evaluó la aplicación de *medidas de "disciplina dura (harsh)"* en los seguimientos de los 7 y 9 años a través de un "checklist" completado por los padres, y quienes figuraban en el decil superior de la muestra (10%) fueron calificados como inusualmente duros para su cultura; se evaluó la existencia de "cambio disruptivo de cuidador" (6%) consistente en dos o más *cambios de la persona a cargo* en la primer década de vida; a los 26 años se evaluó retrospectivamente la *exposición a abuso físico* antes de los 11 años (3%); y la de *abuso sexual* antes de los 11 años (5%).

Se seleccionaron estas cinco dimensiones en base a evidencia previa que las ligaba a la existencia de comportamiento antisocial (ver "Supporting material" en Science online de (2)). Los autores derivaron un índice acumulativo de exposición a maltrato: el 64% no experimentó ningún indicador, el 28% experimentó uno (considerado "maltrato probable") y el 8% experimentó dos o más indicadores de maltrato ("maltrato severo"). Es importante recalcar que los subgrupos de "maltrato" no eran diferentes en cuanto a la actividad de la MAOA (lo que hubiese sugerido, como veremos más adelante al hablar de *correlación G-A*, una influencia del genotipo en la *exposición* al patógeno, no en la *sensibilidad* al mismo). Finalmente se evaluó el comportamiento antisocial en forma compleja, mediante un índice compuesto por cuatro mediciones (criterios DSM-IV para trastorno de conducta del adolescente; condenas por crímenes violentos; test psicológico para evaluar la predisposición a la violencia (MPQ Agression Scale); síntomas de desorden de la personalidad antisocial establecidos por un cuestionario a un informante). Me detengo en este estudio porque sus resultados permiten comprender la dimensión específica de la iG-A, en lo que tiene de diferente de G y A por separado:

- Por separado, el maltrato infantil *tuvo un efecto directo principal estadísticamente significativo* ($P < 0,001$) sobre el fenotipo "comportamiento antisocial", mientras que la actividad de la MAOA *no tuvo un efecto directo principal significativo* ($P = 0,89$) sobre dicho fenotipo.

- La prueba de la interacción entre actividad de la MAOA y maltrato (iG-A) resultó estadísticamente significativa ($p < 0,01$). ¿Qué quiere decir esto? Lo primero que vemos es que el patógeno efectivo es aquí el maltrato ($p < 0,001$), que es moderado en su interacción con el gen ($p < 0,01$), y que este último por sí sólo carece de efecto significativo ($p = 0,89$).

- Vemos también que una vez detectada la iG-A, el efecto patógeno del ambiente por sí solo no permite entender correctamente la distribución del riesgo, ya que si estudiamos las cuatro mediciones de conducta antisocial por separado vemos que en todas ellas el maltrato resulta en un riesgo estadísticamente signi-

ficativo sólo en el subgrupo de niños con baja actividad MAOA. Los niños con alta actividad MAOA no presentaron puntajes altos de comportamiento antisocial, *aun cuando hubiesen sufrido maltrato*.

Este modelo explicativo se reprodujo en relación a otras patologías, que sólo menciono a título ilustrativo: en un estudio sobre depresión, los autores estudiaron el efecto del polimorfismo funcional del gen del transportador de 5-HT como moderador de la patogenicidad de eventos vitales estresantes, hipotetizando que quienes tuviesen una o dos copias del alelo corto exhibirían más síntomas depresivos, depresión mayor y suicidalidad como resultado de vivencias estresantes, que quienes tuviesen dos copias de la variante larga (5). Nuevamente, tal hallazgo tiene sentido neurobiológico, ya que la versión corta del promotor del transportador de 5-HT tiene menor eficiencia transcripcional que la versión larga, y diversas líneas de investigación básica apuntan a relacionar la variante corta con una función serotoninérgica disminuida (5). Podría seguir citando ejemplos de las líneas de investigación abiertas dentro de este nuevo paradigma, no sólo en patología psiquiátrica como trastorno de estrés post traumático (15), psicosis (4) y trastornos de ansiedad (27), sino en tabaquismo, enfermedad vascular periférica y cáncer (29), hipertensión (19), y todo tipo de trastornos médicos.

Para concluir este apartado mencionaré un modelo distinto que aborda desde otra perspectiva la forma en que patrimonio genético y ambiente se relacionan para determinar el surgimiento de un trastorno en un sujeto dado. Se trata de las llamadas correlaciones (o asociaciones) gen-ambiente (cG-A), en las que la presencia de un gen modula no ya la sensibilidad a un determinado patógeno ambiental (como en la iG-A) sino su exposición al mismo. Utilicemos un ejemplo hipotético para explicarlo: vimos que Caspi y cols. proponen (según el modelo de iG-A) que la presencia de la variante corta del promotor del transportador 5-HT modula la sensibilidad de un individuo a desarrollar síntomas depresivos en respuesta a estresores ambientales que involucran vivencias de pérdida, humillación o derrota. Supongamos que otro grupo hipotetiza que cierta mutación de un gen implicado en el circuito neural de regulación de impulsos lleva a los portadores de tal mutación a un déficit en el control de impulsos y a la exposición repetida a situaciones de riesgo, que pueden resultar en vivencias estresantes del tipo de las mencionadas. Este grupo podría diseñar un protocolo para investigar una hipotética cG-A, en la que el gen implicado regularía la *exposición* a un patógeno ambiental, más allá de la *sensibilidad* de cada individuo al mismo patógeno. Vemos que ambos modelos son

² La posible estratificación poblacional de la muestra fue descartada mediante el análisis de clases latentes que permite el control genómico de la muestra (la existencia de más de una clase latente implicaría la existencia de confundidores poblacionales); dicho control arrojó como resultado una única clase, lo que se corresponde con una clase homogénea.

³ No nos detendremos aquí en la cuestión ética que despiertan los estudios observacionales, o en las intervenciones que correspondería realizar cuando un investigador observa un episodio de maltrato. Para más detalles sobre el estudio de Dunedin, además de las referencias bibliográficas, puede consultarse la página de internet: <http://dunedinstudy.otago.ac.nz/index.html>

complementarios, y apuntan a articular en forma compleja los niveles genético y ambiental.

Discusión

Este recorrido por las nuevas formas de pensar y medir las relaciones entre gen y ambiente muestra una dirección epistemológica que está consolidándose en psiquiatría: la integración de pleno derecho en el marco general de las neurociencias. Este proceso, aunque de forma idiosincrática, se está dando también en nuestro país. Para concluir deseo señalar algunos aspectos del nuevo marco epistemológico psiquiátrico, que posiblemente lleven a replantear algunos aspectos de las prácticas del campo de la salud mental:

- Gen, expresión del gen y ambiente forman parte de un sistema complejo que resulta indisoluble a la hora de abordar el nivel de complejidad de la patología psiquiátrica. A cada paso debe tenerse en cuenta que el fenotipo es tributario de ambos polos, gen y ambiente, y no es pensable sin tener a ambos presentes en el momento de formular hipótesis. Tener presente la dimensión genética no quiere decir que toda investigación deba ocuparse de ella; todo lo contrario: para determinado trastorno un grupo puede plantear como hipótesis que el efecto del factor genético es tan débil que es o bien despreciable ante el efecto de determinado patógeno ambiental, o tan complejo que resulta inabordable con las herramientas disponibles. Sin embargo, ya sea la complejización del modelo explicativo del trastorno o la evolución de la tecnología puede llevar a otro grupo a hipotetizar que ese factor genético aparentemente débil a la hora de explicar el trastorno en general es fundamental para comprender la distribución de la gravedad en la población, o la resistencia al tratamiento. Según esta perspectiva, la explicación de un trastorno psiquiátrico constituye un sistema que presenta múltiples niveles de complejidad y abstracción (a la manera del "pluralismo explicativo" propuesto por Kendler (13)), por lo que el estado del arte en cada momento permitirá conocer con mayor solidez probatoria algunos aspectos del sistema, mientras que otros aspectos deberán sostenerse en hipótesis provisionarias, a la espera de ser probados o falsados eventualmente. No resulta legítimo saldar el desequilibrio probatorio mediante el cercenamiento de las partes del sistema que se sostienen principalmente en constructos provisionarios, de la misma manera que no es legítimo sostener hipótesis carentes de coherencia lógica con los componentes de mayor solidez probatoria del sistema. En otras palabras: no resulta científicamente viable el recurso a un materialismo tuerto que cercene el sistema por la línea de puntos de lo observable y desconozca la existencia de lo intrapsíquico (a la manera del primer conductismo) ni resulta viable desconocer

resultados científicamente sólidos en aras de mantener constructos hipotéticos que han perdido coherencia interna en el sistema. Ahora bien, se busca dar la impresión de que los modelos iG-A y cG-A representan el nec plus ultra de la neurobiología de los trastornos psiquiátricos. Subrayo el hecho de que son modelos relativamente recientes, cuyo atractivo y consistencia lógica parecen estar complementados por incipientes experiencias probatorias. Sin embargo, presentan múltiples dificultades de orden metodológico, estadístico y epidemiológico, que deben ser encaradas con modelos matemáticos de creciente complejidad (cuya discusión escapa a la presente reseña, pero que merecen explorarse (35, 36)).

- Detengámonos, momentáneamente, para subrayar que la dimensión genética incluye al menos dos aspectos (11): el valor de transmisión (el gen como plantilla, que está presente en todas las células, se replica con alta fidelidad y pasa copias de generación en generación), y el valor transcripcional de un gen, o sea el gen en tanto que moldea el fenotipo de un individuo, dando lugar a la síntesis de determinadas proteínas y no de otras, lo que a su vez dará lugar a que en el encéfalo se exprese una neurona y no un hepatocito, a que en cierto sector del encéfalo las neuronas secreten DA en lugar de 5-HT, y a que cierta conexión interneuronal se fortalezca con múltiples sinapsis nuevas, o a la inversa, se pierda. La primera función (de transmisión) no es modificable por el ambiente (salvo a través de mutaciones). La segunda (de transcripción) es sumamente maleable y controlable por la experiencia, incluyendo las relaciones con el entorno ecológico y social, interindividuales e intrapsíquicas del individuo. Por lo tanto, este paradigma no implica un determinismo biológico en detrimento de un supuesto determinismo social, o mental, sino todo lo contrario. Provee el sustrato neurobiológico que permite entender cómo biología, psicología, y toda otra dimensión pensable *científicamente* se articulan en un sujeto dado⁴.

- El paradigma actual permite entender tanto el desarrollo de las enfermedades "psicóticas" (la esquizofrenia y el trastorno bipolar I, entre otras), como el de las tradicionalmente llamadas "neuróticas" (trastornos de ansiedad, depresión no psicótica, ciertos trastornos de personalidad, etc). No sólo eso sino que permite entender mediante una vía unificada la forma en que actúan los distintos tratamientos (psicofarmacológico y psicoterapéutico). Veamos como hay trastornos que presentan una mayor carga genética (en su valor de transmisión), como señalé extensamente en el caso de la esquizofrenia. Su expresión fenotípica dependerá, sin embargo, de la regulación de la expresión de dicha carga (que como vimos se da por mecanismos epigenéticos, epistáticos⁵ (6), y de modulación ambiental). Los trastornos pensados tradicionalmente como

⁴ Este modelo no desconoce la existencia de maneras no científicas de pensar al ser humano (por ejemplo, filosóficas, religiosas, etc.) ni entra en contradicción con ellas. Simplemente se basa en que el discurso organizador del campo de la salud mental no puede ser otro que el discurso científico, y que por lo tanto toda práctica de dicho campo debe, aunque eche sus raíces en un discurso no científico, ser pensable científicamente.

⁵ Epistasia es un concepto complejo, que puede ser resumido como la interacción entre genes a la hora de definir un rasgo. Algunos autores la refieren al nivel estadístico, otros al nivel biológico.

adquiridos (como "neurosis") pueden tener o no una carga genética heredada, pero su expresión dependerá en forma mucho más relevante de la experiencia de vida del sujeto. Dicha experiencia⁶ es registrada a nivel neurobiológico y deja su marca. Si dicha marca es relevante, es probable que implique entonces un mecanismo genético transcripcional por el cual ciertas sinapsis se multiplican, fortaleciendo determinadas vías de conectividad neural en detrimento de otras. Y a la vez todo tratamiento, ya sea psicofarmacológico o psicoterapéutico, y ya sea este último cognitivo conductual o psicoanalítico, utilizará las mismas vías neurales para ofrecerle al sujeto caminos que, sin embargo, a nivel de la experiencia serán radicalmente distintos.

- El marco neurocientífico preserva la especificidad de las distintas formas de abordaje del padecimiento humano, señalando que si bien en un nivel hay un mundo de diferencia entre ellas, a nivel neurobiológico utilizan las mismas vías. Y es un modelo que no prejuzga sobre la efectividad de uno u otro abordaje. El discurso científico se ofrece a quien quiera servirse de él para dar prueba de su eficacia, eficiencia y efectividad. En este sentido, la psicofarmacología, que comparte naturalmente las reglas del discurso científico corre, si se quiere, con ventaja. La psicología (al menos en la mayor parte del mundo) ha reconocido que seguir sosteniendo el dualismo mente-cuerpo sig-

nificaría su salida definitiva del campo científico, y está en vías de transformarse (no en todas partes, por supuesto) en una psicología científica, tributaria de las neurociencias. Algunas formas de psicoterapia (cognitivo conductual, conductual dialéctica e interpersonal, entre otras) han apostado a un acople firme al discurso científico como manera de crecer y consolidarse. El discurso psicoanalítico ha respondido de distintas formas al hecho incontrastable de que tanto la psiquiatría como la psicología están en pleno proceso de integración al paradigma neurocientífico. Quizás pueden caracterizarse de la siguiente forma las opciones que se le presentan al discurso psicoanalítico (y a la psicoterapia que se deriva de él): asimilarse al discurso científico, ignorarlo o servirse de él. Es un debate apasionante que, lamentablemente, escapa al tema de este artículo.

Baste adelantar simplemente que ni la alienación ni la negación parecen respuestas que estén a la altura de las circunstancias⁷ ■

Agradecimientos: a la Dra. Silvia Wikinski, por su ayuda inestimable en la preparación y corrección de este artículo. A los Dres. Ross Baldesarini y Dost Ongur por las fructíferas discusiones que motivaron mi interés por el tema.

⁶ Comprendiendo todo el campo experiencial del sujeto: ya sea a nivel vincular o sociocultural; intelectual o artístico; perceptivo, cognitivo o emocional; y desde otra perspectiva, conciente o inconciente.

⁷ Servirse del discurso científico no implica mella en la dignidad de la posición del analista en tanto tal, o sea ante el paciente. Significa simplemente que las relaciones con el discurso científico precisan de sus mejores diplomáticos, no de discursos de barricada. Y que eventualmente toda institución psicoanalítica deberá armar su departamento de investigación científica (distinto del departamento de investigación psicoanalítica) compuesto por científicos (analistas o no), y que se ocupe de pensar científicamente la efectividad de la terapia que se deriva del psicoanálisis. En otras palabras: el discurso psicoanalítico no tiene ninguna necesidad de "hacerse el científico". Pero la psicoterapia que de él se deriva deberá tarde o temprano dar cuenta de su efectividad en términos que la ciencia pueda comprender.

Referencias bibliográficas

1. Arolt V, Lencer R, Nolte A, Muller-Myhsok B, Purmann S, Schurmann M, et al. Eye tracking dysfunction is a putative phenotypic susceptibility marker of schizophrenia and maps to a locus on chromosome 6p in families with multiple occurrence of the disease. *Am J Med Genet* 1996; 67 (6): 564-79.
2. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002; 297 (5582): 851-4.
3. Caspi A, Moffitt TE. Gene-environment interactions in psychiatry: joining forces with neuroscience. *Nat Rev Neurosci* 2006; 7 (7): 583-90.
4. Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, McClay J, Murray R, Harrington H, et al. Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biol Psychiatry* 2005; 57 (10): 1117-27.
5. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003; 301 (5631): 386-9.
6. Cordell HJ. Epistasis: what it means, what it doesn't mean, and statistical methods to detect it in humans. *Hum Mol Genet* 2002; 11 (20): 2463-8.
7. Eisenberg L. Seed or soil: how does our garden grow? *Am J Psychiatry* 1996; 153 (1): 3-5.
8. Freedman R, Coon H, Myles-Worsley M, Orr-Urtreger A, Olincy A, Davis A, et al. Linkage of a neurophysiological deficit in schizophrenia to a chromosome 15 locus. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1997; 94 (2): 587-92.
9. Goldman D, Oroszi G, Ducci G. The genetics of addictions: uncovering the genes. *Nat Rev Genet* 2005; 6 (7): 521-32.
10. Hershman KM, Freedman R, Bickford PC. GABAB antagonists diminish the inhibitory gating of auditory response in the rat hippocampus. *Neurosci Lett* 1995; 190 (2): 133-6.
11. Kandel ER. A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry* 1998; 155 (4): 457-69.
12. Kendler KS. Reflections on the relationship between psychiatric genetics and psychiatric nosology. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (7): 1138-46.
13. Kendler KS. Toward a philosophical structure for psychiatry. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (3): 433-40.
14. Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM, O'Hare A, Spellman M, Walsh D. The Roscommon Family Study. I. Methods, diagnosis of probands, and risk of schizophrenia in relatives. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50 (7): 527-40.
15. Koenen KC, Nugent NR, Amstadter AB. Gene-environment interaction in posttraumatic stress disorder: review, strategy and new directions for future research. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 258 (2): 82-96.
16. Levinson DF. The genetics of depression: a review. *Biol Psychiatry* 2006; 60 (2): 84-92.
17. Maestrini E, Paul A, Monaco AP, Bailey A. Identifying autism susceptibility genes. *Neuron* 2000; 28 (1): 19-24.
18. Martin LF, Kem WR, Freedman R. Alpha-7 nicotinic receptor agonists: potential new candidates for the treatment of schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)* 2004; 174 (1): 54-64.
19. Ohlin B, Berglund G, Nilsson PM, Melander O. Job strain, decision latitude and alpha2B-adrenergic receptor polymorphism significantly interact, and associate with higher blood pressures in men. *J Hypertens* 2007; 25 (8): 1613-9.
20. Owen MJ, Williams NM, O'Donovan MC. The molecular genetics of schizophrenia: new findings promise new insights. *Mol Psychiatry* 2004; 9 (1): 14-27.
21. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. 2 v. (xlviii, 4064, 115 p., [20] p. of plates).
22. Sanders AR, Duan J, Levinson DF, Shi J, He D, Hou C, et al. No significant association of 14 candidate genes with schizophrenia in a large European ancestry sample: implications for psychiatric genetics. *Am J Psychiatry* 2008; 165 (4): 497-506.
23. Schwab SG, Knapp M, Mondabon S, Hallmayer J, Borrmann-Hassenbach M, Albus M, et al. Support for association of schizophrenia with genetic variation in the 6p22.3 gene, dysbindin, in sib-pair families with linkage and in an additional sample of triad families. *Am J Hum Genet* 2003; 72 (1): 185-90.
24. Silva PA, Stanton W (editors). From Child to Adult: The Dunedin Study. Oxford, Oxford University Press, 1996.
25. Stefansson H, Sarginson J, Kong A, Yates P, Steinthorsdottir V, Gudfinnsson E, et al. Association of neuregulin 1 with schizophrenia confirmed in a Scottish population. *Am J Hum Genet* 2003; 72 (1): 83-7.
26. Stefansson H, Sigurdsson E, Steinthorsdottir V, Bjornsdottir S, Sigmundsson T, Ghosh S, et al. Neuregulin 1 and susceptibility to schizophrenia. *Am J Hum Genet* 2002; 71 (4): 877-92.
27. Stein MB, Schork NJ, Gelernter J. Gene-by-environment (serotonin transporter and childhood maltreatment) interaction for anxiety sensitivity, an intermediate phenotype for anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology* 2008; 33 (2): 312-9.
28. Straub RE, Jiang Y, MacLean CJ, Ma Y, Webb BT, Myakishev MV, et al. Genetic variation in the 6p22.3 gene DTNBP1, the human ortholog of the mouse dysbindin gene, is associated with schizophrenia. *Am J Hum Genet* 2002; 71 (2): 337-48.
29. Thorgeirsson TE, Geller F, Sulem P, Rafnar T, Wiste A, Magnusson KP, et al. A variant associated with nicotine dependence, lung cancer and peripheral arterial disease. *Nature* 2008; 452 (7187): 638-42.
30. Tienari P, Wynne LC, Moring J, Laksy K, Nieminen P, Sorri A, et al. Finnish adoptive family study: sample selection and adoption DSM-III-R diagnoses. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101 (6): 433-43.
31. Tienari P, Wynne LC, Sorri A, Lahti I, Laksy K, Moring J, et al. Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 216-22.
32. Tsankova N, Renthal W, Kumar A, Nestler EJ. Epigenetic regulation in psychiatric disorders. *Nat Rev Neurosci* 2007; 8 (5): 355-67.
33. Tsuang M. Schizophrenia: genes and environment. *Biol Psychiatry* 2000; 47 (3): 210-20.
34. Vilella E, Costas J, Sanjuan J, Guitart M, De Diego Y, Carracedo A, et al. Association of schizophrenia with DTNBP1 but not with DAO, DAOA, NRG1 and RGS4 nor their genetic interaction. *J Psychiatr Res* 2008; 42 (4): 278-88.
35. Vineis P. A self-fulfilling prophecy: are we underestimating the role of the environment in gene-environment interaction research? *Int J Epidemiol* 2004; 33 (5): 945-6.
36. Wang K. Genetic association tests in the presence of epistasis or gene-environment interaction. *Genet Epidemiol* 2008; Apr 24. [Epub ahead of print].
37. Yee CM, Nuechterlein KH, Morris SE, White PM. P50 suppression in recent-onset schizophrenia: clinical correlates and risperidone effects. *J Abnorm Psychol* 1998; 107 (4): 691-8.

Los cambios en nuestro quehacer: una mirada desde el Psicoanálisis

Marcelo Armando

Miembro de la "Asociación Colegio de Psicoanalistas"

Rodolfo Espinosa

Miembro de la "Asociación Colegio de Psicoanalistas"

1) Relato de una situación clínica

Tomemos una consulta reciente, que pretende ser representativa de las que nos ocupan en nuestros días. Graciela es una mujer de algo más de 50 años, profesional, separada, madre de dos hijas grandes. No es la primera vez que consulta. Hace poco ha iniciado una terapia con un psicoanalista de nuestro medio. Trae cuestiones propias de su condición de mujer sola: el trabajo, el futuro, la soledad y la relación con sus hijas. Y muy especialmente su preocupación por la hija mayor, que se encuentra fuera del país. Jorgelina entró en una actividad que a esta madre la asusta. Antes de irse, se había asomado a carreras ligadas a la plástica,

sin llegar a recibirse. Desde adolescente, la tenían como una muchacha díscola y algo inestable. Abandonó sus estudios y se fue del país. Desde afuera empezó a vincularse con el mercado del arte y fue encontrando, o al menos eso parecía al principio, un cierto lugar y un cierto rumbo.

Pero Graciela tenía desde el vamos sus reservas. Y así se lo expresó a su ex marido, el padre de Jorgelina. La respuesta de Roberto ahogó aquellas primeras señales de preocupación. Le contestó de mal modo que ella veía así las cosas porque en su casa nunca habían sabido ganar dinero. Él estimulaba, hasta con cierto orgullo, los inten-

Resumen

Tomando como punto de partida una situación clínica, ilustrativa de la práctica en nuestros días, los autores examinan las coordenadas en que ésta se desarrolla. Señalan los factores socio-culturales como determinantes de nuevas manifestaciones del padecer. Repasan los cambios registrados en la clínica, en los dispositivos y en la relación con otras disciplinas. Se detienen en la relación entre Psicoanálisis y las Neurociencias, y con otras escuelas psicoterapéuticas. Destacan los elementos teóricos aportados por el Psicoanálisis que conservan plena vigencia en el campo de la Salud Mental y en la práctica de profesionales no especialistas, como testimonio de la penetración que ha alcanzado en la cultura.

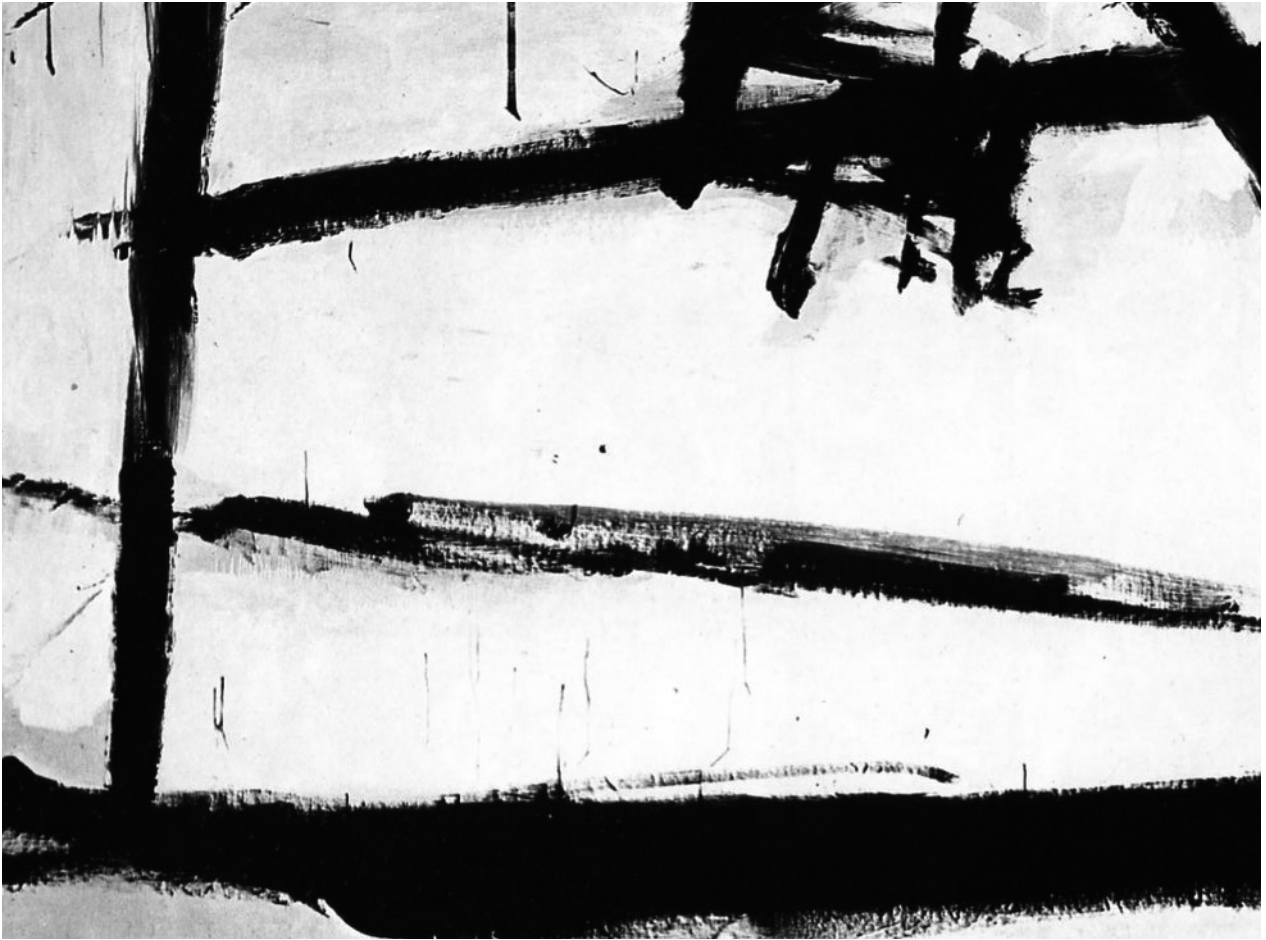
Palabras clave: Psicoanálisis y diagnóstico - Psicoanálisis y neurociencias - Contención - Práctica psicoanalítica actual.

THE CHANGES IN OUR PRACTICE: A VIEW FROM PSYCHOANALYSIS

Abstract

Taking a clinical case illustrative of current practice as a starting point, the authors examine the terms of such practice. They point out the social and cultural factors as determinants of the new manifestations of suffering. Changes in clinical practice, techniques and the relation between disciplines are reviewed, focusing particularly on the interface between Psychoanalysis and Neurological Sciences, as well as other schools of psychotherapy. They highlight the theoretic elements provided by Psychoanalysis that remain valid in the field of Mental Health and are used by non-specialized professionals, as a testimony of the way in which psychoanalysis has impregnated our culture.

Key words: Psychoanalysis and Diagnosis - Psychoanalysis and Neuroscience - Present psychoanalytic practice.



tos de la hija de transformarse en coleccionista de objetos de arte. Graciela, en cambio, seguía asustada. Le parecía que lo que la hija describía con entusiasmo la acercaba a un mundo oscuro. A un mundo donde los objetos de arte estaban demasiado cerca de la falsificación y la estafa. Primero con incredulidad, y después ya más convencida, Graciela fue planteando su inquietud acerca de un hombre que poco a poco se había ido transformando en algo así como un mentor para su hija. Jorgelina se mostraba fascinada con este curioso personaje, unos cincuenta años mayor, que la había ido introduciendo en ese ambiente de conocedores. Roberto no parecía escandalizarse, y parecía avalarlo todo, inclusive aportando el dinero con el que la muchacha, asistida por su protector, compraba obras para revender a mucho más valor.

Jorgelina viajaba periódicamente o era visitada por los padres. La madre la veía algo agitada. Hubo algunas consultas. En una de ellas se indicó un tratamiento farmacológico. Desde entonces se automedica con clonazepam, con bastante descontrol.

Varias veces en los últimos años Graciela pensó que tenía que viajar a buscarla. Las repetidas discusiones con Roberto y la actitud inaccesible de la hija la convencieron de que era mejor correrse momentáneamente a un lado. Trataba de no estar siempre pendiente de la hija, para que no le reprocharan ser una madre ansiosa y atemorizada, y ser por ello objeto de cierta burla.

Al tiempo la situación estalló. Jorgelina no pudo más, y apareció de improviso en Buenos Aires, pidiendo ayuda en la casa de su madre. No se la veía nada bien, pero tampoco parecía muy decidida a consultar. Fue entonces que una amiga habló con los padres. Les manifestó su preocupación y decidieron reunirse todos con ella, los amigos, la madre y el padre. Fueron más duros que otras veces; la situación lo exigía. Los amigos revelan que la joven mantiene con su protector una relación de cierta promiscuidad. Les constaba además que había algún grado de consumo de drogas. El panorama se complicaba a los ojos de los padres a medida que iban conociendo detalles. Allí afloraron nuevos temores: que este hombre la maltratara, que la tuviera bajo sumisión, o inclusive que la castigara físicamente. No querían que volviera a irse sola del país en esas condiciones, y que entonces ya no hubiera oportunidad de intervenir. Tenía que hacer una consulta. La amiga que había dado la señal de alarma les aconsejó que vieran a un médico clínico de su confianza. Sorprendentemente, Jorgelina accedió. Tenía expectativas de que una nueva medicación pudiera cambiar las cosas, y parecía aceptar sólo para eso.

El tratamiento de Graciela ingresa allí en un clima particular: necesita cotejar con su analista cada movimiento que se da en relación con la consulta de la hija, por miedo a dar un paso en falso y echarlo todo a perder. Se cuestiona si no hace falta un abordaje más

“ortodoxo”. Lejos de acompañarla en estos cuestionamientos, su analista tendía a avalar estos primeros pasos hacia la instalación de un tratamiento. Por fin se decidió una consulta con el médico, acudieron Graciela, Jorgelina, y la amiga que recomendó al profesional. Graciela encontró allí la oportunidad de relatar aspectos de la historia familiar que ella intuía relacionados con lo que ocurría: cuando se separaron el padre empezó a salir con chicas jóvenes, prácticamente de la edad de su hija. Con una de ellas tuvo un hijo. Jorgelina se mostró particularmente afectada por la permanente exhibición que el padre hacía de sus conquistas.

La entrevista dura más de una hora, dice ella, contenta con la sensación de que alguien la ha escuchado. Al mismo tiempo el profesional formula un diagnóstico: se trata a su criterio de un cuadro bipolar y explica con detalle sus características. El hecho de que esta caracterización dé cuenta de que la hija nunca pudo terminar nada de lo que emprendió, de sus proyectos grandiosos, de los movimientos algo caóticos, de sus negativas a dejarse ayudar, la tranquilizan enormemente. Se decide un abordaje inmediato que incluye un plan de medicación, pero también una serie de medidas que ponen orden en la situación. Graciela misma propone que las entrevistas con el médico sean frecuentes y regulares y un programa de acompañamiento terapéutico, que así se implementa. El padre parece caer en la cuenta de la seriedad del cuadro. Los amigos encuentran cauce para dar su visión sobre lo que estaba ocurriendo y que creían avalado a ciegas por la familia. Jorgelina acepta esta vez, aunque ilusionada sólo con la medicación. El tratamiento de Jorgelina se pone en marcha.

2) Algunas reflexiones sobre lo ocurrido

Nos interesó esta pequeña historia de la práctica clínica por los factores que reúne. El punto de partida de lo que logró configurarse como un tratamiento es la inquietud de los amigos que viene a romper con la omnipotencia de la muchacha, con la versión que el padre se había construido, y con el silencio autoimpuesto de la madre.

Llama a primera vista la atención el hecho de que quien logra encuadrar la situación y a la vez consigue la disposición favorable de una paciente difícil y de su familia sea un médico clínico. Este es un primer dato: un colega ajeno al campo específico está impregnado de un cierto saber que le permite operar con solvencia. Ese saber adquirido es un legado del conocimiento acumulado en el campo de la Salud Mental, aportado desde sus diversas vertientes, y es fruto de todo un recorrido. Quienes rodean el caso aportan intuiciones, un psicoanalista apoya el intento. El primer profesional había indicado exclusivamente una medicación. El segundo medica, pero no es lo único que hace. Los hechos, y también su mirada para organizarlos, determinaron que en un enfoque estructurado alrededor de la asistencia farmacológica se distribuyeran otra serie de recursos. Ya hace mucho que sabemos que los medicamentos no son sólo un producto químico que

se ingiere por la boca. En este caso suponemos que operó particularmente como estrategia de abordaje. Aún si su aceptación suponía una cierta dosis de ilusión de su parte, es posible suponer que la medicación era su forma de reconocer su vulnerabilidad, bajo la forma de “necesito que hagan algo por mí”. Y a la vez negarla: “denme una pastilla y no se metan con mis cosas”. Estas modulaciones exigen ser examinadas en cada caso particular. No será igual en ella, capaz de introducir tóxicos en su cuerpo, que en otros pacientes reacios a la más mínima intrusión desde el afuera.

Volviendo al caso, resulta evidente que este profesional logró lo que habitualmente designamos con el término “contención”. Resulta un término que ha ido adquiriendo presencia en distintas formas de asistencia, a pesar de que en su uso más habitual, no parece remitir a una conceptualización consistente. Tampoco conocemos la intimidad neurofisiológica de la experiencia emocional de sentirse una persona “contenida”. Es notorio que todo abordaje sensato y eficaz la incluye como premisa básica. Pero he ahí que esta noción no nos consta por generación espontánea. Fue introducida a partir de la exploración de Freud y de sus seguidores en los orígenes del aparato mental. Y he allí la teoría que le da sustento: Por efecto de su inermidad inicial, la configuración del aparato psíquico requiere del soporte de otro. El yo no se construye con recursos inicialmente autónomos sino que se nutre y apoya en una serie de vínculos. Inicialmente es un otro que alimenta, protege, y sostiene. Y que se ofrece para tramitar aquello para lo cual el bebé carece de herramientas. Tramitar implica aquí soportar, acompañar, amortiguar, dar nombre y cualidad a la vivencia que irrumpe. De no mediar esta intervención decisiva, el desarrollo emocional se vería perturbado, y podría quedar con huella, o aún peor, sufrir desorganización. Más tarde el otro estará representado por la familia, las instituciones, las ideas. Podemos decir con Bion que las ideas también contienen. Las ideas necesitan en quienes encarnarse y los humanos las necesitamos para organizarnos. La contención funciona cuando se apoya en ideas adecuadas, es decir aquellas que representen de la mejor manera posible, tanto los aspectos evidentes, como aquellos que al momento resultan inadvertidos para el propio sujeto. Es esta la función que reproducimos cuando nos abocamos a contener. Porque el sufrimiento de nuestros pacientes reproduce algo de aquella inermidad.

Decimos que al cabo de la consulta con este clínico se ha configurado un campo. La noción de campo se aplica de manera fructífera a los modelos ampliados de atención como el de este ejemplo. Consideramos que el espacio que logra alojar la consulta de Jorgelina se construye gracias a un entrecruzamiento de factores que va más allá del proceder individual de los actores. Recordemos que el escenario se construye gracias a la propuesta de los amigos. Claro que ellos no son ajenos a la cultura, y que ciertas nociones relativas a la necesidad de contención, familiar y profesional o a la oportunidad de apelar a una medicación, forman parte de

su acervo simbólico, aún sin ser especialistas. Prueba de ello es que la propuesta de valerse de acompañantes terapéuticos nació de Graciela y de la amiga de su hija. La sabiduría del profesional consistió en aprovecharlos, sin cifrar todo en la medicación como en la anterior consulta. Sin apelar a argumentaciones conceptuales, todos están impregnados por la intuición de que en las acciones de Jorgelina intervenían factores distantes de sus intenciones concientes. No es otra cosa de la que hablamos los psicoanalistas cuando nos referimos a lo inconciente (el vínculo con los padres, la influencia magnética de un protector, la fascinación narcisística con el arte, la búsqueda maníaca en la droga). Configurado ese campo, se ha dado el primer paso para que se vaya desplegando el diálogo terapéutico que irá en procura de otro tipo de sostén.

También resulta interesante considerar el papel que vino a jugar la formulación de un diagnóstico: bipolaridad. Una representación organiza de manera definida las intuiciones que la madre había tenido. Y eso aportó decisivamente a su tranquilidad. Muchas veces se ha dicho que el rescate de lo singular obliga a relativizar las generalizaciones. Es claro que el diagnóstico viene a responder a una apelación, y que su uso parece verse alentado inclusive por el discurso de los medios. No es el caso cuestionar aquí la pertinencia de este diagnóstico particular. Pero sí señalar que un psicoanalista podría entender el término "bipolar" desde otra perspectiva, cuando ve a Jorgelina oscilar entre dejarse ayudar y negarse. O cuando parece pendular entre el modelo del padre, eufóricamente embelesado, y el de la madre, más terrenal, luchando contra temores y preocupaciones. No convendría olvidar que se trata muchas veces de pacientes con una estructura yoica débil que basculan entre vínculos de extrema dependencia e intentos de forzada autonomía. En ellos el equilibrio identificatorio no puede no ser oscilante en tanto operan expectativas identificatorias de difícil conciliación con sus posibilidades reales.

3) Acerca de lo que cambia y de lo que permanece

Es evidente que el psicoanálisis ha cambiado. En primer lugar, porque se trata de una disciplina viva, en movimiento, que juega su papel en interacción con el ámbito social, que también ha cambiado. Nuestra sociedad experimentó, sobretudo en la segunda mitad del siglo XX, grandes transformaciones en las pautas que rigen los comportamientos afectivos y sexuales. Se han debilitado las antiguas prohibiciones y se advierte una mayor permisividad social. La posibilidad de separar la sexualidad de la procreación ha ingresado en el horizonte cultural de millones de personas. Estos hechos han acarreado a su vez transformaciones en las formas familiares y las relaciones entre los géneros. Como ciencia social, el psicoanálisis vive en tanto se repiense a sí mismo. Ha tomado nota de los cambios en el tipo de padecimientos que aborda y por ende en los dispositivos. Se ha modificado también su relación

con otras perspectivas y disciplinas. Examinemos estos cambios, y preguntémosnos si suponen un cambio de lo esencial.

En la clínica mucho se viene discutiendo en los últimos años acerca de si la clínica actual es diferente. Es decir, si los cuadros que el psicoanálisis procura abordar para su alivio, son los ya descriptos que han variado en sus manifestaciones o si hay que considerar la irrupción de nuevas patologías. La cuestión es ardua, pero es seguro que las descripciones clásicas no abarcan la variedad y las modalidades actuales de presentación. Es que tal como el psicoanálisis lo entiende, el psiquismo permanece abierto y susceptible a su interacción con el medio, la época y sus circunstancias. Es probable así que un síntoma encuentre modos de expresión acordes a las coordenadas que rodean su construcción y emergencia. En cambio, definir nuevas entidades psicopatológicas implica la exigencia epistemológica de conceptualizar un psiquismo capaz de construirse de otras maneras, resultando una arquitectura mental diferente y vulnerable a otros sufrimientos.

Pero es cierto que nuestros pacientes expresan su sufrimiento de maneras novedosas. El psicoanálisis nació bajo el imperio de la censura sobre la actividad sexual, que Freud desnuda en sus consecuencias individuales y sociales. Hoy, que son otros los preceptos sobre la vida sexual, las personas no han dejado de padecer. Es que lo que llamamos sexualidad lo que tiene en el psicoanálisis un alcance mucho más extenso. Incluye el alimentarse, el habituarse a una higiene, el dominar la motilidad, el conocer el cuerpo propio y el ajeno, el querer a otro y quererse, y cualquier perturbación en algún punto de su recorrido puede y suele generar padecimiento. Porque este camino implica cancelaciones, duelos y transformaciones internas, y porque está expuesto a la relación decisiva con otros que no siempre responden a la enorme expectativa que allí se genera.

Como somera ilustración de nuestra clínica actual, cabe mencionar que las adicciones han incrementado enormemente su incidencia y han surgido nuevos objetos de adicción. Los trastornos de la alimentación parecen una cuestión corriente, y no por nada se los asocia con las modas. Ciertas perturbaciones del carácter se vuelven más refractarias en la medida en que algo del contexto presente les confiere beneficio secundario. Estos modos de expresión del padecer se nos presentan más ligados a lo social: los imperativos estéticos, los avances tecnológicos, el imperio de ciertos ideales en relación con el éxito y la posesión. El descrédito del discurso religioso y del discurso social, el debilitamiento del lazo social, la deserción del Estado como instancia protectora, la precariedad económica de muchos, la vigencia irreductible de la economía de mercado, la enorme penetración de la TV como herramienta proselitista del consumo, el culto de la imagen, son todos ellos hechos de la cultura que impactan sobre los modos del sufrimiento. Así, las referencias psicopatológicas clásicas con las que el psicoanálisis contaba, más volcadas al examen de lo intrapsíquico, parecen

no resultar suficientes.

En los dispositivos la propuesta originaria de diván y alta frecuencia de sesiones ha ido cediendo paso a otras modalidades de encuadre más flexibles. Se incorporaron los abordajes de parejas, familias, grupos y niños. Nuevas técnicas se agregaron al repertorio instrumental: el juego, la dramatización, las actividades plásticas, los abordajes corporales. Estos cambios reclamaron a su vez actualizaciones teóricas y estimularon la producción de nuevas conceptualizaciones.

La disminución de la frecuencia y el abordaje frente a frente también fueron efectos forzados por la realidad económica y por la aparición de instancias intermediadoras (prepagos, obras sociales) en las prácticas de salud, incluidas las de salud mental. Valdría la pena detenerse algo en las consecuencias: es evidente que estas regulaciones, extrínsecas al campo, inciden sobre las condiciones del tratamiento, y más aún, sobre el vínculo mismo entre paciente y terapeuta. Hay, no obstante, algunos efectos valorables, como la caída de cierta solemnidad que rodeaba la figura del analista, que generaba una atmósfera de sugestión con dudoso beneficio para sus propósitos terapéuticos. En los tratamientos, cierto grado de sugestión puede ser un elemento inevitable, pero nunca un objetivo. Es un aliado o un enemigo que el analista tendrá que saber utilizar. El análisis no se propone fomentar la idealización sino que, admitiendo que existe, propone operar con ella. Como ocurrió en otras prácticas, los discípulos resultaron más solemnes que su fundador. A veces se olvida que el propio Freud llevó adelante modalidades de tratamiento escasamente "ortodoxas".

En otros tiempos, la figura social del analista venía recubierta de distintos ropajes más o menos imaginarios. Era el representante de una nueva mirada capaz de incluir la tan rechazada sexualidad humana, o el que sabía lo que alguien podía no saber de sí mismo, o el invitado obligado a cualquier reflexión sobre las cuestiones "del hombre". Se lo veía como un profesional exitoso y bien remunerado, capaz de domesticar los demonios por los que se lo consultaba. De aquel perfil poco menos que oracular, el psicoanalista es hoy una figura más humanizada, más próxima a la encarnadura de una persona del común. Tiene ganado de seguro un lugar, asimilable a lo sumo al de un especialista más del

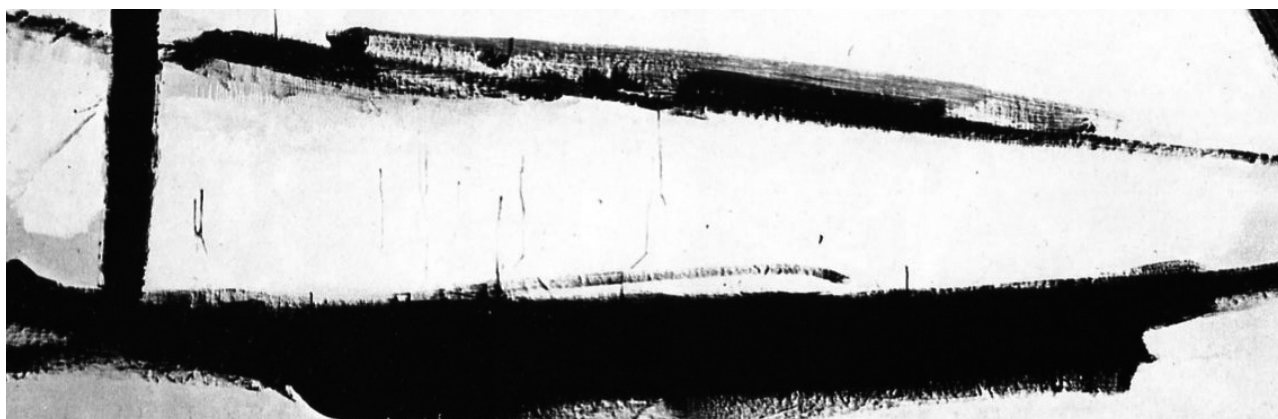
campo de la Salud Mental y de las Ciencias Sociales.

En la relación con otras disciplinas el psicoanálisis es hoy una entre otras propuestas de abordaje en el campo de la Salud Mental. En sus orígenes padecía una cierta ilusión de extraterritorialidad con respecto a sus fronteras con otras disciplinas afines y con la Medicina misma. Nació en un medio pequeño y cultivó sus propias ceremonias. La distancia que tomaba respecto de sus contornos parecía formar parte de sus ritos.

La iniciativa pionera de Mauricio Goldenberg creando un Servicio de Salud Mental en el seno de un hospital general resultó un gesto fundador de una nueva y diferente relación de la psiquiatría dinámica con la Medicina. En sus filas participaban jóvenes analistas.

En la actualidad, la convivencia del psicoanálisis con otras variadísimas propuestas, no es un hecho sin consecuencias. Asistimos a una proliferación heterogénea de ofertas de atención con desperejo grado de consistencia y pretensión científica, con el riesgo de que los respectivos rasgos distintivos y las sustanciales diferencias queden licuados. En sus inicios el psicoanálisis debió validarse entre propios y ajenos como alternativa al modelo clásico de la Psiquiatría tradicional. Hoy en día, sobradamente cumplida aquella convalidación, debe recortar su lugar sobre el fondo de un magma difuso de propuestas de variadísima índole. En nada lo ayudan ciertos ideales de época: la eficacia pragmática, la brevedad del camino hacia los objetivos, la consecución de la satisfacción inmediata, la necesidad de construir íconos de sostén que sustituyan a los caídos, la preeminencia de la acción por sobre la reflexión y de la imagen por sobre el contenido. Las propuestas llamadas alternativas tienen en cambio la corriente a favor. Proponen modelos de identificación fuertes, marcadamente individuales, justamente como respuesta adaptativa a la crisis de la oferta de una pertenencia colectiva que organice la identidad.

Una consideración especial merece la relación del psicoanálisis con las Neurociencias. Es enorme el desarrollo que se produjo en el campo de la investigación y el uso de psicofármacos. Nadie puede dudar del beneficio que esto ha traído a la vida de una incommensurable cantidad de pacientes. Esta evidencia ha desactualizado el antiguo debate entre psicoanálisis y psicofármacos. Hoy los modelos integrados de tratamiento tienden a



constituirse como la opción más racional y extendida. Caben de cualquier modo algunas consideraciones.

El uso de psicofármacos se ha instalado con tanta naturalidad que vale la pena tener en cuenta la extensión de su indicación por parte de colegas de otras especialidades y la siempre presente, y altísima, incidencia de automedicación. La impresión es que ya no se reserva su indicación para la irrupción de ciertos síntomas. Hoy parece irse instalando una psicofarmacología de la normalidad, muy distante de aquella concepción que circunscribía su aplicación para la patologías graves. ¿Es esto fruto de un auspicioso desarrollo de las neurociencias? ¿O bien puede obedecer a otro tipo de motivación? Algunas veces se presentan los fabulosos hallazgos biológicos de nuestra época como el *non plus ultra* que dejará sin voz a quienes pretendieran hablar las palabras del espíritu. Por momentos el tono recuerda las primeras críticas al psicoanálisis, aquellas que renegaban de que surgiera en el ámbito médico un nuevo modo de comprender más allá de los alcances de lo biológico.

La cuestión convoca al psicoanalista a tomar posición al respecto. Enorme cantidad de pacientes solicitan medicación, además o en lugar de terapia, muchos vienen con medicación indicada por colegas o con automedicación. Más allá de las características propias de cada situación clínica, hay un elemento que merece cierta formulación genérica: el psicoanalista que medica, o que deriva a un colega para tal fin, tendría en especial consideración las particularidades del vínculo en el que tal indicación se enmarca, tanto como para estar atento a que ciertas vicisitudes de ese vínculo pueden influir sobre la respuesta al fármaco, dicho esto sin desconocer la acción farmacológica específica de cada droga. El ejemplo de Jorgelina nos parece consistente en este sentido. En un intento anterior se había confiado todo sólo al efecto farmacológico. En éste, en cambio, el marco terapéutico fue cuidadosamente organizado para garantizar un uso racional del medicamento, pero también, con conciencia de que a través de este acto se le trasmitía a la paciente un mensaje distinto al que se le había dado hasta el momento.

El desarrollo de las Neurociencias también trajo como efecto una transformación de los modelos formativos, con consecuencias sobre el campo de la salud mental. En los últimos años, la psicofarmacología viene tendiendo a consagrarse en sí misma como especialidad. Y muchos aspirantes llegan al post-grado atraídos exclusivamente por ese cuerpo de conocimientos. Nadie pretendería contrariar sus genuinas aspiraciones y preferencias, pero es preciso volver a destacar la enorme complejidad de lo que designamos genéricamente como "lo psíquico".

En cuanto a la diversidad de escuelas psicoterapéuticas, muchas veces se exageran las diferencias. La práctica psicoanalítica tendría poco en común con corrientes que sólo pretendieran el ordenamiento protésico como un nuevo intento de contribuir a los vasallajes del aparato psíquico. Pero dado que prácticamente todas las corrientes psicoterapéuticas surgieron del psicoanálisis

o discutiendo con él, y que sus representantes bebieron de una u otra manera en sus fuentes, es que muchos propiciamos el diálogo con otras vertientes.

Si el psicoanálisis es el diván, por concretizar la cuestión como algunas veces se hizo, se genera una pulseada entre los que lo defienden y los que tratan de demostrar que es una herramienta perimida. No es una discusión que nos interese. Si en cambio el psicoanálisis es una forma de pensar el funcionamiento mental, que tiene en la noción de Inconciente su piedra basal, resulta ser un invitado insoslayable a cualquier discusión sobre Salud Mental. En el último tiempo, de manera auspiciosa, muchos psicoanalistas se han abocado a preguntarse qué es lo esencial de su propuesta. Una pregunta indispensable, dado el riesgo de mantenerse inmutable en una repetición inerte y también, el peligro de que en los cambios se pierda lo intrínseco.

El psicoanálisis intentó por primera vez una práctica que reuniera lo actual (las formas sociales del momento de aquellas primeras consultas), con la búsqueda de ciertos universales de la condición humana. Pretendió, en este entrelazado difícil, supeditar esos universales a lo singular de cada consulta, sin esquivar la tensión entre ambos planos.

"Sexualidad y muerte"- dirá Freud a la hora de precisar los dos grandes desafíos que deberá enfrentar el psiquismo cuando las respuestas sociales o religiosas no alcancen para ahogar las preguntas. Lo esencial no son las cuestiones formales. El diván no fue más que la forma bajo la cual Freud propiciaba el decir poniendo en suspenso la confirmación narcisística, quedando librado a sus propias ocurrencias; entretanto el analista buscaba una nueva forma de atención a las resonancias de la palabra. La asociación libre implica un modo de funcionamiento psíquico, y a la vez un "busca huellas" particularmente eficaz. Supone el punto de encuentro entre las herramientas técnicas, la experiencia clínica en distintas condiciones, y una determinada concepción del sujeto. En efecto, las distintas expediciones clínicas que atravesó nuestra práctica mantienen la asociación libre, al menos como una noción de referencia. No es que el psicoanalista no pueda dar indicaciones o utilizar en ciertos casos psicofármacos, estandartes de lo que algunos suponen una alternativa en litigio. Sino que la asociación libre como horizonte de referencia supone que los recursos pueden ser variados, en tanto se tienda al enriquecimiento del psiquismo en la relación con sus propias fronteras. Por eso las medidas normativas o los ejercicios propuestos por otras técnicas no le son ajenos, siempre que no pretendan reducir los objetivos a un ideal normatizante.

Y si se trata de pensar en la causalidad, vale la pena rescatar la proposición freudiana de las series complementarias para explicar la etiología de las neurosis. Allí se integran factores endógenos y exógenos. Entre los primeros está el lugar de lo hereditario. Lo exógeno vendrá a ser lo adquirido en la experiencia del vivir. Resulta un modo particularmente atractivo de plantear la cuestión. Las experiencias tanto desencadenantes como constitutivas infantiles se imprimen sobre lo

heredado. Resulta una fórmula sencilla pero apasionante, en tanto organiza una serie de factores participantes del fenómeno psíquico sin pretender agotarlos. Queda una X, una incógnita, un lugar vacío. Alrededor del mismo, la búsqueda de conocimiento es infinita. Pretender saturarla nos pondría, en cambio, nuevamente del lado de un discurso religioso de verdades reveladas y absolutas. Es siempre una tentación humana. De ahí que en el último tiempo los fabulosos avances tecnológicos sean presentados como si pudieran brindar la nueva ilusión de perfección y completud. Con ellos en la mano habríamos descubierto por fin todos los secretos del hasta ahora enigmático espíritu del hombre.

La búsqueda de comprensión del psicoanálisis en la complejidad sigue vigente. Asumida ésta, ningún reduccionismo resultaría consistente. Un psicologismo a ultranza resultaría tan ciego como una pretensión de reducir todo fenómeno emocional a su dimensión neurobiológica. El hecho de que lo mental como objeto de conocimiento revista tal complejidad reclama que sea abordado desde perspectivas diversas, nunca excluyentes entre sí. La práctica nos lo confirma, cualquiera sea nuestra escuela, cada vez que nos quedamos perplejos ante los recorridos de la subjetividad de nuestros pacientes.

Quien haya querido lanzarse a los laberintos del otro ha reconocido el vértigo de lo específico e inevitablemente ha tenido que reconocerse apenas un artesano. Los vericuetos subjetivos son refractarios a las fórmulas que procuren recetas para todos. Sólo quien pretenda dar un fármaco y suponer que es sólo un fármaco, o quien pretenda dar una indicación y desconocer el marco relacional que la rodea, se puede suponer que prescindir del concepto de inconciente. Aún bajo formas poco conceptualizadas, es un concepto que ya forma parte de la cultura.

Por momentos muchas corrientes se desarrollan en sus soliloquios. Probablemente haya una mejor perspectiva en el diálogo, en las intersecciones que se abren entre los que confluimos en el pensar y el quehacer sobre el hombre ■

Agradecimientos: a los colegas de nuestra asociación, y a sus fundadores: Ricardo Avenburg, Silvia Bleichmar, Vicente Galli, Luis Horstein, Rafael Paz, y Carlos Shenquerman. Lo hacemos en la convicción de que en el diálogo con ellos hemos encontrado fuente y espacio para lo que aquí escribimos.

Referencias bibliográficas

1. Freud S. Obras Completas. Buenos Aires, Editorial Amorrortu, 1980.
2. Galende E. De un horizonte incierto, Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1997.
3. Nasio JD. El placer de leer a Freud. Gedisa, 1999.
4. Kuhn TS. La estructura de las revoluciones científicas. Fondo de Cultura Económica, 1962.

Paradigma o Paradigmas en la Clínica Psicoanalítica Actual

Inés T. Berro

Licenciada en Psicología
Miembro de la Asociación Psicoanalítica Argentina
Docente de la Pontificia Universidad Católica Argentina
E-mail: berroines@fibertel.com.ar

¿Qué es un paradigma?

Partiendo del concepto de paradigma que Thomas S. Khun desarrolla en 1962, se define al mismo como: "realizaciones científicas universalmente conocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica" (20).

La noción de paradigma implica que la recolección de datos, depende de este marco conceptual, "los datos son inequívocamente estables". Por lo tanto, los paradigmas se convierten en *dispositivos para resolver enigmas que ellos mismos permiten reconocer y formular*; en el caso de los psicoanalistas, para producir interpretaciones de situaciones que ellos mismos hacen interpretables (20). Entonces:

1. Los paradigmas condicionan y sesgan la percepción del material, o sea que son modos de ver, escuchar y seleccionar el material idiosincrático.

2. Los paradigmas son modos de pensar la realidad, por ejemplo, psicoanalíticamente.

3. Condicionan las diferentes formas de desarrollar el nivel de las formulaciones metapsicológicas (2).

Con lo cual queda en duda la neutralidad del observador (analista) ya que el paradigma determina la experiencia marcando "qué se puede ver y qué se debe ignorar" (18).

A la luz de estos conceptos se analizará el paradigma psicoanalítico partiendo de su creador y tomando

Resumen

Desde la formación del paradigma psicoanalítico, en pleno auge del positivismo, hubo distintos aportes a esta teoría, algunos aceptados y otros rechazados por no corresponder a las ideas dominantes en la época. Esto sucede hasta que las modificaciones culturales/filosóficas generan el campo propicio para la reestructuración/modificación paradigmática. La corriente constructivista es un ejemplo de esto, ya que ha permitido una nueva apertura en nuestra práctica psicoanalítica.

Palabras clave: Psicoanálisis - Positivismo - Constructivismo - Teoría - Paradigma.

PARADIGM OR PARADIGMS IN CURRENT CLINICAL PSYCHOANALYSIS

Abstract

Since the creation of the psychoanalytical paradigm, at the very peak of positivism, there have been different contributions to this theory. Some of them were accepted and some were rejected for their inconsistency with the prevailing ideas of the time. This continues until the cultural/philosophical changes generate the appropriate setting for the paradigmatic deconstruction/modification. The constructivist school of thought is an example of this, since it allowed for a new approach to our psychoanalytical practice.

Key words: Psychoanalysis - Positivism - Constructivism - Theories - Paradigm.

alguna de las muchas líneas teóricas que lo sucedieron para intentar comprender su actual situación.

Freud y la construcción de un paradigma

Ronald Fairbain en su libro "Estudio psicoanalítico de la personalidad" expresa: "Ningún hombre, ni aún el más grande y el más original, puede permanecer por completo independiente del clima científico de sus días: ni hasta Freud puede decirse que haya sido una excepción a esta regla" (8).

Los desarrollos freudianos se gestaron en la época victoriana cuyo contexto era autoritario y los valores importantes eran el descubrimiento de la verdad y el logro de la individualidad psicológica (19).

El paradigma en las ciencias del siglo XIX, apoyado en la física de Newton, aspiraba a formar modelos estables, estructuras ideales y predecibles (7).

Sigmund Freud adhería a este ideal de ciencia que, en 1892, definiera uno de los integrantes del Triunvirato de Berlín, Du Bois Raimond: "No existen en el organismo otras fuerzas activas que las fuerzas físicas y químicas corrientes. En aquellos casos que, por el momento, no pueden ser explicados por estas fuerzas, se debe tratar de hallar la forma o vía específica de la acción de estas últimas mediante el método físico-matemático, o bien suponer la existencia de nuevas fuerzas, iguales en dignidad a las fuerzas físico-químicas inherentes a la materia, y reductibles a la fuerza de atracción y repulsión" (7).

La fidelidad de Freud a estos axiomas las encontramos en la hipótesis auxiliar que propone como conclusión en su artículo "Las neuropsicosis de

defensa" de 1894:

"En la funciones psíquicas cabe distinguir algo (monto de afecto, suma de excitación) que tiene todas las propiedades de una cantidad -aunque no poseamos medio alguno para medirla-; algo que es susceptible de aumento, disminución, desplazamiento y descarga, y se difunde por las huellas mnémicas de las representaciones como lo haría una carga eléctrica por la superficie de los cuerpos" (13).

Y en la introducción del Proyecto de Psicología de 1895 sostiene:

"El propósito de este proyecto es brindar una psicología de ciencia natural, a saber, presentar procesos psíquicos como estados cuantitativamente comandados de unas partes materiales comprobables, y hacerlo de modo que esos procesos se vuelvan intuíbles y exentos de contradicción" (12).

Un determinado paradigma emplea un lenguaje con el que selecciona, da significado a los datos y organiza la realidad. Este lenguaje fue aprendido en los libros de texto y las instituciones de la época, y el que lo posee sabe "qué significan esos términos, qué características son relevantes para relacionarlas con la naturaleza, qué cosas no pueden decirse de ellos so pena de contradicción" (21).

Indiscutiblemente conceptos como energía, fuerza, estímulo, descarga, etc. eran dominantes a fines de ese siglo, e influyeron y determinaron a Freud en la recolección y sesgo de sus datos clínicos, que lo llevaron a escribir la vertiente económica de la metapsicología.

Pero Freud no puede mantenerse totalmente fiel a esta concepción científica y debe hacer cambios a lo largo de la evolución de su teoría; así no es el mismo Freud en los artículos mencionados



(1894/1895) que en "Introducción al narcisismo" (1914), "Más allá del principio de placer" (1920), "Inhibición, síntoma y angustia" (1926) o en algunas conclusiones suyas en "Esquema de psicoanálisis" (1938). En éstos va reformulando y complejizando su pensamiento sin dejar de lado su visión positivista.

Freud creó dentro del paradigma positivista de la época un nuevo paradigma que permitió entender el psiquismo de una manera distinta y este paradigma es el psicoanálisis, "con el que se pasó de la psicología racionalista clásica a la psicología dinámica analítica" sin dejar de lado al positivismo (11).

Él fue reajustando su teoría al advertir "anomalías" en sus propuestas originarias (*anomalías* en el sentido que Khun le asigna al concepto como "incongruencias entre la premisa teórica y la realidad" (20).

Debemos reconocer que Freud fue un investigador incansable que pretendía encontrar la verdad (en el sentido positivista del término) y tuvo la valentía y honestidad intelectual de reformular y refutar su propia obra cuantas veces lo creyó necesario y hasta donde su propio paradigma se lo permitió, fiel a su formación de científico.

No podemos dejar de lado que Freud vivió en medio de dos desarrollos opuestos: el positivismo y el crecimiento del subjetivismo en la cultura (22).

En 1922 Freud escribe dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la libido". Es en el primero donde deja en claro qué se entiende por psicoanálisis y a qué debe suscribir todo aquel que se diga psicoanalista, expresando los pilares básicos de su teoría: "Existen procesos anímicos inconscientes; la admisión de la doctrina de la resistencia y de la represión; la apreciación de la sexualidad y del Complejo de Edipo: he ahí los principales contenidos del psicoanálisis y las bases de su teoría, y quien no pueda admitirlos todos no debería contarse entre los psicoanalistas" (16).

Y a esto debemos agregar su teoría de las pulsiones, tantas veces revisada y de la que Freud dijera que es "el elemento más importante y oscuro de la investigación psicológica" (15).

Freud y sus discípulos

El psicoanálisis no fue una creación solitaria de Freud ya que Sigmund Freud tomó ideas y aportaciones originales de sus discípulos, "dichas contribuciones fueron elaboradas e incluidas en el *corpus* doctrinario que fue estructurándose a lo largo de años de intenso trabajo" (26).

En este grupo selecto que lo siguió hubo disensos, alejamientos y rupturas, como los replanteos de Adler, Stekel, Rank, Jung y Ferenczi que no pudieron ser escuchados por el maestro ya que implicaban profundos cuestionamientos sobre aspectos básicos del paradigma psicoanalítico.

Las ideas de Sándor Ferenczi son, a mi entender, las que más repercusión tienen en la actualidad. Sus investigaciones sobre la técnica y el problema de lo traumático lo diferenciaron del pensamiento freudiano, al extremo que creo ver en su distanciamiento una cuestión relacionada con el poder restrictivo de un paradigma. Esas dos diferencias (la técnica y lo traumático) atentaban contra el paradigma de Freud.

En relación al poder restrictivo de un paradigma Kuhn expresa: "La zona de mayor claridad de los paradigmas es también su punto ciego: lo que ayudan a pensar es también lo que no pueden dejar ver" (2).

Sándor Ferenczi: un adelantado

Sándor Ferenczi (Hungría, 1873-1933) conoció a Freud en 1908. Tratemos de entender qué pasó para que este alejamiento tuviera lugar.

Freud era un gran investigador, un científico. Ferenczi un gran clínico, su mayor preocupación era la terapia y su interés, la clínica; y por lo tanto, buscaba mejorar la técnica y recorriendo ese camino fue donde hizo sus mayores aportes, ofreciendo una serie de concepciones teóricas y técnicas que estarían al origen de una renovación y una mutación de ciertos parámetros teórico-técnicos allí establecidos (3).

Los dos cuestionamientos más significativos al pensamiento freudiano y que para este trabajo quiero resaltar, fueron la noción de trauma y sus concepciones que rechazaban la técnica clásica poniendo en tela de juicio la neutralidad del analista.

Del primer tema vemos cómo Ferenczi volvió sobre la teoría de la seducción que Freud había abandonado hacía años, diciendo que sus pacientes le habían proporcionado pruebas de la seducción no fantaseadas sino reales. *No todas las neuróticas engañan, le podría haber respondido a su maestro*. Además recalca la importancia de la relación del niño con sus padres como posible productor de traumas. En relación a esto expresó: "Debo hablar del destete, de la limpieza, de la supresión de malos hábitos, del paso de los niños a la vida adulta. Estos son los traumatismos más graves de la infancia" y que la falta de adaptación de la familia al niño era "otro de los traumatismos reales más difíciles de eliminar"; remarcando así la importancia del trauma desde la realidad y no sólo desde la fantasía (10).

En cuanto al segundo tema (la neutralidad del analista), el gran compromiso de Ferenczi fue, durante toda su vida, encontrar cómo el analista debía adaptar su técnica a fin de permitir a su paciente desarrollar la disposición para ayudarlo a realizar la adaptación necesaria durante el tratamiento analítico (1).

Estos métodos se van diferenciando cada vez

más de la técnica freudiana, pero no así del pensamiento psicoanalítico.

En mayo de 1931, Ferenczi envía a Freud el borrador de "Confusión de lenguas entre el adulto y el niño: el lenguaje de la ternura y de la pasión", que provoca serias resistencias en Freud ya que cuestiona su segunda teoría de la seducción y plantea una encrucijada teórica: realidad versus fantasía, maternaje versus neutralidad (24).

Ferenczi rechaza una "técnica" psicoanalítica positivista que presupone un operador -el analista-, un instrumento -la técnica- y un objeto -el paciente-. *El análisis es trato humano*. Presupone *simpatía*, en el rico sentido de este término que se ha empleado también en la teoría social: "Lo que necesitan estos neuróticos, es ser verdaderamente adoptados y que se les deje por vez primera disfrutar de las excelencias de una infancia normal" (6, 11).

Al recibir Ferenczi los casos más complejos derivados por otros analistas de su tiempo, se abocó a la cura de lo que hoy por hoy llamaríamos: trastornos graves de carácter, personalidades "como si", estructuras "narcisistas" y pacientes limítrofes. Por lo que tuvo que ampliar los límites de los parámetros técnicos del método tradicional, derivando poco a poco hacia una serie de consideraciones técnicas y teóricas que fundarían las bases de una profunda divergencia teórica entre él y Freud.

Ferenczi propone una renovación y una mutación de los parámetros psicoterapéuticos que "inauguran un giro en la historia misma de ciertos conceptos claves del psicoanálisis a los que hoy en día, todos los psicoanalistas recurren más o menos directamente, tanto en la teoría como en la práctica" (3). Éstas son: la no neutralidad del analista, la contratransferencia, el análisis mutuo y la noción de relación con los objetos primarios como fundamental en la formación y maduración del psiquismo humano.

Estas nuevas ideas proponían un ajuste dentro del paradigma psicoanalítico construido bajo una concepción positivista de las ciencias.

En nuestros días

Wallerstein dice que hoy constatamos que en el psicoanálisis, la idea de monismo como una sola verdad es solo una ilusión y vemos en nuestro escenario que la diversidad teórica y técnica es lo común (25).

En el psicoanálisis de estos días, encontramos una diversidad de teorías o escuelas, las que podríamos dividir en dos corrientes que parecerían irreconciliables, aunque muchos analistas combinamos ambos modelos en nuestros consultorios; éstas son: *pulsión y relación* (17).

El modelo basado en la *pulsión* concibe el analista como una pantalla que refleja la transferencia que el paciente despliega y que está determinada por su historia; cualquier interrupción en las aso-

ciaciones o en el curso de la terapia es entendida como resistencias del analizado. El analista es exterior al proceso neurótico (17).

En el modelo basado en la *relación* la situación analítica es diádica, ya que es fundamental la habilidad del terapeuta para entender y solucionar las carencias inherentes al desarrollo del paciente, y esta habilidad depende de una postura teórica, ética y un ideal de salud y ante todo del grado de salud alcanzado por el terapeuta, que se prestará mejor o peor para ayudar a su paciente. La esencia de la cura tiene que ver con la calidad y naturaleza de la relación y la comunicación de esta díada (17, 23).

Aunque los dos modelos son derivaciones de la teoría freudiana, la corriente basada en la *pulsión* es una continuación de ella y, sus seguidores, para sólo citar a los más destacados, serían Melanie Klein y Jacques Lacan. Mientras que la corriente basada en la *relación* sería una continuación de las innovaciones de Ferenczi, aunque no como voz propia, sino a través de otros autores como Donald Winnicott, Heinz Kohut y también John Bowlby, entre otros.

La pregunta sería *¿qué pasó para que después de tantos años de ostracismo estas ideas pudieran ser escuchadas?*

Cambio de paradigma

Para que esto sucediera tuvo que haber un cambio importante en el paradigma imperante en las ciencias, con el advenimiento del *constructivismo* y su nueva manera de comprender la realidad.

El constructivismo propone que es el sujeto (el observador) quien activamente construye el conocimiento del mundo exterior, y que la realidad puede ser interpretada de diferentes formas.

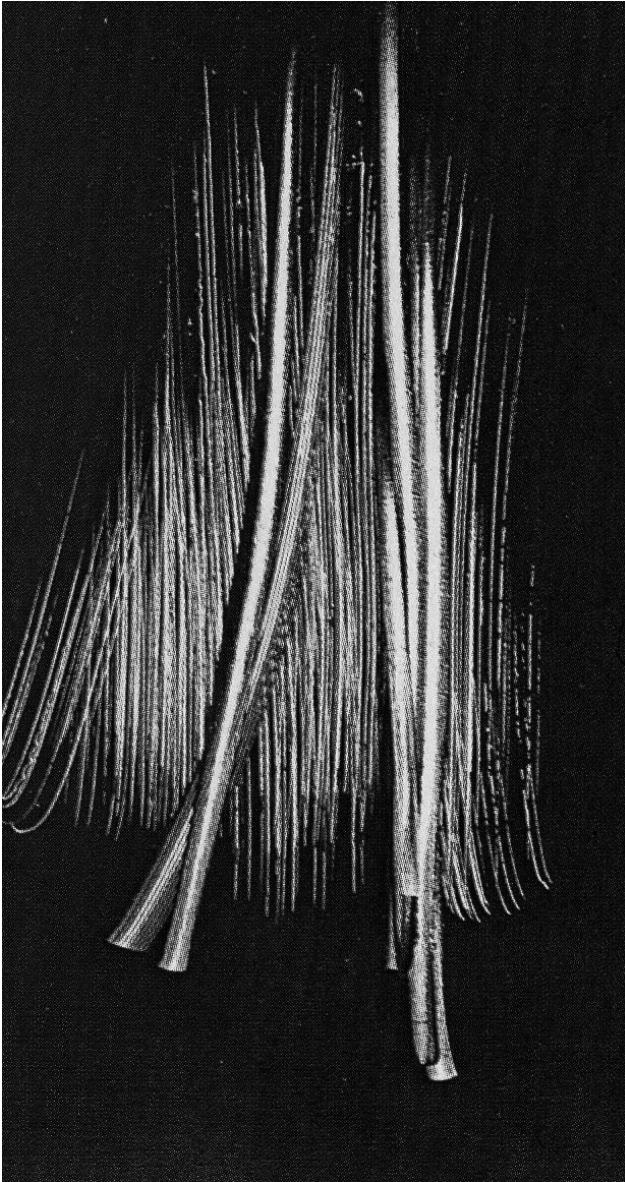
Así, la idea de adquirir un conocimiento "verdadero" acerca de la realidad se desvanece (9).

Desde la perspectiva constructivista, los individuos están constante y activamente construyendo sus realidades (4).

Es diferente estar colocado en una perspectiva positivista o en una constructivista.

Desde la perspectiva positivista, los terapeutas pueden situarse fuera de la interacción con el paciente, siendo lo fundamental en este modelo el diagnóstico y lo prescriptivo; lo central es la investigación clínica del estado mental del paciente. Las interacciones psicoanalíticas están sustentadas en función del conocimiento de la teoría y de los principios de la técnica (4).

Por su parte, la perspectiva constructivista considera a la experiencia del paciente más ambigua y maleable. Las interpretaciones sugieren maneras de organizar la experiencia entre las diferentes formas que es posible hacerlo (4). La contratransferencia del analista es el bagaje subjetivo, en su mayor parte inconsciente, con que el profesional



va a recibir a su paciente y éste va a responder a ella de una manera particular, reaccionando ante esta realidad, también con su bagaje subjetivo. O sea que el terapeuta ya no es considerado alguien exterior al proceso (23).

Entonces, vuelvo a mi propuesta inicial, ¿cómo podríamos pensar todas estas ramas del psicoanálisis actual? ¿Son todas ellas ajustes dentro del paradigma original o son nuevos paradigmas?

¿Qué implica para Kuhn un cambio de paradigma?: Un científico que acepta un nuevo paradigma es alguien que ante los mismos hechos o fenómenos que antes observaba y comprendía de una manera, aun sabiendo que son los mismos que antes observaba, los encuentra, no obstante, transformados totalmente en muchos de sus detalles. Los paradigmas son como anteojos que dan forma y color a aquello que la realidad nos presenta (20).

¿Un paradigma o paradigmas en psicoanálisis?

Una pregunta que se desprende de esta afirmación de Kuhn es: cada una de estas corrientes, o aún más, cada una de las teorías, ¿serían distintos paradigmas o todas ellas estarían bajo el paradigma psicoanalítico original comprendidas por la noción de *inconsciente*?

El inconsciente fue el eje en torno al cual Freud construyó su doctrina, proponiendo que éste “es en definitiva la única antorcha en la oscuridad de la psicología de las profundidades. Sin la noción de inconsciente, no es posible hablar de psicoanálisis; es su misma esencia, su piedra angular” (5, 14).

Primero debemos tratar de diferenciar la noción de teoría de la de paradigma: para Bernardi la noción de teoría hace referencia a aspectos esencialmente cognitivos, mientras que en el de paradigma confluyen elementos nocionales, pre-acepciones, actitudes, valores y fantasías. Este anudamiento explica su resistencia al cambio (2).

Si aceptamos que estas corrientes son paradigmas, me surgen tres preguntas:

1. ¿Cabría para ellas la noción de inconmensurabilidad (en el sentido de carecer de medida común) que Kuhn propone?

Inconmensurabilidad de opiniones sería la dificultad, no imposibilidad como se ha entendido, para decidir o comparar dos teorías. Esto ocurre por la cantidad de valores compartidos de una comunidad de especialistas que interactúan con las experiencias particulares y la dificultad del vocabulario para determinar que un argumento es superior a otro (20).

2. ¿Deberíamos dar por perdida la unidad del psicoanálisis?

3. Y por último, ¿habríamos perdido la posibilidad de pensar a nuestros pacientes a través de distintas teorías?

En cuanto a la primera pregunta, Kuhn, en respuesta a las críticas, corrigió y amplió su teoría indicando que toda ciencia se perfila a lo largo del tiempo con las aportaciones de la comunidad científica, que contribuye no sólo con nuevos conocimientos acumulativos, sino también a cambios cualitativos, nuevos cambios de perspectiva; con la creación de nuevos paradigmas que abren nuevos horizontes a la ciencia, concebida, por tanto, como algo abierto y en evolución. Y aclaró que la noción de inconmensurabilidad no había sido bien interpretada, y de acuerdo a su opinión era factible la comparación entre distintos marcos conceptuales: “Ni en su forma metafórica ni en su forma literal inconmensurabilidad implica incomparabilidad”, considerando que la idea de inconmensurabilidad es más “modesta de lo que se la ha entendido” (21).

En cuanto a la segunda: “la unidad del psicoanálisis reside más en el campo común de proble-

mas que en las respuestas que les demos" (2).

Y en cuanto a la tercera pregunta, y para mí, crucial, creo que bajo la luz de este nuevo paradigma constructivista nos es posible escuchar a nuestros pacientes, nuestras teorías y a nosotros mismos con una libertad y apertura antes no conocida. Lo fundamental de la visión constructivista es que

nos ha sacado del planteo de la dualidad: verdadero-falso; y que a su vez nos permite ver que dos teorías pueden plantear una visión valiosa, aunque distinta, de un mismo hecho. Esto amén de la dosis de humildad que ello conlleva al no embanderarnos en una teoría como única portadora de la verdad ■

Referencias bibliográficas

- 1- Balint M. "Introducción". Las experiencias técnicas de Sándor Ferenczi. En: *Psicoanálisis IV*. Madrid, Espasa-Calpe, 1984.
- 2- Bernardi RE. El poder de las teorías; el papel de los determinantes paradigmáticos en la comprensión psicoanalítica. *Revista de Psicoanálisis* 1989; 46: 904- 929.
- 3- Bokanowski T. *Sándor Ferenczi, Psychanalystes d' aujourd' hui*. Paris, Presses Universitaires de France, 1997.
- 4- del Río Albornoz M. La influencia del constructivismo en el psicoanálisis. *Revista Chilena de Psicoanálisis* 2006; 23: 214-222.
- 5- Doria Medina R. Descubrimiento de la "tierra ignota" inconsciente, Freud y su tiempo. *Grupo de investigación del departamento de historia*. Asociación Psicoanalítica Argentina 1996; 89-99.
- 6- Dupont J. "Prólogo". En: Ferenczi S. Sin simpatía no hay curación. Buenos Aires, Amorrortu, 1997. p. 13-32.
- 7- Ekboir AS, Grinberg de Ekboir J. Cambios en el pensamiento científico y crisis del psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis* 1993; 1(50): 103-111.
- 8- Fairbairn R. Estudio psicoanalítico de la personalidad. Buenos Aires, Hormé, 1952.
- 9- Feixas I, Viaplana G, Villegas I, Besora M. Constructivismo y psicoterapia. Barcelona, PPU, 1993.
- 10- Ferenczi S. La adaptación de la familia al niño. En: *Psicoanálisis IV, Obras Completas*. Madrid: Espasa-Calpe; 1981. p. 33-46.
- 11- Florenzano R. Psicoanálisis y epistemología: ¿ciencia o pseudo-ciencia? *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 2002; 107-125.
- 12- Freud S. Proyecto de psicología. *Obras completas I*. Buenos Aires, Amorrortu, 1988. p. 339-446.
- 13- Freud S. Las neuropsicosis de defensa. *Obras completas III*. Buenos Aires, Amorrortu, 1989. p. 47- 61.
- 14- Freud S. Lo inconsciente. *Obras completas XIV*. Buenos Aires, Amorrortu, 1989. p. 141-214.
- 15- Freud S. Más allá del Principio de Placer. *Obras completas XVIII*. Buenos Aires, Amorrortu, 1989. p. 1-62.
- 16- Freud S. Dos artículos de enciclopedia. *Obras completas XVIII*, Buenos Aires, Amorrortu, 1989. p. 229-249.
- 17- Greenberg J, Mitchell S. *Object relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge-London, Harvard University Press, 1983.
- 18- Klimovsky G. *Las desventuras del conocimiento científico*. Buenos Aires, A-Z ediciones, 1994.
- 19- Kohut H. *Como cura el análisis*. Buenos Aires, Paidós, 1986.
- 20- Kuhn TS (1962). *La estructura de las revoluciones científicas*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2006.
- 21- Kuhn TS. *¿Qué son las revoluciones científicas? y otros ensayos*. Barcelona, Paidós, 1987.
- 22- Nemirovsky C, Winnocott, Kohut. *Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría*. Buenos Aires, Grama editores, 2007.
- 23- Rosmaryn A. *La contratransferencia y los paradigmas del siglo XX. La clínica a 100 años de su descubrimiento*. Buenos Aires, Asociación Escuela de Psicoterapia para Graduados, 1995. p. 97-104.
- 24- Stanton M. Sándor Ferenczi. Reconsiderando la intervención activa. Tr. Gallardo J, Morgado A. Santiago, Bio-Psique, 1997.
- 25- Wallerstein R. *Psychoanalysis: the common ground*. *Int J Psycho-Anal* 1990; 69: 5-21.
- 26- Yampey N. *Freud y sus discípulos, Freud y su tiempo*. Grupo de investigación del departamento de historia. Asociación Psicoanalítica Argentina, 1996. p. 55-64.

El Paradigma de la Evidencia

Ricardo Bolaños

Doctor de la Universidad de Buenos Aires. Área Farmacología
Médico Farmacólogo. Docente Autorizado de Farmacología, Departamento de Farmacología,
1a Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA
Jefe de Servicio Procedimientos. Departamento Estudios y Proyectos
Dirección de Planificación y Relaciones Institucionales. ANMAT
Docente del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina

“La única certeza que se puede tener es una probabilidad razonable”.

E. W. Howe (1853-1937)

*“Algunos usan la estadística como los ebrios utilizan los faroles:
para apoyo más que para iluminación”.*

Andrew Lang (1844-1912)

“Si usted tortura los datos lo suficiente, ellos confesarán”.

Ronald Coase (1910-) Premio Nobel de Economía, 1991

La palabra Paradigma tiene su origen en la expresión griega: “paradeigma” (para: junto; deigma: mostrar), queriendo significar a elementos que siguen un determinado modelo o diseño (8).

El término “evidencia”, proviene del latín indicium: signo aparente y probable de que existe una cosa. Es sinónimo de señal, muestra o indicación (1).

Para la Real Academia Española de la Lengua, el término evidencia posee las siguientes acepciones: (Del lat. *evidentia*) (6).

1. f. Certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar. *La evidencia de la derrota lo dejó aturcido.*

2. f. Der. Prueba determinante en un proceso.

Aquí surge la pregunta ¿este concepto es válido universalmente o el concepto de “evidencia” es cambiante de acuerdo al contexto?.

No es necesario hacer eruditas deducciones para que inmediatamente surja la diferencia entre lo que

un jurista interpreta como evidencia y lo que un científico hace de la misma.

Se puede establecer que para el jurista será todo material sensible significativo (elementos aprehendidos) que es percibido por los sentidos y que tiene relación con un hecho delictivo (1).

La evidencia para el científico posee otra interpretación, que muy sucintamente puede establecerse como una baja probabilidad de intervención del azar. De esto nos ocuparemos.

El pensamiento científico se diferencia del pensamiento común o vulgar en que el primero necesita ser “demostrado”. El concepto de demostración implica que debe plantearse una explicación preliminar de los hechos y realizar un estudio práctico (generalmente conocido como experimento, aunque es preferible para una generalización, hablar de estudio). Este estudio implica la creación de las condiciones adecuadas para analizar el fenómeno en cues-

Resumen

En esta presentación se revisa y discute el concepto de evidencia desde diferentes áreas. Asimismo se reveen las ideas sobre la formulación de la Hipótesis Alternativa (H1) y su contrapartida la Hipótesis Nula (H0), y la importancia del interjuego intelectual de ambas, así como el significado que posee la recolección de suficiente evidencia para no tomar en cuenta a H0. Con este concepto se comenta la idea de “Falsacionismo” de Karl Popper. Se pasa revista a los errores aleatorios que pueden ocurrir en la formulación de las hipótesis y su significado en investigación clínica. Finalmente se adhiere al criterio que ausencia de evidencia no es evidencia de ausencia.

Palabras clave: Evidencia - Epistemología - Hipótesis Alternativa - Hipótesis Nula - Falsación.

THE PARADIGM OF EVIDENCE

Summary

This article is a critical review about the concept of evidence in statistics and their impact in the based evidence medicine. The basic types of hypothesis used in clinical trials are explored and their meanings in epistemology. This review is a practical introduction about key issues in statistics applied in clinical research.

Key words: Evidence - Epistemology - Hypothesis - Refutation - Replication.

ción. Estas "condiciones adecuadas" se conocen como Diseño del Estudio. Es decir que diseñar un estudio es fijar, sobre bases estadísticas, las relaciones entre sujetos experimentales, intervenciones (si las hay) y variables intervinientes (4).

El objeto de estudio de las ciencias fácticas, es la realidad, los hechos. Desde un punto de vista taxonómico se puede establecer que el "mundo real" se presenta con una de dos formas: Constantes y Variables. Las constantes no sufren modificaciones en el tiempo y el espacio. Las variables no son todas iguales, existen variables que determinan siempre el mismo fenómeno, llamadas Variables Determinísticas y variables que toman un determinado valor dentro de un rango de valores establecido por el azar; éstas son las Variables Aleatorias.

La biología se encuentra fundamentalmente constituida por variables aleatorias (presión arterial, glucemia, presencia o ausencia de enfermedad, etc.). Ésta es la razón por la cual en ciencias biológicas es necesario apelar a las Leyes del Azar.

Cuando una persona enferma recibe un medicamento y su cuadro clínico mejora surge la pregunta ¿las modificaciones observadas son por el medicamento o a pesar del medicamento?.

En el "a pesar del medicamento", se encuentra el hecho de la intervención del azar o "casualidad".

Entonces en ciencia es importante establecer en qué magnitud interviene el azar o casualidad en la producción de los hechos que se investigan.

Con una visión retrospectiva se observa que entre 1920 y 1930, Sir Ronald Fisher, con el objeto de valorar el nivel de incompatibilidad de los datos experimentales con una hipótesis, estableció el concepto de Hipótesis Nula, pudiéndose calcular el nivel de probabilidad (p) con el supuesto de ser verdadera la misma. Si el valor p es suficientemente bajo, se rechaza la Hipótesis Nula (5).

Por otro lado, Egon Pearson (hijo de Karl Pearson, quien describiera la Distribución Chi cuadrado y la Regresión Lineal) y Jerzy Neyman, a principios de la década de 1930, describen el modelo de tomar la Hipótesis Nula (la diferencia entre dos tratamientos es 0), tal como lo descripto por Fisher, y le agregan el concepto de Hipótesis Alternativa (la diferencia entre dos tratamientos, por ejemplo es diferente de 0) (5). Esta metodología fue pensada para la toma de decisiones en el sentido de "rechazar" una hipótesis y por lo tanto "aceptar" la otra.

Por su parte, Karl Popper (1902-1994), desde la Epistemología, funda el "Falsacionismo" o Principio de la Falsabilidad que consiste en contrastar una hipótesis e intentar refutarla por un ejemplo contrario (7).

Tratando de unir los conceptos anteriores, obtenemos que en la actualidad se piensa que debe ser sometida a "Falsación" la Hipótesis Nula (las modificaciones observadas son producto del azar, por ejemplo), y una vez "Falsada" tal Hipótesis Nula se asume que se posee suficiente evidencia para ello y por lo tanto se

acepta la Hipótesis Alternativa (las modificaciones observadas no son debidas al azar).

Epistemológicamente, la frontera entre Hipótesis Nula e Hipótesis Alternativa abarca un amplio espectro de posibilidades; no obstante, desde el punto de vista estadístico, se ha establecido por acuerdo, que el "punto de corte", es una probabilidad menor del 5% de ser cierta la Hipótesis Nula ($p < 5\% = p < 0,05$). Es decir que toda vez que con los resultados del estudio y utilizando la metodología estadística adecuada, se llegue a la conclusión que la probabilidad de certeza de la Hipótesis Nula (las modificaciones se deben al azar), es menor de 5%, se acepta la validez de la Hipótesis Alternativa (las modificaciones no se deben al azar y el investigador atribuye "a qué se deben").

Surge como razonable, que al no trabajar con "certezas", existe la probabilidad de no estar en lo cierto al hacer una afirmación sobre ambas Hipótesis (Nula o Alternativa), lo que se conoce como "Error aleatorio".

Supóngase que "la realidad verdadera" es que quien interviene en cierto hecho es el azar o bien que no es el azar quien interviene. Se hace un experimento y con los resultados, se puede arribar las siguientes conclusiones:

a) El cálculo estadístico arroja una $p > 0,05$ ($> 5\%$): en este caso se dan dos situaciones:

a.1) La "realidad verdadera" es que los hechos se deben al azar, en este caso hay acierto.

a.2) La "realidad verdadera" es que los hechos *no se deben al azar*, en este caso hay "error", pues con los resultados del estudio ($p > 0,05$), Falsamente se niega la intervención del "No azar". Esto se conoce como Error Beta o de Tipo II. En la práctica, es asumir que un tratamiento no es eficaz cuando en realidad lo es y el estudio "no alcanzó" a demostrarlo.

Este tipo de error también se conoce como Falso Negativo.

b) El cálculo estadístico arroja una $p < 0,05$ ($< 5\%$): en este caso se dan también dos situaciones:

b.1) La "realidad verdadera" es que los hechos *no se deben al azar*, en este caso hay acierto.

b.2) La "realidad verdadera" es que los hechos *se deben al azar*, en este caso hay "error", pues con los resultados del estudio ($p < 0,05$), Falsamente se niega la intervención del "Azar". Esto se conoce como Error Alfa o de Tipo I. En la práctica es asumir que un tratamiento es eficaz cuando no lo es.

Este tipo de error también se conoce como Falso Positivo.

Estas posibilidades se encuentran esquematizadas en la Tabla 1. La observación atenta de la Tabla 1 indica que se pueden cometer dos tipos de Error Aleatorio (Error Alfa y Error Beta), pero que representan cosas diferentes.

Estas diferencias cobran importancia cuando se

Tabla 1. Hipótesis y Error aleatorio**VERDAD**

De acuerdo a los resultados del estudio se acepta:	H0 (Azar)	H1 (No Azar)	Probabilidad de Acierto
H0 (Azar) Cierto ($p > 0,05$)	Acierto (I - Beta) Poder I - 0,20 = (80% = 0,80)	Error Beta; Tipo II Falso Negativo (20% = 0,20)	I
H1 (No Azar) Cierto ($p < 0,05$)	Error Alfa; Tipo I Falso Positivo ($< 5\% = < 0,05$)	Acierto	I

analiza que en investigación científica, siempre se parte de la postulación de una Hipótesis Positiva o Hipótesis Alterna (Alternativa a la Hipótesis Nula) y el Error Alfa es el error aleatorio que surge de la postulación de la Hipótesis Alternativa (es decir, afirmar H1, cuando no hay suficiente evidencia para ello).

De aquí surge el hecho que en investigación científica se desee cometer el mínimo error alfa posible (pues es el que deviene de la formulación de la hipótesis experimental). Este "mínimo error posible", es, cuantitativamente, el 5%.

Por ello cuando en un trabajo de investigación adecuadamente realizado se lee que se obtuvo un valor p menor de 0,05, el autor "nos está diciendo" que con esos resultados, la probabilidad de ser cierta la Hipótesis Nula es menor del 5%, es decir ha sido suficientemente "falsada"; por lo tanto, se asume que la correcta es la Hipótesis Alterna (no intervención del azar) y esto constituye "la evidencia" científica.

En la actualidad, más que la estimación "puntual" del valor de " p ", se prefiere la estimación "intervalar", es decir la estimación del Intervalo de Confianza de un estimador estadístico (proporción, media aritmética, riesgo relativo, etc.), ya que tal estimación implica extrapolación a la población, lo que sustenta la "validez externa" de un estudio (asumir que en la población, con un tanto % de probabilidad

se darán los mismos resultados que los obtenidos en la muestra).

Por lo visto hasta aquí, puede establecerse que para llevar adelante una investigación, es fundamental partir de una muy buena pregunta. Se debe aplicar el método científico, es decir básicamente plantear una hipótesis (Hipótesis Alterna) y luego someterla al contraste experimental, con el objeto de "falsar" la Hipótesis Nula (11). Para todo ello es necesario apelar a las llamadas "Ciencias Instrumentales" tales como la Bioestadística, la Demografía y la Epidemiología.

Desde luego que el investigador no debe ser un erudito en estas disciplinas, sino conocer los fundamentos y especialmente poseer la "inteligencia interpretativa". Ésta es la capacidad de interpretar los resultados, es decir "darle sentido biológico (médico) a los números". Esto adquiere enorme importancia en la actualidad, con el empleo de ordenadores y poderosos paquetes estadísticos, pues ellos hacen todos los cálculos y es aquí dónde aparecen dos puntos críticos: por un lado la calidad de los datos volcados y en segundo lugar, la interpretación clínica o biológica de los mismos.

Debe tenerse presente que no siempre la "significación estadística" ($p < 0,05$) indica "significación clínica". Por ejemplo, si se toma una muestra sufi-

cientemente grande de pacientes con hipertensión arterial y ocurre que antes del tratamiento tenían una tensión arterial sistólica (en promedio) de 157 mm. Hg. y luego del tratamiento, este valor descendió a 153 mm. Hg., la "p", puede "dar menor que 0,05", pero la pregunta es: ¿Una reducción de 4 mm. Hg. en promedio es clínicamente relevante?. He aquí la cuestión.

Por todo lo expuesto, es que se debe ser muy cauto cuando llega el momento de hablar de evidencia. Entendemos que se debe contextualizar y

también tener en cuenta que "ausencia de evidencia no es evidencia de ausencia" (2, 3, 10).

Finalmente, es de tener en cuenta que el investigador científico utiliza métodos que pueden ser "definitorios, clasificatorios, estadísticos, hipotético-deductivos, técnicas de medición, etc."

Por ello al hablar de método científico hablamos de una serie de "tácticas" que se emplean para "construir el conocimiento, sujetas al devenir histórico", pudiendo ser diferentes en el futuro (9) ■

Referencias bibliográficas

1. Alarcón Flores LA. Disponible en: <http://www.monografias.com>; Acceso 4.12.07.
2. Altman DG, Bland JM. Absence of evidence is not evidence of absence. *BMJ* 1995; 311: 485.
3. Argimon JM. La ausencia de significación estadística en un ensayo no significa equivalencia terapéutica. *Med Clin (Barc)*. 2002; 118: 701-3.
4. Bazerque PM, Tessler J. Métodos y Técnicas de la Investigación Clínica. Buenos Aires, Ed. Masson, 1982.
5. Benavides Rodríguez A, Silva Ayzaguer LC. Contra la sumisión estadística: un apunte sobre las pruebas de significación. *Metas (Cuba)* 2000; 27: 35-40.
6. Diccionario de Real Academia Española de la Lengua. 23a Edición. Madrid, Ed. Gredós, 2005.
7. <http://es.wikipedia>.
8. <http://etimologias.dechile.net>.
9. Klimovsky G. Las desventuras del conocimiento científico. Una introducción a la epistemología. Buenos Aires, A-Z editora, 1997.
10. Modesto i Alapont V. La ausencia de evidencia no constituye evidencia de la ausencia. *An Pediat (Barc)* 2007; 66 (3): 313-28.
11. Roma Millán J. Las ciencias instrumentales en la investigación biomédica. *Educ Med (Barcelona)*. 2004; 7 (Supl. 1).

el rescate y la men



De la Alienación a las Enfermedades Mentales en Alemania: Karl Kahlbaum, un pensamiento de cambio

Norberto Aldo Conti

Su vida

Karl Ludwig Kahlbaum nace el 28 de diciembre de 1828 en Dresden, Neumark, territorio alemán actualmente perteneciente a Polonia, estudia matemáticas, ciencias naturales y posteriormente medicina en Königsberg, Würzburg y Leipzig, obteniendo su doctorado en octubre de 1855 en Berlín. Al año siguiente comienza a trabajar como segundo médico del asilo Provinzial-Irrenanstalt Allenberg en Wehlau, dependiente del gobierno del distrito de Königsberg en Prusia Oriental; posteriormente es nombrado Privatdozent también en Königsberg, donde fue profesor de 1863 a 1866. Desde 1867 se aleja de la vida académica y pasa a trabajar en un sanatorio privado: el Reimer Sanatorium Psiquiátrico de Görlitz, Silesia, en el extremo oriental de Alemania, en donde llega a ser Director y también Consejero de Salud Regional. Allí fallece el 15 de abril de 1899.

Sus obras

Su concepción de la psiquiatría se encuentra expresada en los siguientes escritos:

1863: *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen*. Danzig, (Clasificación de las Enfermedades Psíquicas).

1874: *Die Katatonie. Eine neue, klinische Krankheitsform*. Berlin, A. Hirschwald, (La Catatonía o Locura de Tensión).



1878: *Die klinisch-diagnostischen Gesichtspunkte der Pathologie*. (Volkmanns) Sammlung klinischer Vorträge, Leipzig, Nro. 126 (Sobre los puntos de vista que se ofrecen para el diagnóstico clínico en la psicopatología).

1882: *Über zyklisches Irresein*. Der Irrenfreund, Paderborn; 10. (Locura Ciclotímica).

Su pensamiento

Su pensamiento recibe la impronta de grandes maestros de la generación anterior como Neumann, Spielman, Guislain y Griesinger pero, desde aquel basamento, intenta apropiarse de una nueva forma de pensar la semiología, la clínica y la clasificación de las formas de la locura que comienzan por esa época, simultáneamente en Francia y Alemania, a ser conceptualizadas como *enfermedades mentales* siguiendo los lineamientos conceptuales y metodológicos ya afianzados en la medicina general de la época. En este contexto se propone descubrir la evolución temporal, longitudinal, que pueden tener los procesos psíquicos anómalos y no centrarse en el corte sincrónico o estado actual que organizó la percepción de la clínica en la primera generación de alienistas. Pero el mérito de Kahlbaum estriba en haber podido intuir la necesidad del cambio de mirada sobre la clínica de la locura cuando aún no se disponía de un instrumental teórico adecuado para dicha navegación. Esta insuficiencia se observa en el esfuerzo que realiza para presentar el cambio metodológico que cree indispensable:

“Ahora se ha reconocido que es inútil buscar una anatomía de la melancolía y de la manía, etc., porque cada una de estas formas ocurre bajo las más variadas relaciones y combinaciones con otros estados, y son en tan poca medida expresiones de un proceso patológico interno como el complejo de síntomas denominado fiebre o el nombre colectivo hidropesía pueden, en ciertas enfermedades somáticas, ser considerados característicos de ellas o ser su sustrato particular ... por consiguiente decidí ... desarrollar la descripción de las enfermedades según el método clínico, utilizando si es posible todas las expresiones vitales de cada paciente en particular, con fines diagnósticos y para estimar el curso entero de la enfermedad. De este modo, agrupé los síntomas que eran más frecuentes y que coincidían a menudo, y mediante una clasificación puramente empírica obtuve grados de enfermedades que solamente en parte e indirectamente coincidían con la clasificación anterior ... el diagnóstico basado en él me hizo posible reconstruir el curso previo de la enfermedad a partir del estado actual del paciente; más aún, pude predecir el futuro desarrollo no solamente en el quoad vitam general y en el valetudinem, sino también en los detalles referentes a las diversas fases del cuadro sintomático, más aún, con una confiabilidad mayor que la que hubiese sido posible obtener

sobre la base de la anterior clasificación.”

(Kahlbaum, 1874)

Vemos aquí como están presentadas ciertas coordenadas básicas para el desarrollo del concepto de *entidades clínico evolutivas* que se impondrá en la psiquiatría de la segunda mitad del siglo XIX ; más adelante avanzará sobre algunas cuestiones centrales para la construcción de su objeto científico:

“... los fenómenos psíquicos deben ser primeramente examinados y compilados absolutamente sin ningún prejuicio, como lo son los fenómenos aislados en otras ciencias naturales, y solo cuando un material sustancial llegue a estar disponible al menos en una forma diferente y en abundancia mayor que hasta ahora, será posible intentar una substanciación causal o fisiológica y anatómica; solo entonces, cuando una cantidad de fenómenos aislados hayan sido sujetos a un análisis fundamental, podrá realizarse un intento de comparación abarcadora y de simplificación ... es necesario el trabajo original de los psiquiatras para que el material reunido sea elaborado científicamente ...”

(Kahlbaum, 1874)

Y, conciente como Codillac – al decir de Bercherie – de que *“la ciencia no es más que una lengua bien hecha”* afirma:

“... hay un mundo entero de detalles psíquicos los cuales, desde el punto de vista psicológico todavía son tierra desconocida y solo pueden ser descubiertos mediante una laboriosa investigación ... Aquí es necesario encontrar el camino en el laberinto de las manifestaciones, y no existen mejores medios para este fin que la denominación clínica, es decir, la nomenclatura ... una terminología más rica será aún más necesaria para permitir una investigación más completa.”

(Kahlbaum, 1874)

Hemos querido presentar estas reflexiones metodológicas de 1874 ya que corresponden a las madurez intelectual de Kahlbaum, cuando llevaba nueve años la publicación de su *Clasificación de las Enfermedades Mentales* obra en la cual, luego de una erudita síntesis de todos los intentos clasificatorios realizados en el campo de la locura desde 1625 hasta entonces, presenta su primera clasificación de conjunto de la locura a partir de los nuevos presupuestos metodológicos pero con una marcada influencia de sus maestros a la hora de organizar su nosografía:

“... Con la mayor claridad y coherencia ha manifestado Heinrich Neumann estas ideas ... habla de fases diferentes del desarrollo del proceso de la enfermedad. El ve en cada caso de trastorno anímico ... la misma especie, que se caracteriza porque a una desazón melancólica le sigue una fase de delusión

que, normalmente, está relacionada con una cierta actividad psíquica y agitación física (el furor) al que le sigue ... una fase de turbación cuyo pronóstico es más grave que el de la fase anterior y que después de un período más o menos largo da lugar, finalmente, a la fase de la demencia ...”

(Kahlbaum, 1863)

Se trata del concepto de monopsicosis o psicosis única que se presenta como un primer intento de introducir la mirada diacrónica en el conjunto de la clínica. La clara conciencia de la insuficiencia de este modelo la encontramos en el texto de 1874 en donde dice:

“...la observación... condujo a la teoría de que no existirían formas de enfermedad psíquica propiamente dichas, sino solo formas de estadio, y se clasificó a estas formas de estadio en primarias y secundarias según formaran parte de la fase de crecimiento del proceso mórbido o de su fase de decrecimiento. Se llamaba melancolía y manía a las formas primarias, y perturbación, confusión y estupidez a las formas secundarias. No es este el lugar para extendernos sobre la insuficiencia de esta concepción. Solo es importante dar cuenta de la concepción que se tenía habitualmente hasta ahora...”

(Kahlbaum, 1874)

Vemos aquí como, mientras en 1863 daba autoridad al modelo de Neumann, ya sus investigaciones de

1874 tenían una posición crítica para con otro de sus maestros: Griesinger, introductor del concepto de formas primarias o funcionales y secundarias o lesionales en el modelo de la monopsicosis.

La crítica al modelo de la monopsicosis no lo lleva abandonar este concepto sino a agregar otras posibles evoluciones de la locura en una suerte de dicotomización de la clínica según el trastorno afecte toda la conducta, con evolución cambiante en el tiempo y marcado deterioro terminal, a estos casos llamará Vesánias, o según el trastorno afecte parcialmente un aspecto de la conducta, sea estable en el tiempo y no presente deterioro en su evolución temporal, a estos casos llamará Vecordias.

Con esta dicotomía abre la posibilidad de pensar una pluralidad de formas clínicas independientes por fuera del modelo unitario anterior, apertura fundamental para el desarrollo maduro de las enfermedades mentales como se evidencia posteriormente en el pensamiento de Kraepelin.

El texto que aquí presentamos es una selección de fragmentos de su trabajo de 1878 *Sobre los puntos de vista que se ofrecen para el diagnóstico clínico en la psicopatología* el cual constituye una presentación de conjunto de las ideas nosográficas más arriba reseñadas en un lenguaje más accesible que en sus otros textos y también más acotado por tratarse de una conferencia ■

Referencias Bibliográficas

- Bercherie P. Les fondements de la clinique: histoire et structure du savoir psychiatrique. Seuil, Paris, 1980 [versión en castellano: Los fundamentos de la clínica, Manantial, Buenos Aires, 1982].
- Conti NA. Jean Pierre Falret. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. VII, N 25, 1996.
- Conti NA “Mente y Cerebro en la psiquiatría de Wilhem Griesinger”, en *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, N. 22, Marzo 2005.
- Conti NA “Trastorno Bipolar: desarrollo histórico y conceptual”, en *Trastornos Bipolares*, Akiskal, Cerkovich-Bakmas, García Boneto, Strejilevich y Vazquez (comp.), Ed. Panamericana, Bs. As., 2006.
- Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, 1era. Ed. alemana, Leipzig, 1845; 2da. Ed. alemana, Berlín, 1861 y 1era. Ed. francesa, París, 1865; 3era. Ed. alemana, Berlín, 1871 [Versión castellana de la 2da. Ed. alemana *Patología y terapéutica de las enfermedades mentales*, T. I y II. Polemos, Buenos Aires, 1997].
- Kahlbaum K. Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Eintheilung der Seelenstörungen. Verlag von AW Kafemann, Danzig, 1863 (Versión española *Clasificación de las enfermedades psíquicas*, Dor, Madrid, 1995).
- Kahlbaum K. Die Katatonie oder das Spannungssirresein, Berlín, 1874 (Versión española Kraepelin, Kahlbaum, Hecker, *La Locura Maníaco-Depresiva, La Catatonía, La Hebefrenia*, Ed. Polemos, Buenos Aires, 1996.)
- Lanteri Laura G. Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne. Fayard, Paris, 2000. (Versión en castellano, Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna, Triacastela, Madrid, 2000).
- Stagnaro JC. La catatonía, Presentación, en *La Locura Maníaco-Depresiva, La Catatonía, La Hebefrenia*, Ed. Polemos, Buenos Aires, 1996.

Sobre los puntos de vista que se ofrecen para el diagnóstico clínico en la psicopatología

Die Klinische-diagnostischen Gesichtspunkte der Psychopathologie (1878)

K. Kahlbaum (1828-1899)

Quien haya visto alguna vez un gran manicomio y tenido ocasión de fijarse con alguna atención en la manera de ser o de presentarse de los enfermos, y quien haya podido apreciar al mismo tiempo algunos de los detalles de las enfermedades respectivas en un cierto número de individuos, no podrá menos de salir sorprendido de la gran variedad de manifestaciones y de grados bajo que se presenta la locura ...

... Pero dentro de los límites de cada una de estas agrupaciones visibles exteriormente, son distintos a su vez los casos entre sí, lo mismo en su manera de presentarse al exterior, como también, y muy particularmente, tocante a los datos que obtendremos si averiguamos los detalles referentes a la manera de conducirse diariamente los enfermos y a la historia anterior de la enfermedad.

...Varias de las diferencias indicadas deben indudablemente referirse a circunstancias individuales y más o menos accidentales; y sucede, con efecto, que en ninguna rama de la patología es tan importante el dominio de la individualidad como en las enfermedades mentales, precisamente. Ahora bien; la investigación científica trató de referirse a un corto número de formas principales esta gran variedad con que se presentan bajo su aspecto exterior las enfermedades psíquicas; y es de advertir que dichas formas principales fueron ya, en parte, perfectamente distinguidas en la más antigua medicina de los griegos, si bien es cierto que, desde aquellos tiempos, se hicieron varias

veces diversas modificaciones en la manera de distinguirlas y de comprenderlas; pero, finalmente, han llegado a ser de una manera casi general.

Prescindiendo de algunas formas accesorias raras, he aquí los cuatro principales grupos admitidos:

1. Melancolía (humor sombrío, tristeza).
2. Manía (locura turbulenta, extraviación mental, delirio furioso).
3. Moria (trastorno mental, perturbación de ideas).
4. Demencia (también amencia, anoia, imbecilidad o estupidez).

Es cosa bastante fácil determinar el concepto o la idea de estos tipos o formas; así como tampoco ofrece en general grandes dificultades el diagnóstico de las mismas en los enfermos.

El *melancólico*, de conformidad con la significación popular que hoy día tiene esta palabra, ofrece un estado morbo en el cual revela el paciente la expresión de la tristeza, es dominado por sentimientos tristes, y piensa y obra bajo el influjo de los mismos. Bajo este último respecto, vemos que el individuo melancólico está unas veces tranquilamente ensimismado, como paralizado por la tristeza patológica y deprimido (*melancolía pasiva*); y observamos otras veces que a causa de su dolor interno, se hallan impulsados estos individuos a la desesperación y hasta al suicidio y a cometer toda clase de actos destructores (*melancolía activa*).

Por el contrario, el enfermo que padece de *manía* ofrece muchas veces el cuadro de una per-

sona muy alegre; está en continuo movimiento; afluyen en él rápidamente los pensamientos a la conciencia; y despertándose éstos los unos a los otros de un modo involuntario, se produce la *asociación de ideas* con una afluencia extraordinaria y remontándose la imaginación. Al mismo tiempo, se verifica con una suma facilidad una acción refleja sobre los músculos de la fonación, los enfermos no podrían callar ninguno de aquellos pensamientos que pasan por su conciencia; y se acumulan ante ésta con rapidez y abundancia (*precipitación de ideas*). El objeto o contenido de sus pensamientos ofrece en parte la expresión de un humor alegre y feliz, y revela en parte la exageración de la propia conciencia; pero indica la mayoría de las veces una gran variedad de las ideas y de la naturaleza de las mismas. Los movimientos musculares se verifican con facilidad extraordinaria; el enfermo desarrolla una fuerza extraordinaria que burla a toda clase de fatiga y cansancio. En casi todo lo que emprende y hace el maniático, se reconoce una cierta originalidad y fecundidad excesiva.

El individuo afecto de *moria* ofrece muchas veces también algunos rasgos propios del cuadro de la manía, y especialmente, la exageración de la propia conciencia; pero en segundo lugar, suele dar a conocer una gran monotonía en sus ideas (*ideas fijas*); mas también puede presentar una alteración del ánimo o del carácter análoga a la que es propia de la melancolía; mientras que, en otros casos, ofrece mas bien un humor indiferente, hallándose caracterizadas sus ideas por ofrecer una cierta variación, y manifestándose como anormales o patológicas ya por no corresponder a aquello que debieran significar o indicar, y ya por no reinar entre ellas conexión y por presentarse de un modo confuso (*perturbación general*). La actividad individual que se manifiesta al exterior no se halla alterada de un modo característico particular, a no ser en que lo está muchas veces con respecto al momento y a la conveniencia; o bien sucede que más bien corresponde al estado del ánimo o del humor del momento o al contenido u objeto de las ideas.

Finalmente, el cuadro de la *demencia* puede caracterizarse diciendo que se manifiesta en él una debilidad de todas las funciones psíquicas. El enfermo piensa poco o nada absolutamente (*pobreza y falta de la actividad del pensamiento*), tiene muy poca memoria, ofrece un humor o ánimo indiferente; es frío en su vida afectiva (*apatía*); tiene como paralizada la imaginación; su razón está como vacía, y presenta apagado el impulso motor. En este estado, realiza el enfermo una vida casi únicamente vegetativa...

...Así también es fácilmente accesible a las inteligencias vulgares la distinción de aquellos cuatro tipos principales bajo los que se manifiesta la

locura. Mas si se quiere establecer con mayor precisión el concepto patológico de los mismos, surgen entonces no pequeñas dificultades en razón de que al querer comprender solamente en cuatro grupos las formas extraordinariamente variadas de la locura, tiene que ser muy insegura la idea empírica trazada. Lo que sí es característico para estas cuatro formas es la circunstancia de que constituyen alteraciones de toda la vida anímica o de las funciones psíquicas en sus tres categorías principales. Como es sabido, se distinguen tres *categorías principales* de las funciones psíquicas, a saber el sentir, el entender y el querer, las cuales, hablando en el lenguaje de la psico-fisiología, se designan y caracterizan respectivamente con los nombres de actividad anímica, centrípeta, intracentral y centrífuga.

...Pero lo que merece la mayor importancia es el hecho de que en la gran mayoría de los casos, después de algún tiempo, es reemplazada una forma por otra, de modo que parece como si fuese el enfermo atacado sucesiva e inmediatamente de distintas enfermedades. Y especialmente es un hecho muy notable por su frecuencia y sumamente importante bajo el punto de vista patogenético la circunstancia de que en la gran mayoría de los casos comienza la enfermedad con la melancolía y pasa en lo sucesivo a la manía. La melancolía incipiente (*melancolía inicial*) caracterizada por la tristeza de ánimo, se ha considerado como una hiperestesia psíquica, esto es, como una hiperenergía de la actividad anímica centrípeta, que trae también después por consecuencia una hiperenergía de las principales funciones anímicas restantes, esto es, de las intracraneales (actividad del pensar) y de las centrífugas (actividad volitiva instintiva y de acción); de modo que la afección que parte en un principio como de un sitio localmente limitado, por decirlo así, y se extiende después sobre todo el dominio de las facultades anímicas.

También es un fenómeno muy interesante la circunstancia de que después tampoco es continua la manía, sino que al cabo de una duración más o menos larga vuelve a ceder en muchos casos la hiperenergía total, y que muchas veces resta tan sólo una hiperenergía especial de las funciones intracraneales (ideas fijas sin sistema) pero reduciéndose las demás a un cierto grado medio. Este estado que se une inmediatamente a la manía es aquel que se designa con el nombre de perturbación mental (*moria*). Finalmente, cesa también poco a poco este estado y deja su lugar a una debilidad general de toda la vida anímica, y en la cual permanece el enfermo hasta el fin de sus días.

Así pues, resulta de lo dicho que la evolución morbosa recorre en cierto modo cuatro fases; pero estas fases ofrecen una cierta conexión orgánica o patogenética. La hiperenergía de la actividad anímica centrípeta se convierte en una hiperenergía

psíquica general, la cual llega a los grados más intensos en el curso de esta segunda fase, se hace después más débil poco a poco, en parte por lo que toca a su extensión, y en parte respecto de su intensidad, y finalmente, desciende en la cuarta fase hasta llegar a convertirse en una *aenergia* de todas las funciones psíquicas. La enfermedad ofrece por consiguiente dos períodos principales en su curso, a saber: uno ascendente y otro descendente. En virtud de esta serie sucesiva, sistemática en cierto modo, y fácil de conocer, se ha comparado con el curso de las enfermedades febriles el curso de las enfermedades mentales, equiparando la melancolía al *stadium incrementi o evolucionis*, la manía al período de apogeo (*stadium acmes*), la perturbación mental (*moria*) al *stadium decrementi*, y la demencia, llamada ahora *demencia terminal* se la considera como dependiente de haber venido a quedar estacionado el defecto producido por la enfermedad (*stadium defectus*).

En vista de lo expuesto, no puede, pues, caber la menor duda de que en las llamadas formas de las enfermedades psíquicas, según son conocidas desde la antigüedad, y según suelen distinguirse aun hoy en día, no debemos considerar formas de diversas especies de enfermedades mentales, sino las formas de los diversos períodos de las mismas, o mejor todavía las formas de diferentes conjuntos sintomáticos, cuyas formas pueden aceptar aquellas enfermedades en distintos períodos de su curso. Bajo este respecto, pueden compararse a aquellos conjuntos de síntomas somáticos que fueron también en otro tiempo indicados muchas veces como diversas especies morbosas, como la fiebre, la hidropesía, la ictericia, la caquexia y otras varias, pero las cuales son también consideradas por la patología moderna como conjuntos sintomáticos tan solo, y cada uno de los cuales puede presentarse en enfermedades esencialmente distintas.

Ahora bien, como un principio fundamental de la psico-patología clínica moderna, debe considerarse el siguiente: las llamadas formas de las enfermedades psíquicas no vienen a ser las formas de diferentes especies morbosas, sino formas de conjuntos sintomáticos o estados psíquicos generales: por consiguiente *no* determinan de por sí, diagnóstico alguno.

...Pero en cambio, en lugar del diagnóstico, adquiere el *pronóstico* una gran importancia. Con efecto, es un hecho demostrado con suma frecuencia que la inmensa mayoría de las curaciones tienen lugar en el período de la melancolía y en el de la manía; mientras que son muy raros los casos de curaciones referentes a enfermos que han pasado ya del período de la manía (en el período de perturbación), y en el último período, en el de demencia nunca pudo ya obtenerse la curación. A esta importante diferencia que existe entre la melancolía y la manía, de una parte, y la perturba-

ción y la demencia, de otra parte, se le ha querido dar una expresión científica, designando con el nombre de *primarios* aquellos primeros períodos, y los últimos con el de *secundarios*.

Ahora bien, el interés clínico y práctico hace que se ofrezca inmediatamente la cuestión de si corresponde un caso terminado a un período secundario o a uno primario, o también, según vuelve a decirse, faltando a la consecuencia, si aquel caso concreto es una forma secundaria o primaria. No siempre es fácil resolver esta cuestión, porque en el período de la perturbación todavía se presentan muchas veces residuos de la excitación maniática o hasta síntomas melancólicos intercurrentes.

...no siempre se halla encadenada de un modo tan sencillo la sucesión de los períodos, pues es, con efecto, a veces completamente distinta. Así, por ejemplo, algunas veces se presenta ya inmediatamente y desde luego la enfermedad mental bajo la forma de manía (*manía aguda*), y pasa más tarde a la melancolía, después de lo cual se opera la curación; o bien se presenta después de la manía un estado de salud mental de corta duración, y sigue luego la melancolía, la cual pasa a su vez a la manía y a la melancolía (*locura circular*). O también puede suceder que hasta se manifieste repentinamente una gran estupidez o imbecilidad en un individuo completamente sano hasta entonces (*dementia acuta*), y que pase ésta a la manía, después al trastorno mental, y nuevamente por último a la estupidez o demencia. En algunas ocasiones, se produce este cambio de formas en espacios de tiempo muy reducidos, y hasta variando de día en día. De este modo, pueden observarse aún otras diferencias y combinaciones si se dirige a ello la atención; pero en la inmensa mayoría de los casos, tiene lugar la evolución sucesiva anteriormente indicada; y por tanto, se la designa también con el nombre de *curso típico* de las enfermedades mentales.

Bajo el punto de vista práctico especialmente, también ofrece el mayor interés la circunstancia de que la mucha menor esperanza que ofrece el período tercero o posmaniático en comparación con los períodos primero y segundo no se hace extensiva a todos los casos de enfermedades mentales que varían típicamente. Llegado este punto, se ofrece sin duda un justo motivo para considerar nuevamente si hay o no verdaderamente razón para reducir a una sola especie todas las enfermedades mentales; pues, según hemos indicado anteriormente con toda extensión, no es, con efecto, exacto el hecho del que se dedujo aquel principio, éste es, el hecho de que todas las enfermedades mentales recorran los mismos períodos. Y como también se dijo ya, hasta puede haber casos en que se manifiesten primeramente aquellos estados llamados secundarios, y en los cuales sean prima-

rios, de consiguiente. Sobre todo, es preciso hacer notar que hay muchas enfermedades psíquicas, en las que no se produce dicho cambio en general en modo alguno, y en las que, a pesar de la larga duración de la enfermedad, permanece constantemente igual el cuadro morboso esencial de la misma. Y es de advertir a este propósito que son dos especialmente los casos que se manifiestan con muchísima frecuencia de un modo exactamente constante e invariable, y es a saber: en primer lugar las enfermedades que aparecen bajo la forma de melancolía, y en segundo lugar las que aparecen bajo la forma de *moria* (trastorno mental). Hay individuos melancólicos que enferman de la melancolía en su juventud, llegan a alcanzar una vejez avanzada; y aún en esta edad, no ofrecen todavía más que el cuadro de la melancolía en lo esencial; y en ellos se observa, por consiguiente que, a pesar de la larga duración de la enfermedad, no ha pasado la melancolía a la manía. Además, existen individuos afectos al trastorno mental, que, desde el primer comienzo de su enfermedad, nunca presentaron ni la melancolía ni la manía, sino que enfermaron ya desde un principio de una alteración de las ideas y de la actividad del pensar, según es característica del trastorno mental, y los cuales constituyeron ya desde un principio individuos afectos de trastorno mental, sin que llegasen a ofrecer ningún otro cuadro morboso a pesar de la larga duración de la enfermedad. Estos últimos casos se han designado con el nombre de perturbación mental *primaria u originaria*, distinguiéndolos de aquellos otros casos en los cuales se manifiesta dicha perturbación con carácter secundario. Y de la misma manera, aquellos casos en los cuales no constituye la melancolía un simple período inicial o un cuadro morboso intercurrente o transitorio deben distinguirse de aquellos otros casos en que constituye únicamente un período inicial o pasajero.

Así pues, dentro de las cuatro principales formas de períodos, existe una correspondiente a las llamadas primarias y otra a las secundarias, que se observan con carácter estable. Pero otra cosa muy distinta sucede con la manía. Ésta no se ha observado todavía con carácter primario, y de un modo permanente o estable al mismo tiempo, cuando no ha sido muy corta su duración. La manía, o bien se produce de otras formas, o bien, a no ser que sea de muy corta duración, alterna con otros estados o con intervalos lúcidos (*lucida intervalla*), y pasa finalmente a la demencia.

Ahora bien, si comparamos entre sí aquellos dos casos que pueden presentarse por sí propios bajo una forma constante o permanente, esto es, la melancolía y el trastorno mental, en oposición a la manía, la cual puede ser considerada como representante de los casos de curso variable, es entonces muy fácil de comprender que en la melancolía

constante o definitiva y en el trastorno mental originario, no se halla encerrado todo el dominio de la vida anímica, sino tan solo una parte de la misma, y que al propio tiempo se manifiestan muchísimos fenómenos anímicos completamente normales. Esta parte afecta y anormalmente alterada, es una parte perfectamente bien determinada en cada una de estas dos formas: en la melancolía es la esfera del sentimiento o la actividad anímica centrípeta lo que funciona con carácter morboso, puesto que se halla dominada dicha esfera o actividad por un colorido triste del ánimo o del humor; y en el trastorno mental, es la inteligencia o la actividad anímica intracentral lo que se halla bajo el dominio de una combinación determinada de ideas. En la melancolía constante o permanente, todos los otros síntomas psíquicos pueden ser derivados de este síntoma cardinal de la alteración patológica del humor o del ánimo; y en el trastorno mental de carácter primitivo u originario constituye la alteración patológica de las ideas el punto de partida etiológico para todos los otros fenómenos anímicos morbosos; y mientras que la vida o actividad anímica no se relaciona con éstos, se manifiesta con carácter normal o en estado de salud.

Por consiguiente, estas dos formas con sus síntomas se hallan limitadas primitivamente a un cierto grupo de fenómenos psíquicos, y constituyen alteraciones incompletas y especiales, o sea alteraciones parciales de la vida anímica, si bien tienen éstos un carácter difuso, una cierta amplitud de extensión, y no se hallan limitadas a un solo elemento psíquico. A diferencia de lo que sucede en estos casos en que es constante la amplitud o la extensión de la alteración anímica, en la manía, como representante de los casos de curso variable, se manifiesta afecto o alterado con carácter primario todo el dominio de la vida anímica de tal manera que, o bien no puede derivarse de otro en modo alguno un síntoma concreto y aislado, o bien en cada grupo principal de síntomas puede admitirse el punto de partida para los restantes. Así, por ejemplo, si consideramos un individuo maniático, lo primero que nos llama la atención es la gran agitación de los ojos, baila, corre, o gesticula con los brazos, y al mismo tiempo canta también muchas veces, o declama o se entretiene en cualquiera otra ocupación activa. Si lo observamos en su manera de hablar, veremos en él un gran cambio de ideas, de donde resalta muchas veces con toda claridad que se halla aumentada o exagerada la conciencia de sí propio. En la manera de conducirse estos individuos, y en tanto que es ésta la expresión del estado de su ánimo, se manifiestan alegres la mayoría de las veces, se ríen, o brilla en su rostro la felicidad y la alegría, pero a veces se presenta repentinamente una tristeza grande, y es determinada quizá por la cosa más insigni-

ficante como, por ejemplo, por habérseles roto en las manos un pedacito de madera, que creían que era un cetro. Pero muy pronto vuelve otra vez a presentarse aquella feliz situación del ánimo: se le vienen a la boca las palabras, las frases se dicen muchas veces tan solo a medias, y una palabra da el impulso para que se despierte un pensamiento que era completamente remoto al momento presente, etc. Uno de estos enfermos no llega a cansarse aun cuando esté en movimiento día y noche; y en las acciones ejecutadas en medio de su delirio furioso, desarrolla una fuerza como no se podría esperar de un individuo sano. Preguntemos ahora: ¿donde está aquí el punto de partida de los fenómenos encadenados entre sí? A esta pregunta debemos contestar que aquella situación alegre en la esfera del sentimiento, y con ella la exageración o el aumento de la conciencia de sí propio, pudiera igualmente derivarse de la actividad incansable con que actúan todos los músculos y de la marcha rápida del pensamiento, como hacer derivar, por el contrario, la exageración de la conciencia de sí propio y el deseo de ejecutar movimientos y de estar en actividad, de la situación alegre del ánimo o del humor. De todos modos, la vida anímica se presenta patológicamente alterada en todos los rasgos esenciales de sus funciones, y en cada categoría principal sintomática, puede hallarse el punto de partida de las demás categorías funcionales. Todo el dominio de la vida anímica ofrece variadas alteraciones de carácter primario; mientras que en las dos formas anteriores, solamente es una categoría la que se altera con carácter primario.

Con lo dicho, hemos dejado reconocido un segundo hecho clínico muy importante, y es a saber: que las enfermedades mentales de curso variable son *alteraciones anímicas extensas (complejas)* o relativamente *totales*; con tendencia a pasar finalmente a la imbecilidad; mientras que aquellas formas caracterizadas anteriormente con detalle, de curso constante, deben considerarse como *alteraciones anímicas especiales* o relativamente *parciales*, y que no ofrecen tendencia a producir la degeneración intelectual.

El hecho establecido en vista de lo expuesto, ésto es, la existencia de dos grupos clínicos diferentes de especies morbosas, según la extensión de la alteración, el curso y la terminación final de la misma nos obliga a la exigencia científica de señalarle una terminología para prevenir una mala inteligencia. Los casos de melancolía estable o definitiva deben distinguirse de la manifestación o producción de los otros estados melancólicos como melancolía inicial y transitoria. En aquellos casos de melancolía permanente, determina la melancolía todo el carácter de la enfermedad; y en estos últimos casos, determina tan solo un período pasajero. Para designar el período, o el estado psíquico, es lo

mejor emplear la palabra melancolía; mas para los casos de melancolía constante, en los cuales pueden derivarse todos los fenómenos morbosos de las alteraciones en la esfera del sentimiento, es lo mejor introducir la palabra *distimia*. Con respecto a la otra forma de enfermedad mental parcial, debe recomendarse el uso de la expresión de trastorno mental (*paranoia*) para designar la forma originaria o primitiva y constante; y por el contrario, el uso de la expresión perturbación o confusión mental (*perturbación*) debe recomendarse para designar la forma secundaria, que es tan solo un período. Por consiguiente, el trastorno mental (*paranoia*) y la *distimia*, son *especies morbosas*; y consisten en alteraciones anímicas parciales; pero la perturbación o confusión mental y la melancolía, que ofrecen temporalmente un carácter sintomático, igual en apariencia a aquellas, son tan solo *estados de enfermedades* o *formas de estados...*

...Para dejar mejor y establecido el concepto de ambos grupos, debemos añadir las consideraciones que a continuación se exponen.

A. Neurosis anímicas especiales o parciales.

Las dos especies citadas de alteraciones anímicas parciales constituyen o representan cada una enfermedades especiales de cada una de las dos categorías funcionales psíquicas a que respectivamente corresponden: la *distimia* corresponde a la enfermedad o alteración especial de las funciones centrípetas y la *paranoia* (trastorno mental), corresponde a una enfermedad especial de las funciones intracraneales ...

B. Alteraciones anímicas variables, extensas o totales.

Las alteraciones anímicas que siguiendo un curso variable atraviesan por diferentes períodos, llegan a adquirir tal extensión o amplitud de la alienación psíquica en el período de la manía, que se las debe designar como alteraciones anímicas extensas (complejas) o como alteraciones anímicas relativamente totales, en oposición a aquellas enfermedades aisladas o especiales. Según la mayor o menor intensidad de la enfermedad, puede ser de mayor o menor duración el período melancólico, o hasta llegar a fallar completamente; y en este último caso, se presenta la enfermedad inmediata bajo la forma de manía. La mayoría de las veces, dura largo tiempo como tal, y es lo que reclama la atención de un modo preferente. El carácter culminante de este estado se halla constituido por fenómenos primarios de excitación en todas las esferas de la vida anímica. En este caso, es de notar una variedad particular en la participación que toman los fenómenos de excitación en las funciones centrífugas, las cuales ofrecen alteraciones

tan insignificantes en las enfermedades parciales. El trastorno que se produce en la manera de obrar el individuo, y que en particular se manifiesta muchas veces bajo la forma de una actividad violenta y destructora (impulsos destructores), y en general bajo la forma de un impulso de movimientos y de ocupación constantes, constituye un abundante origen de continuas molestias para las personas que rodean los enfermos, y constituyen igualmente un objeto tan importante como penoso para la observación y para el tratamiento. Además de estos síntomas centrífugos, y que mas bien se dan a conocer por su carácter psíquico, avanza todavía más hacia la periferia la alteración en dirección centrífuga, constituyendo fenómenos concomitantes de estos casos, y característicos y esenciales, síntomas motores variados, que son, de una parte, síntomas paralíticos, y de otra, síntomas espasmódicos, que se presentan bajo una forma particular y caminando progresivamente.

Poco a poco, van cediendo algunos síntomas aislados de excitación, como sucede especialmente con los correspondientes a la esfera centrífuga y de carácter u objeto psíquico (el impulso excesivo de actividad y de movimiento); se manifiesta más reposo exterior, mientras que en la esfera de las funciones intracentales adquieren dominio y preponderancia ligeros fenómenos de excitación; y con esto, nos hallamos ya en el período de perturbación o de la confusión mental. Finalmente; desaparecen también estos fenómenos de excitación de las funciones psíquicas intracentales; y los fenómenos de la debilidad que se producen en todas las esferas de la vida anímica indican el carácter fácilmente reconocible de este estado, que constituye la fase terminal de toda la evolución patológica: demencia terminal, estupidez final.

Ahora bien; estos casos permiten reconocer una triple diferencia. Con efecto; o bien sucede que no se observa en ellos absolutamente nada de los fenómenos característicos del sistema nervioso periférico y centrífugo (motor); y constituyen entonces simplemente dichos casos el curso típico de la locura compleja: *locura total típica (versania typica)*. O bien se manifiestan fenómenos como de parálisis (paréticos) y verdaderamente paralíticos en diversas esferas como fenómenos concomitantes característicos de los síntomas psíquicos, constituyendo en este caso la *locura total paralítica (parálisis general de los locos)*. O también puede suceder como una tercera posibilidad que los fenómenos concomitantes se hallen constituidos por estados espasmódicos variados mas o menos complejos; y así resulta la *locura atónica total (catatonía)*. En el curso de estas especies de locura total se presenta a veces una modificación que consiste en que la manía, o el período de apogeo, esta muy poco o nada caracterizado, y pasa después inmediatamente

al de la perturbación el período de la melancolía. Lo que ofrece una importancia completamente especial es una modificación que se presenta especialmente en la vesania típica, en la cual, después de haber verificado su evolución la melancolía y la manía, sigue un período de salud aparente, y vuelven a manifestarse después otra vez la melancolía y la manía, las cuales pasan finalmente a la perturbación y a la estupidez final, ya inmediatamente, o ya después de repetirse nuevamente, reapareciendo otra vez un período intermedio de salud intelectual (Locura total típica reduplicada o, como generalmente se llama, *locura circulatoria*)...

Si recapitulamos ahora los puntos de vista adquiridos en vista de lo dicho, llegaremos a obtener los principios siguientes:

1. Las enfermedades mentales ofrecen muchas veces un curso variable; y las diferentes formas que llegan a observarse en esta variación no consisten en formas de especies de enfermedades psíquicas, sino que representan tan solo denominaciones de conjuntos sintomáticos psíquicos, o estados generales psíquicos.

De entre estos estados generales, hay cuatro especialmente que se presentan con frecuencia y que se hallan bien caracterizados; y es a saber:

- a. Melancolía.
- b. Manía (locura turbulenta).
- c. Perturbación (confusión).
- d. Demencia (imbecilidad).

2. También existen casos morbosos de curso constante y de carácter sintomático permanente e igual; y es de advertir que en estas enfermedades continuas es la anomalía psíquica de menor extensión que en los casos de curso variable. Al mismo tiempo, las psicopatías de curso variable se distinguen porque ofrecen tendencia a pasar finalmente al estado de imbecilidad mientras que los casos de curso continuo no pasan a la imbecilidad.

3. Esta diferencia, concordante respecto de la extensión, curso y terminación, funda la distinción en diferentes especies morbosas o grupos de especies patológicas:

I. Enfermedades de las funciones psíquicas especiales (*psicosis parciales o especiales*).

1. Enfermedad producida en la esfera de las funciones psíquicas centrípetas (del sentimiento) *distimia*.

2. Enfermedad producida en la esfera de las funciones psíquicas intracraneales (del pensamiento) *paranoia*.

II. Enfermedad de *todo* el sistema de las fun-

ciones psíquicas (*psicosis totales o complejas*).

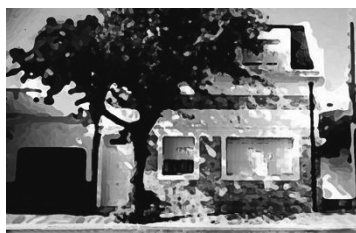
1. Locura típica total (*versania típica*).
2. Locura total paralítica (*paralysis generalis vesanorum*).

Locura tónica o espasmódica (*catatonía*).

Los dos grupos de las psicosis complejas y especiales constituyen reunidas las *psicopatías primarias o idiogénicas* ■



**Centro
Psicopatológico
Aranguren**



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

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

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

lecturas y señales

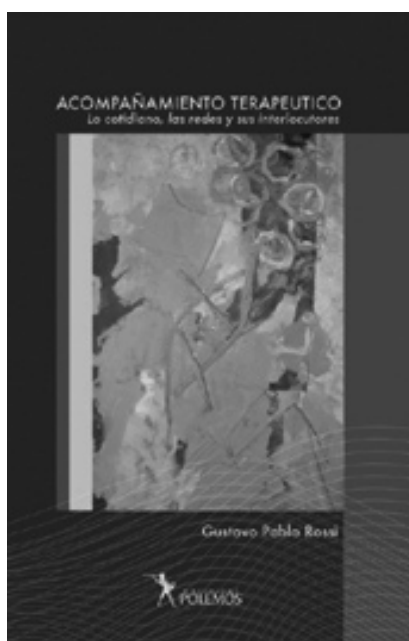


LECTURAS

Gustavo Rossi
Acompañamiento
terapéutico

*Lo cotidiano, las redes
y sus interlocutores*

Primera edición, Buenos Aires,
Editorial Polemos 2007



Gustavo Rossi nos invita a conocer, en caso de ser noveles, o a repensar la tarea del acompañamiento terapéutico (AT) en los más experimentados. Nos introduce a la cuestión delimitando explícitamente las necesidades de su disciplina, en la cual viene trabajando ya hace tiempo, que son:

1. La conformación de una capa profesional.
2. La conceptualización de la práctica.
3. La docencia y la capacitación.
4. Publicaciones y órganos de difusión de la temática.
5. Marco legal para la disciplina.
6. Con todos estos pasos constituidos acceder a un reconocimiento pleno.

En este marco, su libro es parte de una estrategia política con respecto a la disciplina. Y bien que hace.

Es decir, la de desarrollar un corpus teórico que de cuenta de la práctica. Su erudición está siempre en su libro, en función de encontrar claves para el andamiaje teórico del AT.

Gustavo Rossi realiza a lo largo del libro una tarea meticulosa para demostrar las pertinencias e incumbencias de la labor del AT. Sin

solapamientos ni superposiciones. Maniobra necesaria para despejar el campo, evitar las confusiones y los celos profesionales. Dialoga con las enseñanzas de Freud y Lacan y contextualiza la actividad del acompañamiento terapéutico en el marco de esas enseñanzas, pero nos indica las diferencias en cuanto un AT, no es un analista. Son colegas con los que dialoga, con un corpus teórico similar, pero que hacen cosas diferentes. Hace varias distinciones sobre las diferencias, en virtud de posibles malos entendidos.

Es claro que se dirige a distintos interlocutores a lo largo de su obra, como los psicoanalistas, los psiquiatras, los propios AT y el resto del equipo interdisciplinario; pero también incorpora a los pagadores en S Mental desarrollando un tema importantísimo, que es la viabilidad económica de los AT desde una perspectiva de efectividad (costo beneficio).

Muestra de la incorporación de estos interlocutores, son los valiosos aportes que realizan Delgado, Matusevich, Ruiz y Vairo en distintos capítulos. Nos permiten observar distintas maneras de conceptualizar, tanto desde el punto de vista de disciplinas afines, como la de la utilidad en distintos dispositivos. Así habrá capítulos que muestran la labor del AT en los tratamientos ambulatorios, de internación, con

niños, viejos, en el hospital, en el geriátrico.

Recorre el contexto histórico de la aparición del acompañamiento terapéutico, en la perspectiva de dar significación a partir de allí a la práctica actual. También plantea la delimitación de sus funciones, su lugar en el equipo terapéutico, las indicaciones y los distintos dispositivos de atención. La función del AT se irá precisando en relación a una estrategia determinada de tratamiento y a la singularidad del caso. Nos invita a precisar los no y los ni de ser AT. Ni psicoterapeuta, ni analista, ni asistente ni Trabajador Social. Ni educadora especial, ni maestra recuperadora. Ni enfermero psiquiátrico, ni. Ni vigilante, custodio o guardia privado. Ni secretario. Ni amigo, ni familiar. O tal vez un semblante de...

Para qué un AT? En función del paciente y/o la flia; de los momentos del tratamiento, como condi-

ción para que se inicie un tratamiento, o para que se sostenga el mismo en un momento de crisis; o para movilizar y ayudar a destrabar el trabajo terapéutico. Estas y más opciones se van desplegando en esta obra, que nos invitan a pensar y a discutir las particularidades del AT. Los cambios actuales en los hábitos asistenciales (con mayor gravedad de los pacientes y con la crisis de los sistemas de atención) han propiciado nuevas maneras de atención en la clínica. Antes los terapeutas veían a los pacientes 3 a 5 veces por semana inclusive los de menos gravedad; hoy tenemos dispositivos menos intensivos, que requieren de modelos de contención y trabajo por fuera de las sesiones. La intimidad en el hogar, como las características de los vínculos de la familia son espacios que son ocupados por las intervenciones de los AT

Rossi ira recorriendo metódica-

mente la distintos momentos de la labor de un AT. Lo construye desde la clínica, con claros ejemplos, pero para dotar las intervenciones de consistencia teórica.

Esta obra permite, como corolario de la extensa y meritoria tarea en el campo de los AT que hace Gustavo Rossi, la enseñanza y la oportunidad a jóvenes profesionales que vivencien la clínica, en su vertiente más real y dramática: la de los pacientes graves. Es con este tipo de pacientes donde el fundamentalismo de cualquier vertiente simplifica o directamente impide una práctica posible. Es ahí en lo cotidiano: aquello que sucede las 24 hs del día. Aquello que está más acá y más allá de lo terapéutico donde se juega el trabajo de los AT ■

Martín Nemirovsky
Junio 2008



SIRR

Sistema
Integrado de
Rehabilitación y
Reinserción

Un sistema organizado por módulos de complejidad creciente, para el tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, reinserción social y laboral de pacientes con trastornos mentales.

El sistema integra dispositivos en las diversas actividades moduladas:

- Residencia
- Rehabilitación clínica
- Reinserción y capacitación laboral
- Enclaves laborales
- Micro emprendimientos
- Empresa social

Av. Juan de Garay 1450 C1153ABY, Buenos Aires, Argentina. Tel: 4305-2272

Pág web: www.sirrsa.com.ar

Email info@sirrsa.com.ar

TRAZOS

EQUIPO DE ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

Coordinadora: *Lic. Marité Romero*

JORNADA ANUAL: TRANSMITIENDO NUESTRA EXPERIENCIA

18 DE OCTUBRE DE 2008 - 9.00 A 15.00 Hs.

ALIANZA FRANCESA - CENTRO FORTABAT: BILLINGHURST 1926

CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Modalidad: Mesas de presentación de casos del equipo Trazos
Expositores invitados

Participarán:

Dr. Arturo V. Frydman

Dr. Julio Moizeszowicz

Dr. Juan Dobón

Informes: Lunes a Viernes de 09.00 a 17.00 Hs.
en el (011) 4958-1244

Inscripción previa por e-mail: trazosat@fibertel.com.ar

Vacantes limitadas - actividad no arancelada - se entregarán certificados