



VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

41



GÉNERO Y PSIQUIATRÍA

*Conti / Horigian / Jaramillo Salazar
Míguez / Matusevich / Palacio Urteaga
Ramírez Restrepo / Wintrebert*

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

Volumen XI – N° 41 Setiembre – Octubre – Noviembre 2000

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

Comité Científico

F. Alvarez (Bs. As.), V. Barembliit (Barcelona), I. Berenstein (Bs. As.), S. Bermann (Córdoba), P. Berner (Viena), J. Bergeret (Lyon), F. Caroli (París), M. Cetcovich Bakmas (Bs. As.), B. Dubrovsky (Montreal), R. H. Etchegoyen (Bs. As.), N. Feldman (Rosario), J. Forbes (San Pablo), O. Gershanik (Bs. As.), A. Heerlein (Sgo. de Chile), M. Hernández (Lima), O. Kernberg (Nueva York), G. Lanteri-Laura (París), F. Lolas Stepke, (Sgo. de Chile), H. Lóo (París), J. Mari (S. Pablo), M. A. Matterazzi (Bs. As.), J. Mendlewicz (Bruselas), A. Monchablon Espinoza (Bs. As.), R. Montenegro (Bs. As.), A. Mossotti (Santa Fe), J. Nazar (Mendoza), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), E. Probst, (Montevideo), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), D. J. Rapela (Córdoba), L. Ricón (Bs. As.), S. Resnik (París), E. Rodríguez Echandía (Mendoza), S. L. Rojtenberg (Bs. As.), F. Rotelli (Trieste), L. Salvarezza (Bs. As.), B. Samuel-Lajeunesse (París), C. Solomonoff (Rosario), T. Tremine (París), I. Vegh (Bs. As.), H. Vezzetti (Bs. As.), E. Zarifian (Caen), L. M. Zieher (Bs. As.), P. Zöpke (Rosario).

Comité Editorial

Norberto A. Conti, Pablo Gabay, Anibal Goldchluk, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Daniel Matusevich, Martin Nemirovsky, Fabián Triskier, Silvia Wikinski.

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: N. Conti (Hosp. J. T. Borda); R. Epstein (AP de BA); S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); A. Mantero (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); P. Gabay (Hosp. Santojanni y Ramos Mejía); J. Faccioli (Hosp. Italiano y Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); E. Matta (Bahía Blanca); L. Milano (Hosp. J. Fernández); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); L. Millas (Hosp. Rivadavia); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Wahlberg (Hosp. Español); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); N. Koldobsky (La Plata). CORDOBA: J. L. Fitó, H. López, C. Curtó, 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. RIO NEGRO: D. Jerez. SALTA: J. M. Moltrasio. SAN JUAN: M. T. Aciar. SAN LUIS: G. Bazán. SANTA FE: M. T. Colovini; J. C. Liotta. SANTIAGO DEL ESTERO: R. Costilla. TUCUMAN: A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. AMÉRICA CENTRAL: D. Herrera Salinas. CHILE: A. San Martín. CUBA: L. Artiles Visbal. ESCOCIA: I. McIntosh. ESPAÑA: J. Giménez Avello, A. Berenstein, M. A. Díaz. EE.UU.: R. Hidalgo; R. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Cambridge); A. Yaryura Tobías (Nueva York). FRANCIA: D. Kamienny. INGLATERRA: C. Bronstein. ITALIA: M. Soboleosky. ISRAEL: L. Mauas. MÉXICO: M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. SUIZA: N. Feldman. URUGUAY: M. Viñar.

Informes y correspondencia:

VERTEX, Moreno 1785, 5° piso
(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

Coordinación y Corrección:
Mabel Penette

Composición y Armado:
Omega Laser Gráfica
Moreno 1785, 5° piso
(1093), Buenos Aires, Argentina

Impreso en:
Creaciones Gráficas
Ayolas 3142 - Sarandí, Pcia. de Bs. As.

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XI N° 41, SETIEMBRE - OCTUBRE - NOVIEMBRE 2000

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

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

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

SUMARIO

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Diagnóstico y terapéutica del síndrome catatónico agudo**, G. A. Fasolino pág. 165
- **“Trastornos psiquiátricos de la enfermedad de Parkinson**
P. M. Pedemonte pág. 173

DOSSIER

GENERO Y PSIQUIATRIA

- **Orígenes históricos del concepto de género en la cultura occidental**, N. A. Conti pág. 183
- **Sexo: aspectos biológicos de una variable compleja**,
V. E. Horigian pág. 189
- **Marihuana y población femenina de 12 a 15 años**,
H. Míguez pág. 195
- **Algunas consideraciones acerca del género y la psiquiatría**, D. Matusevich pág. 199
- **Morbilidad psiquiátrica en mujeres con aborto inducido ilegal**, L. Ramírez Restrepo, B. Palacio Urteaga,
L. Jaramillo Salazar pág. 206
- **Transexualismo y estructura**, D. Wintrebert pág. 212

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Moebius o la ciencia como soporte de la misoginia**, J. C. Stagnaro pág. 215
- **Sobre la debilidad mental fisiológica de la mujer**,
por Paul Julius Moebius pág. 218

CONFRONTACIONES

- **La psicoterapia en los sistemas prepagos de salud**, M. Agrest pág. 227

CI VERTEX

pág. 234

LECTURAS Y SEÑALES

- “Lecturas” pág. 235
- “Señales” pág. 236

*Ilustración de tapa
“Transcripciones”
Gabriela Goldstein, 2000
Oleo sobre tela, 1,30 x 1,10*

Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una revista científica de aparición trimestral, en marzo, junio, setiembre y diciembre de cada año, con dos Suplementos anuales, indizada en el acopio bibliográfico “Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud” LILACS.

EDITORIAL

L

a reciente promulgación de una ley de Salud Mental para la Ciudad de Buenos Aires plantea la posibilidad de cambios tan necesarios como deseables. Sin embargo, la ruta no será fácil y resta por ver el contenido de su reglamentación para saber cuáles serán sus alcances efectivos. Esta preocupación se torna más urgente en un contexto económico que golpea con particular crudeza a la sociedad argentina. Los ciudadanos aquejados de enfermedades mentales constituyen un sector de la población en particular riesgo y todas las medidas que se tomen para asegurar su correcta atención revisten particular urgencia. Por el lado de los profesionales de la Salud Mental no son menos los problemas a resolver. En repetidas oportunidades hemos hecho hincapié en las condiciones y objetivos de formación de los mismos. Ya se trate de las Residencias y Concurrencias hospitalarias, como de las Carreras de Médicos Especialistas en Psiquiatría se plantean diversos problemas. Pero quizás los más distinguibles sean los ligados a la currícula ya que una correcta formación de recursos humanos en el área debe contemplar tanto las necesidades de la comunidad, a la luz de sus problemáticas concretas y de los conocimientos y técnicas actuales para poner a su disposición, como la salida laboral y las condiciones de trabajo de los nuevos profesionales que se incorporan cada año al ámbito de la especialidad. Una mejor atención para los pacientes y la prevención de la frustración de los jóvenes colegas deberían estar ineludiblemente contemplados en el diseño de una política para el sector.

Por su lado, el estado mismo de las instituciones asistenciales merece una revisión profunda; tanto en su estructura de funcionamiento como en el tipo de las mismas, es decir, su dimensión, su cometido, sus modelos de atención, la conformación de su plantilla, sus remuneraciones salariales, etc.

Este panorama se vuelve más complejo si le incorporamos el factor que representan los Sistemas privados de salud ya que estos rigen su accionar por pautas que están por fuera del contrato establecido por el Estado y las Obras Sociales tradicionales con sus usuarios. La expectativa de la rentabilidad económica presupone cierta eficiencia y una selección de criterios asistenciales que no siempre están de acuerdo con las necesidades reales de toda la población. Articular este conjunto de elementos, frecuentemente contradictorios, requiere la concurrencia de dos niveles de acción: uno que mantenga la más amplia consulta para otorgar consenso democrático a la marcha de las medidas a tomar y otro que actúe ejecutivamente para avanzar sin dilaciones en la solución de estos urgentes problemas ■

J. C. Stagnaro - D. Wintrebert

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES



- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría. Moreno 1785, 5° piso (1039) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, en tres copias en papel y una copia en diskette identificando el programa de edición de texto utilizado (para P C) y el nombre del archivo. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal, teléfono, fax y E-mail. Deberán acompañarse, en hoja aparte, 4 ó 5 palabras clave, resumen en castellano y en inglés que no excedan 150 palabras cada uno y el título en inglés. El texto total del artículo deberá abarcar un máximo de 12 a 15 páginas tamaño carta, que contengan aproximadamente 1620 caracteres por página.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo, luego se numerarán en orden creciente y el número que corresponde a cada una de ellas será incluido en el correspondiente lugar del texto. Ej.: Texto: El trabajo que habla de la es-

quizofrenia en jóvenes(4) fue revisado por autores posteriores(1).

Bibliografía: 1. Adams, J., ...

4. De López, P., ...

a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.

b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.

- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediatamente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) El artículo será leído por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán anónimos, quedando el autor del artículo también anónimo para ellos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 7) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 8) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 9) Todo artículo aceptado por la redacción no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.

Diagnóstico y terapéutica del síndrome catatónico agudo

Gerardo Hugo Fasolino

Médico Psiquiatra (UBA) Doctor en Medicina. Docente de la Cátedra de Psiquiatría, Fac. de Medicina, Universidad del Salvador. Médico del Ser. de Guardia, Hosp. "José T. Borda". Coordinador médico del área de internaciones del Centro de Investigaciones Psiquiátricas de Buenos Aires.

Capitán General Ramón Freire 2350 1 D (1408), Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Tel/Fax: (54 11) 4542-3213.

Introducción

Quien haya tenido la experiencia de aproximarse a un enfermo en estado catatónico sabrá, sin lugar a dudas, que el diagnóstico y terapéutica de un síndrome catatónico es una de las urgencias médicas más impresionantes.

Con el objetivo de alcanzar un resultado favorable, es aconsejable seguir una serie de pautas que ayudarán al manejo y diagnóstico de éste síndrome. En primer lugar, se debe efectuar el diagnóstico de síndrome catatónico basándose en la semiología y excluyendo los diagnósticos diferenciales. En segundo lugar, se debe identificar la causa que lo produce. Por último, una vez realizado el diagnóstico etiológico, es necesario orientar el enfoque terapéutico y tomar las medidas generales para evitar las complicaciones más comunes.

Diagnóstico y presentación clínica

Dado que el diagnóstico de síndrome catatónico se hace fundamentalmente por la clínica, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para su identificación.

Existen dos hechos frecuentes en este síndrome, que son la fluctuación y la asociación de los fenómenos motores. Por ello, aquellos síntomas que son fundamentales para realizar el diagnóstico pueden pasar inadvertidos con un examen superficial.

Los trastornos de la psicomotricidad que se describen a continuación tienen en común las siguientes características: se instalan frecuentemente en forma súbita y sorpresiva, se dan en un área intermedia entre lo automático y lo voluntario, y aparecen como movimientos, actos y conductas carentes de finalidad aparente.

Resumen

El autor identifica a la catatonía como un síndrome psicomotor agudo para facilitar el arribo a deducciones etiológicas, terapéuticas y pronósticas. Describe las características semiológicas del síndrome, el diagnóstico diferencial, el diagnóstico etiológico y su tratamiento.

Palabras clave: Síndrome catatónico - Catatonía - Diagnóstico de la catatonía - Tratamiento de la catatonía.

DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC IMPORTANCE OF ACUTE CATATONIC SYNDROME

Summary

The author recognizes catatonia as an acute psychomotor syndrome to facilitate the etiology, the prognosis and the therapeutic deductions. He describes the clinical characteristics of the syndrome, differential diagnosis, etiologic diagnosis and treatment.

Key Words: Catatonic syndrome - Catatonia - Diagnosis of catatonia - Treatment of catatonia.

Las *acciones impulsivas* consisten en la realización de acciones no mediatizadas por la voluntad, ya que se imponen sin que el paciente pueda controlarlas y sin siquiera alcanzar a luchar con ellas como en las compulsiones(11).

Llamamos *ambitendencia* la expresión simultánea de tendencias a la acción totalmente opuestas, que lleva a una actividad contradictoria alternante, o a la parálisis de la acción(11). Es el simultáneo querer y no querer (por ejemplo, alargar la mano y retirarla a medio camino), una rápida alternancia de impulso y contraimpulso(75).

En la *catalepsia* el paciente presenta una rigidez completa, pudiendo mantener posturas forzadas y agotadoras por largo tiempo. Las mantiene contra todo intento del examinador de cambiar su posición, oponiendo fuerzas contrarias con sus músculos y sometiendo a desplazamientos en bloque(11).

En los casos típicos de *catalepsia cérica o flexible*, también llamada flexibilidad cérica, los pacientes mantienen las posiciones en que se los coloca pasivamente y les resulta indiferente estar cómodos o no(6). La *cataplexia* consiste en la pérdida total y súbita del tono muscular normal, motivo por el cual, el enfermo cae en un colapso motor, con acinesia, mutismo y caída desplomada(11).

Los *espasmos catatónicos* pueden ser localizados o generalizados y alcanzar el aspecto de una alteración tetánica. Cuando la configuración tetánica se localiza en las manos se observa la clásica "mano de obstetra" de Trousseau, y cuando estos espasmos se generalizan conducen al opistótonos. Por otra parte los espasmos catatónicos pueden asemejarse a las contracturas crónicas de los enfermos con atetosis o con hemiplejía(21).

Las *estereotipias* son conductas repetitivas de actitudes, de gestos o de palabras que pueden expresar un fragmento de delirio o constituir una especie de vacía ritualización, de gesticulación automática y vagamente simbólica(16).

En el *estupor* el enfermo está simplemente sentado o acostado, con mímica inmóvil, muchas veces con los ojos cerrados, aparentemente sin tomar parte en nada. No existe una verdadera alteración de la conciencia. El enfermo comprende bien lo que se le dice y algunas veces nos sorprende al cabo de cierto tiempo repitiéndonos cualquier observación inconveniente que hicieramos a la cabecera de su cama(58).

Denominamos *fenómeno de la almohada psíquica* cuando al retirarle bruscamente la almohada al enfermo su cabeza se mantiene elevada en la posición que tenía. Este fenómeno se encuentra estrechamente ligado a la *catalepsia*(20).

Con el nombre de *interrupción cinética* se define un fenómeno caracterizado por la interrupción brusca de un acto o movimiento que se encuentra en ple-

na ejecución. La acción puede no reanudarse, pero si lo hace, luego de un corto lapso de tiempo, el movimiento se reinicia en el mismo sentido o en otro diferente(4).

La *iteración* es la tendencia a la repetición más o menos rítmica de movimientos y expresiones lingüísticas, con limitación y uniformidad de sus contenidos(39-40). Pueden surgir en cualquier sector del cuerpo, por lo que muchas veces se confunden con simples temblores, pero también, suelen localizarse en el aparato fonador recibiendo el nombre de *verbigaciones*(20).

Se entiende por *monólogo* cuando el paciente habla en voz alta, con gestos y ademanes, como dirigiéndose a un interlocutor o a un auditorio inexistente(11).

Otro trastorno de la psicomotricidad son las *muecas*, que consisten en la presencia de movimientos faciales sin sentido e inapropiados a la situación(11).

Se dice que un enfermo padece *musitaciones* cuando murmura constantemente en voz baja como si hablara consigo mismo(4).

Un paciente con *mutismo* pronuncia palabra alguna, como si estuviera mudo. Desde luego no lo es, pero el callar representa una protección contra el mundo exterior(58).

Un síntoma particularmente importante es el *negativismo*. El enfermo se opone a todos los estímulos externos, a veces con un desarrollo máximo de tensión muscular o de excitación motora. Puede ser de naturaleza parcial, es decir, limitarse a una esfera aislada (desviación de la mirada al hablar, retirada de la mano en el momento del saludo). Muchos pacientes sólo se muestran negativistas frente a las órdenes o a los ruegos; por ejemplo, ponen rígida la musculatura del brazo cuando queremos movérselo. Cuando se quiere explorar las pupilas cierran los ojos fuertemente. Otros enfermos hacen lo contrario de lo que se les pide(58).

El *neologismo* consiste en la creación o deformación de una palabra, que sólo es comprensible para el enfermo(4).

Lo contrario del negativismo es la *obediencia automática*, el enfermo ejecuta como un autómatas cualquier cosa que se le ordene(69).

Entre las iteraciones leves y localizadas por un lado, y las iteraciones intensas y generalizadas por otro, se extienden los *temblores*. A veces las iteraciones se limitan a los párpados dando lugar a un parpadeo característico, y otras veces se extienden a todo el cuerpo(20). Cuando la iteración es leve suele confundirse con el simple *temblor* cuando es intensa suele interpretarse como *convulsión*(21).

Las *verbigaciones* son iteraciones localizadas en el aparato fonador. Los pacientes pueden repetir sílabas, palabras o frases durante minutos, horas o incluso días. Este fenómeno motor permite percibir la conexión entre religiosidad mórbida y catatonía. La vi-

vencia de fin del mundo, que es frecuente en los ataques catatónicos, se puede traducir de modo verbigerativo. En algunos casos las verbigeraciones presentan un contenido hipocondríaco(20).

Cuando el enfermo repite la misma palabra o frase, la verbigeración se denomina *palilalia*, y cuando repite la última sílaba *logoclonía*(72).

Hasta aquí, hemos descripto los signos y síntomas característicos e indicadores de catatonía en la *esfera psicomotora*.

Las manifestaciones que tienen lugar en la *esfera somática* son: Acrocianosis periférica, adelgazamiento endógeno, CPK (creatinfosfocinasa) aumentada, deshidratación, diaforesis profusa más localizada en el rostro, eritrosedimentación aumentada, hematomas diseminados, petequiado difuso, hiper o hipotermia, hiper o hipotensión arterial, leucocitosis, oliguria, palidez, dermatografismo, piel seborreica y brillante, taquicardia, taquipnea, respiración superficial(49).

Diagnóstico diferencial

A continuación se describen algunos cuadros que tienen importancia en la práctica clínica y que deben tenerse en cuenta cuando se diagnostica un síndrome catatónico.

En 1960 Denborough y Lovell(26, 64) publicaron un caso de anestesia letal, cuyo cuadro se caracterizaba por una elevación fulminante de la temperatura, hipertonia muscular y taquiarritmia, y en 1966 Wilson le dio el nombre de *hipertermia maligna*(26).

Para G. A. Gronert, la hipertermia maligna es el resultado de elevaciones agudas e incontroladas del metabolismo del músculo esquelético, acompañado a veces de grave rhabdomiólisis y desencadenada por los anestésicos volátiles potentes, típicamente el halotano, y los relajantes musculares despolarizantes como la succinilcolina. Este trastorno se produciría por una alteración en el metabolismo del calcio iónico intramioplasmático de la miofibrilla consistente en un aumento del mismo a ese nivel produciéndose una contracturación tónica de la miofibrilla, por una falla en la unión del calcio iónico a la membrana del retículo sarcoplásmico(26).

En 1920 W. Medow describió una forma de psicosis depresiva involutiva, de pronóstico desfavorable, a la que llamó: *melancolía cuajada o melancolía apática o depresión involutiva rígida*. Esta entidad poco conocida, se caracteriza por su tendencia a la encronización y su mayor frecuencia en el sexo femenino. Los signos clínicos más relevantes son: apatía, inercia, bradicinesia, amimia y mutismo. El mismo autor cuando la describe dice: "Encontramos un enfermo acinético, hipertónico, con el rostro completamente vacío e inmóvil, mientras que el último fragmento corporal que conserva una movilidad son los dedos



de la mano, que tienen un movimiento muy parecido al temblor parkinsoniano". A éste último fenómeno lo denominó "intranquilidad digital"(46).

Sin duda, un cuadro que debe tenerse presente como diagnóstico diferencial de catatonía es la *confusión mental*. Si bien tanto el síndrome catatónico como el síndrome confusional pueden ser desencadenados por causas tóxicas, tumorales, traumáticas e infecciosas, el diagnóstico de síndrome confusional, por lo general, no ofrece mayores dificultades si tenemos en cuenta que la obnubilación de la conciencia constituye el síntoma capital y más sobresaliente de este cuadro.

La obnubilación, presente en todo síndrome confusional, es un estado de conciencia caracterizado por la pérdida de la lucidez normal de la misma, que desconecta al individuo del mundo exterior y de su propio mundo. Es por este motivo que, durante todo el período que dura la confusión, existe una falla en la fijación de la memoria, quedando una gran laguna por falta de engramas mnemónicas que se denomina *amnesia lacunar*(4).

Existen algunas características que el síndrome catatónico puede compartir con la *psicosis maniaco-depresiva*. Ambos comparten la bipolaridad y el pronóstico favorable. Si bien, no es infrecuente encontrar pacientes catatónicos hiperkinéticos, jocosos o irritables, el diagnóstico diferencial con una psicosis maniaco-depresiva es relativamente sencillo cuando se conocen las características clínicas de la catatonía y se las compara con el síndrome fundamental maniaco y/o depresivo, o incluso los estados mixtos de Kraepelin.

Sin embargo, el cuadro de la *melancolía o depresión estuporosa* merece algunas consideraciones. Un dato de gran valor para el diagnóstico diferencial con la catatonía es la *evolución* pues en el primero los enfermos van cristalizando paulatinamente, durante me-

Cuadro 1

1. Causas metabólicas:

- cetoacidosis diabética (1, 2, 31)
- coproporfiria hereditaria (2)
- encefalopatía hepática (1, 31, 32)
- encefalopatía pancreática (25)
- hipercalcemia (1, 2, 25, 31)
- hiperparatiroidismo (25, 30)
- hipoglucemia (25)
- homocistinuria (1, 2)
- insuficiencia tiroidea (25)
- pelagra (25, 31)
- porfiria intermitente aguda (2, 5, 31)
- uremia (67)

2. Causas tóxicas

- ACTH (31)
- alcohol (2, 53)
- anfetaminas (2, 53)
- anticonvulsivantes (2, 47, 53)
- aspirina (2)
- cannabis (2)
- disulfiran (2, 18)
- esteroides (2, 78)
- fenilciclidina (2)
- fluorados orgánicos (2)
- levodopa (2)
- mescalina (2)
- metilfenidato (2)
- monóxido de carbono (2, 25, 47, 53)
- morfina (2, 53)
- neurolépticos (2, 12, 25, 31, 53, 76, 77, 79)

3. Causas neurológicas

- accidentes cerebrovasculares (1, 2, 51, 70)
- atrofia del lóbulo frontal (2, 31, 60)
- craneofaringioma (25)
- enfermedad de Parkinson (2, 31, 55)
- epilepsia (2, 31, 35, 68)

- esclerosis múltiple (2)
- esclerosis tuberosa (2, 47)
- hidrocefalia (2, 38)
- lesiones del lóbulo temporal (31, 35)
- narcolepsia (2)
- púrpura trombótica trombocitopénica (48)
- traumatismo craneano (1, 2, 41)
- tumores del III ventrículo (10, 25, 31)
- tumores frontales (5, 25)

4. Causas infecciosas

- brucelosis (25)
- encefalitis chagásica (65)
- encefalitis herpética (2, 63)
- encefalitis letárgica (2, 9, 33)
- encefalitis por borrelia (52, 56)
- hidatidosis (7)
- meningoencefalitis por listeria (54)
- panencefalitis esclerosante (2)
- SIDA (13, 66, 73)
- sífilis (2, 28)
- tifus (8)

5. Causas inmunológicas

- lupus eritematoso diseminado (2, 15, 19, 42)

6. Causas psiquiátricas

- demencia (17)
- depresión (1, 5, 53)
- esquizofrenia (1, 5, 53)
- histeria (3, 14, 29, 36, 37)
- manía (1, 5)
- psicosis cicloides (29)
- psicosis infantil (43)
- psicosis maniaco depresiva (1, 5)
- retraso mental (1)
- shock emocional (29, 43)

ses, su *sintomatología depresiva* hasta llegar a la inhibición psicomotriz total.

El estupor depresivo va precedido de gran dolor moral, que exterioriza a través de su exaltación afectiva con gemidos, suspiros, lágrimas, ideas delirantes de culpa, ruina y suicidio, y su facies que revela tristeza(4).

La expresión atónica y la rigidez de los enfermos catatónicos nos debe orientar en la discriminación diagnóstica.

En el caso de la *manía confusa*, podemos observar,

como consecuencia extrema de la *fuga de ideas*, un ofuscamiento del intelecto, que hace perder toda finalidad al atareamiento maniaco. Es así, que los pacientes realizan movimientos fragmentarios hipercinéticos similares a los que se observan en la catatonía debido al alto grado de distractibilidad, a la aceleración y variabilidad de deseos y pensamientos. En un corte transversal, si no contamos con otros antecedentes, el diagnóstico diferencial con la catatonía agitada puede ser extremadamente dificultoso(29).

Es de hacer notar, que en el enfermo maniaco, la

exageración de toda la actividad muscular con el resultado de múltiples y cambiantes actitudes, y la exageración de la mímica facial, reflejan la exaltación afectiva determinada por la *euforia*(4).

Cabe señalar que no se menciona al Síndrome Neuroléptico Maligno como un diagnóstico diferencial, pues el autor lo considera un síndrome catatónico acinético agudo e hipertérmico causada por neurolépticos, pues la experiencia práctica indica que es sindromáticamente igual y clínicamente indistinguible a la catatonía, como así también por la buena respuesta al tratamiento anticatatónico.

Conducta terapéutica

Aún el más experimentado psiquiatra no debería apartarse nunca, al menos en una primera instancia, del diagnóstico sindrómico, ya que de este modo no olvidará que el síndrome catatónico agudo puede surgir por diversas causas, sean éstas metabólicas, tóxicas, neurológicas, inmunológicas, infecciosas o psiquiátricas (ver Cuadro 1).

A menudo no resulta posible, sólo sobre la base del examen, distinguir las diferentes causas del síndrome. Por tal motivo es necesario realizar: **a.** una completa anamnesis, teniendo en cuenta si existe una historia anterior de trastornos psiquiátricos, antecedentes familiares de enfermedad mental, forma de comienzo de los síntomas, personalidad previa, reciente estrés psicosocial, tratamiento con neurolépticos u otros medicamentos, uso indebido de drogas, exposición a sustancias tóxicas, enfermedades metabólicas, neurológicas, inmunológicas e infecciosas. **b.** un prolijo examen físico y neurológico. En ese momento es importante recordar que estos individuos son muy vulnerables, pendientes de lo que pasa a su alrededor, sensibles a las palabras y a los comportamientos; palabras susceptibles de herirlos pueden incrementar su negativismo, con lo cual la evaluación semiológica se verá dificultada. **c.** análisis de laboratorio: recuento y fórmula sanguínea, ionograma, calcemia, glucemia, pruebas de función hepática, uremia, creatininemia, dosaje de tóxicos (incluida la fenilciclidina), etc. **d.** tomografía axial computada de cerebro, electroencefalograma, punción lumbar.

Una vez reconocida la etiología de la catatonía, fundamentada por la semiología, el examen físico y neurológico y los estudios complementarios, se evaluará la prioridad en cuanto a la terapéutica a seguir. Si el síndrome es sintomático, es decir por enfermedad médica, hay que iniciar el tratamiento etiológico; en cambio si es de origen psiquiátrico, se debe comenzar el tratamiento psiquiátrico específico.

Según la bibliografía consultada, distintos investigadores han utilizado diferentes psicofármacos como alternativa terapéutica en los *ataques catatónicos aci-*

néticos agudos, aún cuando no fue posible, por el momento, indagar con precisión sobre el mecanismo íntimo de acción de estas drogas.

Hay autores que utilizan *amobarbital sódico* para distinguir entre una catatonía exógena y una endógena, administrando a un ritmo no superior a los 50 mg. /min. hasta un total de 250 a 500 mg. por una vía endovenosa segura a fin de disponer de un acceso a la vena en caso de paro respiratorio u otra urgencia; si se trata de una causa orgánica los pacientes empeoran rápidamente, de lo contrario toleran altas dosis y comienzan a mejorar(31).

Mc Evoy y Lohr fueron los primeros en utilizar el *diazepam* infusión intravenosa lenta en pacientes que presentaban acinesia catatónica. Ellos proponen la siguiente técnica: administrar por vía intravenosa 10 mg de diazepam y si el paciente responde rápida y favorablemente conectándose con el medio y permaneciendo colaborador, se debe continuar con una dosis oral de este fármaco, al menos, al doble de la utilizada intravenosamente. Si la respuesta es parcial y transitoria, indican la administración intravenosa del doble de la dosis inicial a las 24 hs., y si se logra un efecto beneficioso le administran al enfermo una dosis de 40 mg. de diazepam por vía oral(44, 45).

Debido al efecto depresor sobre el sistema respiratorio que produce el diazepam, sería conveniente utilizarlo exclusivamente en aquellos lugares que posean el instrumental necesario para tratar esta posible complicación.

Otros investigadores, tales como Walter-Ryan(74), Salan, Pillai, Bresford y Kilzieh(61, 62), Greenfield, Cinrod y Kencore(24), Rosebush, Hildebrand, Furlong y Mazurek(59) y González-Seijo, Ramos-Vicente, Lastra-Martínez y Carbonell-Masia(22), han utilizado con éxito *lorazepam* el tratamiento de los ataques catatónicos acinéticos agudos.

Una de las técnicas más difundida para la administración de lorazepam es la que proponen Dale Harris y Matthew Menza, que consiste en aplicar por vía intramuscular 2 mg/d de dicho psicofármaco(27).

Personalmente, he comprobado que existen pacientes que no responden a dosis tan bajas de lorazepam, por lo que fue necesario utilizar dosis mayores (4 mg por vía intramuscular cada 8 horas), ya que si bien la mejoría era significativa, su efecto era transitorio.

Si tenemos en cuenta que la vida media del lorazepam es de 10 a 20 hs, a diferencia de la del diazepam que es de 30 a 60 hs y que el lorazepam tiene una mejor absorción por vía intramuscular que otras benzodiazepinas, (23) la administración de lorazepam presentaría las siguientes ventajas: un mejor control de la sobredosificación por el peligro de la acumulación, un menor riesgo en cuanto a la acción depresora del diazepam sobre la función respiratoria y su mejor absorción por la vía intramuscular.

Del mismo modo que en la técnica del diazepam,

el lorazepam debería pasarse a la vía oral cuando la respuesta del paciente es favorable y en cuanto sea posible.

Basándose en la sorprendente semejanza de la acción del diazepam en el tratamiento del status epilepticus y del estado catatónico, Heinrich W. Rankel y Leonor E. Rankel han utilizado y encontrado una buena respuesta en el tratamiento del estupor catatónico con *carbamazepina* en dosis de 200 a 400 mg/d. por vía oral y fraccionado dos veces al día(57).

Si bien puede resultar favorable el tratamiento con carbamazepina, su dificultad está en la inexistencia de presentación parenteral. Esta puede ser superada si el enfermo negativista tiene colocada una sonda nasogástrica que permita la administración de la suspensión oral.

Existen síndromes catatónicos acinéticos agudos que no responden al tratamiento psico-farmacológico. En este caso contamos con otro recurso terapéutico que es la aplicación de la *terapia electroconvulsiva*, que produce generalmente una buena respuesta haciendo remitir rápidamente la sintomatología. Si la evolución es maligna, éste método debería ser implementado inmediatamente aún con un mal estado general del paciente(34, 48).

Es necesario recordar que, antes de la aplicación del electrochoque, se debe evaluar el riesgo quirúrgico; para su implementación hay que contar con un ambiente de quirófano según normas del arte y sólo puede utilizarse anestesia general leve. Los anestésicos volátiles potentes como el halotano y los relajantes musculares despolarizantes tal como la succinilcolina, se desaconsejan porque pueden desencadenar un cuadro de hipertermia maligna que oscurecerá la interpretación clínica de la enfermedad de base, complicando aún más su tratamiento(29).

Es de hacer notar que, si bien la respuesta al tratamiento específico de la catatonía es buena cuando se actúa precozmente, este síndrome tiene una *mortalidad* de aproximadamente el 20%(31).

En cuanto al tratamiento del *Síndrome Neuroléptico Maligno*, la mayoría de los autores coinciden en indicar la discontinuación inmediata de los neurolépticos e implementar los cuidados generales, como son la hidratación, la alimentación y el control de la hipertermia. Además de estas medidas generales se utilizan la bromocriptina y el dantrolene(23-50).

Aquellos investigadores que sostienen que el Síndrome Neuroléptico Maligno es un síndrome catatónico agudo hipertérmico, recomiendan utilizar además de *dantrolene*, *bromocriptina*, *diazepam* y *lorazepam*, así como también, el uso de la *terapia electroconvulsiva* cuando estos fármacos no resolvieron el cuadro en 48 horas(50).

Con frecuencia, el enfermo catatónico presenta una serie de complicaciones. La inmovilidad predispone a trombosis venosas profundas, trom-

boembolismo pulmonar, aspiración y neumonía. La inadecuada ingesta de sólidos y líquidos conducen a inanición y deshidratación. La retención urinaria y la necesidad del empleo de sonda vesical incrementan el riesgo de infección urinaria. El decúbito prolongado puede desarrollar escaras. La agitación catatónica implica siempre un riesgo para sí y para terceros.

Por lo que antecede, es de buena práctica implementar las siguientes medidas generales a fin de impedir la aparición de complicaciones: 1. estricto control de los signos vitales, 2. colocar una vía de hidratación parenteral, 3. eventualmente canalización venosa, 4. colocar una sonda nasogástrica para administrar alimentos (dieta hiperproteica e hiperhidrocarbonada con suplemento vitamínico, de fácil digestión y repartida varias veces al día), 5. eventualmente colocar una sonda vesical, 6. cuidados kinésicos, 7. rotar al paciente cada dos horas, 8. de ser necesario, contención física, 9. si la inmovilidad se prolonga, se aconseja emplear heparina profiláctica a una dosis de 10.000 a 15.000 U. por vía subcutánea abdominal.

En cuanto al tratamiento psicofarmacológico de las catatonías sistemáticas de Leonhard, la experiencia clínica nos indica que no se diferencia de la terapéutica instituida normalmente en las esquizofrenias procesuales.

Lo que antecede queda demostrado en el estudio que realizaron Gabor S. Ungvari y sus colaboradores en Hong Kong, quienes utilizaron benzhexol, lorazepam y amineptino en un grupo de pacientes diagnosticados como catatónicos sistemáticos de acuerdo a la clasificación de las psicosis endógenas de Leonhard. Ellos comprueban que ninguna de las tres drogas provocó efecto clínico significativo sobre la psicopatología o el estado motor de sus enfermos(71).

Posiblemente, el efecto beneficioso de las benzodiazepinas y los barbitúricos en los ataques catatónicos sea análogo al de la epilepsia y, por lo tanto, se deba a una inhibición de la corteza agranular límbica a través de la facilitación gabaérgica.

Comentarios

El síndrome catatónico se presenta de manera aguda y siempre con las mismas características semiológicas, aún cuando su origen causal sea diferente.

Si entendemos por enfermedad el conjunto de signos y síntomas que tienen la misma evolución y reconocen una causa común y específica, la catatonía no debe ser considerada una enfermedad sino un síndrome, pues su origen es multifactorial.

Al aceptar que la catatonía puede encontrarse en una variedad de enfermedades médicas, su aparición en pacientes con trastornos esquizofrénicos debe ser



considerado como un fenómeno accesorio que se desencadena por tratarse de una enfermedad del cerebro. En otras palabras, esta entidad sería una de las tantas enfermedades del cerebro que desencadena reacciones catatónicas, lo que habla del valor relativo de su actual delimitación nosológica.

El síndrome catatónico tiene, en la mayoría de los casos, una buena respuesta terapéutica cuando el tratamiento se instituye tempranamente. Entre los tratamientos utilizados, las benzodiacepinas y el electrochoque son los de mejor respuesta terapéutica.

Además, puede dar origen a signos y síntomas en la esfera somática que pueden comprometer la vida del enfermo.

La catatonía se define como un síndrome psicomotor agudo e inespecífico, que se acompaña habitualmente de síntomas en la esfera somática, que es producto de una reacción cerebral, consecuencia de factores causales tanto psiquiátricos como enfermedades médicas, y que puede tener un desenlace fatal si no es diagnosticado precozmente y tratado adecuadamente.

Por último, podemos afirmar que realizando el diagnóstico sindrómico se puede motivar el desarrollo de nuevas investigaciones con el aporte de la epidemiología, la clínica, la neurociencia, la genética, la psicofarmacología y los ensayos terapéuticos ■

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Ed. Masson, 1995.
2. Barnes, M. P. y col. "The syndrome of Karl Ludwig Kahlbaum". *J. Neurol. Neuros. Psy.*1986, 49, 991-996.
3. Basili, M. R. y Donnoli, V. F., *Sistema extrapiramidal*Buenos Aires, Rossi Ediciones, 1986.
4. Betta, J. C., *Manual de Psiquiatría*Buenos Aires, CEA, 1982.
5. Black, D. W. y Andreasen, N. C., "Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno delirante (paranoide)" en: Hales, R. E., Yudofsky S. C. y Talbott, J. A., *Tratado de Psiquiatría* (The American Psychiatric Press). Barcelona, Ed. Ancora, 1996.
6. Bleuler, E., *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1960.
7. Brage, E. y col. "Estupor hipotalámico por hidátide diencefalohipofisaria". *Prensa Med. Arg.*,1956, vol. XVIII, 2954-2959.
8. Breakey, W. y Kala, A. K., "Typhoid catatonia responsive to ECT". *Br. Med. J.*,1977, 2, 357-359.
9. Brill, H., "Postencephalitic psychiatric conditions" en: Arieti, S., *American Handbook of Psychiatry*Volume II. New York, Basic Books, 1969.
10. Cairns, H. y col. "Akinetic mutism with an epidermoid cyst of the 3rd. ventricle". *Brain*, 1941, 64, 273-290.
11. Capponi M., R., *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica*. Santiago de Chile, Ed. Universitaria, 1996.
12. Carroll, B. T., "Catatonia on the consultation-liason service". *Psychosomatics*1992, 33(3), 310-315.
13. Carroll, B. T. y col. "Catatonic disorder due to general medical conditions". *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*1994, 6(2), 122-133.
14. Dabholkar, P. D., "Use of ECT in Hysterical catatonia. A case report and discussion". *Br. J. Psychiatry*,1988, 153, 246-247.
15. Daradkeh, T. K. y Nasrallah, N. S., "Lupus catatonia: a case report". *Pharmatherapeutica*1987, 5(2), 142-144.
16. Ey, H., Bernard, P. y Brisset, Ch., *Tratado de Psiquiatría*Barcelona, Ed. Toray-Masson, 1975.
17. Ferraro, A., "Presenile psychoses" en: Arieti, S., *American Handbook of Psychiatry*Volume two. New York, Basic Books, Inc., Publishers, 1969.
18. Fisher, C. M., "Catatonia due to disulfiram toxicity". *Arch. Neurol.*,1989, 46(7), 798-804.
19. Fricchione, G. L. y col. "Electroconvulsive therapy and cyclophosphamide in combination for severe neuropsychiatric lupus with catatonia". *Am. J. Med.*,1990, 88(4), 442-443.
20. Goldar, J. C., "El concepto de catatonia". *Vertex. Rev. Arg. de Psiquiatría*,1994, V(15), 7-14.

21. Goldar, J. C., Rojas, D. y Outes M., *Introducción al diagnóstico de las psicosis*. Buenos Aires, Ed. Salerno, 1994.
22. González-Seijo, J. C., Ramos-Vicente, Y. M., Lastra-Martínez, I. y Carbonell-Masia, C., "Tratamiento de la catatonía con lorazepam". *Actas-Luso-Esp-Neurol-Psiquiatr-Cienc-Afines*, 1993, 21(3), 90-94.
23. Goodman Gilman, A., *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana, 1991.
24. Greenfield, D., Cinrod, C., Kencore, P. et al. "Treatment of catatonia with low dose lorazepam". *Am. J. Psychiatry* 1987, 144, 1224-1225.
25. Grivois, H., *Urgencias psiquiátricas*. Barcelona, Ed. Masson, 1989.
26. Gronert, G., "Hipertermia Maligna". En: Miller, R. *Anestesia*. Cap. 56. Barcelona, Ed. Doyma, 1986.
27. Harris, D. y Menza, M. A., "Benzodicepines and catatonia: A case report". *Can. J. Psychiatry*, 1989, 34(7), 725-727.
28. Herman, M. y col. "Nonschizophrenic catatonic states". *N. Y. State J. Med.*, 1942, 42, 624-627.
29. Higa, O. y Fasolino, G. H., *Catatonia. Propuesta de reubicación nosológica del cuadro de Kahlbaum*. Buenos Aires, Ed. Salerno, 1993.
30. Hockaday, T. D. y col. "Catatonic stupor in elderly woman with hyperparathyroidism". *Br. Med. J.*, 1966, jan, 85-87.
31. Hyman, S. E., *Manual de urgencias psiquiátricas*. Buenos Aires, Ed. Salvat, 1989.
32. Jaffe, N., "Catatonia and hepatic dysfunction". *Dis. Nerv. Syst.*, 1967, 8, 606-608.
33. Johnson, J. y Lucey, P. A., "Encephalitis lethargica, a contemporary cause of catatonic stupor. A report of two cases". *Br. J. Psychiatry*, 1987, 151, 550-552.
34. Kalinowsky, L. B., "Convulsive shock treatment" en: Arieti, S., *American Handbook of Psychiatry* Volume two. New York, Basic Books, Inc., Publishers, 1969.
35. Kirubakaran, V. y col. "Catatonic stupor: unusual manifestation of temporal lobe epilepsy". *Psychiatr. J. Univ. Ott.*, 1987, 12(4), 244-246.
36. Kretschmer, E., *Hysteria, reflejo e instinto*. Barcelona, Ed. Labor, 1963.
37. Kretschmer, E., *Psicología Médica*. Barcelona, Ed. Labor, 1966.
38. Leigh, H. y col. "Good outcome in a catatonic patient with enlarged ventricles". *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1978, 166, 139-141.
39. Leonhard, K., *Aufteilung der Endogenen Psychosen und ihre differenzierte Aitiologie*. Berlín, Akademie-Verlag, 1986.
40. Leonhard, K., *Le psicosis endogenas*. Milano, Feltrinelli editore, 1968.
41. Levin, H. y col. "Mutism after closed head injury". *Arch. Neurol.*, 1983, 40, 601-606.
42. Lichtenstein, A. y col. "Síndrome catatonica por doenca auto-imune: recuperacao espontanea". *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Sao Paulo*, 1989, 44(6), 312-315.
43. Mahler, M., Furer, M. y Settlege C., "Severe emotional disturbances in childhood: Psychosis" en: Arieti, S., *American Handbook of Psychiatry* Volume one. New York, Basic Books, Inc., Publishers, 1969.
44. Mc Evoy, J. P., Comunicación personal, 17 de enero de 1985.
45. Mc Evoy, J. P. y Lohr, J. B., "Diazepam for catatonia". *Am. J. Psychiatry*, 1984, 141(2), 284-285.
46. Medow, W., "A group of depressive psychoses in involuntional age with unfavorable prognosis". *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 1922, 64, 480-497.
47. Monchablon Espinoza, A. J., "Catatonías exógenas agudas". *Alcmeon*, 1991, 3, 267-280.
48. Monchablon Espinoza, A. J., *Catatonías. Formas malignas perdedoras de peso. Su evolución favorable con el tratamiento electroconvulsivo*. Buenos Aires, Ed. Toquito, 1994.
49. Monchablon Espinoza, A. J., "Catatonia periódica". *Alcmeon*, 1991, 1(4), 566-586.
50. Monchablon Espinoza, A. J., "Síndrome neuroléptico maligno". *Alcmeon*, 1990, 1, 5-38.
51. Murphy, J. P. y Neuman, M., "Fatal cerebrovascular accident associated with catatonic schizophrenia". *Arch. Neurol. Psy.*, 1943, 49, 724-731.
52. Neumarker, K. J. y col. "Borrelien-Enzephalitis und Katatonie im Jugendalter". *Nervenarzt*, 1989, 60(2), 115-119.
53. Organización Mundial de la Salud. *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, Ed. Meditor, 1992.
54. Orland, R. M. y Daghestani, A. N., "A case of catatonia induced by bacterial meningoenkephalitis". *J. Clin. Psychiatry*, 1987, 48(12), 489-490.
55. Patterson, J. F., "Akinetic parkinsonism and the catatonic syndrome: an overview". *South Med. J.*, 1986, 79(6), 682-685.
56. Pfister, H. W. y col. "Catatonic syndrome in acute severe encephalitis due to Borrelia burgdorferi infection". *Neurology* 1993, 43(2), 433-435.
57. Rankel, H. W. y Rankel, L. E., "Carbamazepine in the treatment of catatonia". *Am. J. Psychiatry*, 1988, 145(3), 361-362.
58. Reichardt, M., *Psiquiatría general especial*. Madrid, Ed. Gredos, 1958.
59. Rosebush, P. I. y col. "Catatonic syndrome in a general psychiatric inpatient population: frequency, clinical presentation, and response to lorazepam". *J. Clin. Psychiatry*, 1990, 51(9), 357-362.
60. Ruff, R. L. y Russakoff, L. M., "Catatonia with frontal lobe atrophy". *J. Neurol. Neuros. Psy.*, 1980, 43, 185-187.
61. Salam, S. A., Pillai, A. K. y Bresford, T. P., "Lorazepam for psychogenic catatonia". *Am. J. Psychiatry*, 1987, 144, 1082-1083.
62. Salam, S. A. y Kilzieh, N., "Lorazepam treatment of psychogenic catatonia: an update". *J. Clin. Psychiatry*, 1988, 49, 16-21.
63. Scheerer, L. M. y Finch, S., "Periodic organic psychosis associated with recurrent Herpes Simplex". *New Engl. J. Med.*, 1964, 271, 494-497.
64. Schröder, J., Linge, C. y Wähler, A., "Zur Differential Diagnostik der Malignen Hyperthermie, der Febrilen Katatonie und des Malignen Syndroms. Ein Kasuistischer vergleich". *Fortschr. Neurol. Psychiatr.*, 1988, 56, 97-101.
65. Sevelev, G. y col. "Catatonia secondary to acute Chagas' encephalitis". *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.*, 1987, 50(9), 1244.
66. Snyder, S. y col. "Catatonia in a patient with AIDS-related dementia". *J. Clin. Psychiatry*, 1992, 53(11), 414.
67. Steinman, Th. y Tager, M., "Catatonia in uremia". *Ann. Intern. Med.*, 1978, 89, 74-75.
68. Strauss, H., "Epileptic disorders" en: Arieti, S., *American Handbook of Psychiatry* Volume two. New York, Basic Books, Inc., Publishers, 1969.
69. Suárez Richards, M., *Introducción a la Psiquiatría*. Buenos Aires, Ed. Salerno, 1995.
70. Tiffin, J. y Dunner, F., "Biparietal infarctions in a patient with catatonia". *Am. J. Psy.*, 1981, 138, 1386-1387.
71. Ungvari, G. S., Chiu H. F. K., Chow, L. Y., Lau, B., Pang, A. H. T., Ng, F. S. y Tam, P., "Tratamiento psicofarmacológico de la esquizofrenia catatónica". *Alcmeon*, 1997, 23, 276-283.
72. Vidal, G. y Alarcón, R. D., *Psiquiatría*. Buenos Aires, Ed. Panamericana, 1986.
73. Volkow, N. D. y col. "AIDS and catatonia". *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.*, 1987, 50(1), 104.
74. Walter-Ryan, W. G., "Treatment for catatonic symptoms with intramuscular lorazepam". *J. Clin. Psychopharmacol.*, 1985, 5, 123-124.
75. Weitbrecht, H. J., *Manual de Psiquiatría*. Madrid, Ed. Gredos, 1970.
76. Weller, M., Kornhuber, J. y Beckmann, H., "Elektrokonvulsions therapie zur Behandlung der akuten lebensbedrohlichen Katatonie bei toxischer epidermaler Nekrolyse". *Nervenarzt*, 1992, 63(5), 308-310.
77. White, D. A., "Catatonia and the neuroleptic malignant syndrome- a single entity?". *Br. J. Psychiatry*, 1992, 161, 558-560.
78. Wiedorn, W., "Psychological effects of cortisone in acute catatonic excitement". *Am. J. Psy.*, 1955, 112, 457-459.
79. Woodbury, M. M., Woodbury, M. A., "Neuroleptic induced catatonia as a stage in the pro-gression toward neuroleptic malignant syndrome". *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatr.* 1992, 31(6), 1161-1164.

Trastornos psiquiátricos de la enfermedad de Parkinson

Pablo Manuel Pedemonte

*Medico especialista en Psiquiatría y Clínica Médica
Manuel Ugarte 2377 PB "E" (1428), Ciudad de Buenos Aires
Tel: 4783-4413*

Introducción

La enfermedad de Parkinson (EP) pertenece, como entidad, al grupo nosográfico de los movimientos anormales. Tiene alta incidencia y prevalencia, la cual es variable según las zonas geográficas consideradas(87), aumentando dichos valores con la edad de los sujetos afectados(57, 58). En Argentina habría alrededor de 40.000 a 50.000 personas afectadas(66). Su etiología es desconocida. Se produce por pérdida neuronal de la pars compacta de la sustancia nigra produciéndose la degeneración de la vía dopaminérgica nigroestriada. Otros sistemas de neurotransmisión y otras áreas cerebrales también están afectadas(72).

La edad media de comienzo es a los 55 años de edad, haciéndolo el 60% de los casos entre los 50 y los 69 años(38). Es sumamente infrecuente su inicio antes de los 40 años(38, 84), reservándose para estos casos la denominación de EP juvenil. La edad media de muerte es a los 66 años. La mortalidad es aproximadamente tres veces mayor que en la población general(38).

La evolución es lenta e insidiosa. Las manifestaciones clínicas predominantes son(10, 38, 39, 44, 56, 72, 84): temblor de reposo, bradiquinesia, rigidez e inestabilidad postural. Es característico de la EP que las manifestaciones clínicas sean asimétricas. Tiene

dos formas clínicas: a) temblorosa o benigna, b) aquinético-rígida, hipertónica o maligna.

Los agentes farmacológicos disponibles para el tratamiento son, a modo de ejemplo(45): anticolinérgicos (trihexifenidilo); precursores de dopamina (levodopa); agonistas dopaminérgicos (bromocriptina); IMAO-B (selegilina); inhibidores de la catecol-O-metil-transferasa (tolcapone); amantadina. La levodopa continúa siendo un pilar fundamental de la terapéutica de esta entidad. Es frecuente que su utilidad disminuya con el paso de los años, y que aparezcan complicaciones vinculadas con su uso, como son: disquinesias, fluctuaciones clínicas y manifestaciones psiquiátricas. A esta última eventualidad también se vinculan los otros fármacos utilizados en el tratamiento de la EP.

Trastornos psiquiátricos en la EP

Se trata de una eventualidad habitualmente catastrófica por varios motivos:

- dificulta el control sintomático de la EP;
- determina mayor morbimortalidad;
- es complejo el abordaje farmacológico de la interurrencia dado que, frecuentemente, estos pacientes reciben múltiples fármacos;
- implica gran estrés psicosocial para el paciente y su familia(6, 17, 18);

Resumen

Es frecuente la aparición de trastornos psiquiátricos en la evolución de la enfermedad de Parkinson. Estos trastornos pueden o no estar relacionados con la farmacoterapia de la enfermedad de base. Se hace una revisión (particularmente de los aspectos clínicos y terapéuticos) de: delirium, alucinaciones con insight, psicosis por levodopa, depresión, ansiedad, trastornos cognitivos y demencia. Uno de los mayores avances terapéuticos en el tratamiento de la psicosis en la enfermedad de Parkinson ha sido la clozapina. El tratamiento de otros trastornos es, básicamente, el mismo que en población general.

Palabras clave: Enfermedad de Parkinson – Psicosis y enfermedad de Parkinson – Levodopa – Depresión y enfermedad de Parkinson – Clozapina y enfermedad de Parkinson.

PSYCHIATRIC DISORDERS IN PARKINSON'S DISEASE

Summary

The appearance of psychiatric disorders in the evolution of Parkinson's disease is quite frequent. These disorders may or may not be related to the pharmacotherapy of the main disease. A review is done (particularly on the clinic and therapeutic aspects) of: delirium, hallucinations with insight, levodopa, psychosis, depression, anxiety, cognitive disorders and dementia. One of the most prevalent therapeutic advances in the treatment of psychosis in Parkinson's disease has been clozapine. Treatment of other disorders is basically the same as that used for the general population.

Key Words: Parkinson's disease – Psychosis and Parkinson's disease – Levodopa – Depression and Parkinson's disease – Clozapine and Parkinson's disease.

- e. incrementa la probabilidad de confinamiento domiciliario o institucional de los pacientes(32);
- f. algunos de los fármacos utilizados son sumamente costosos(14, 99).

A. Psicosis

Friedman(27) clasifica las psicosis de la EP de la siguiente manera:

- A.1. con pérdida de la lucidez de conciencia: Psicosis confusional o *delirium*.
- A.2 sin pérdida de la lucidez de conciencia:
 - A.2.a. Alucinosis
 - A.2.b. Síndrome delirante orgánico (o psicosis por levodopa propiamente dicha o dopaminérgica)
 - A.2.c. Trastornos orgánicos del humor (depresión e hipomanía-manía)

A.1. Psicosis confusional o Delirium

Se caracteriza por una tríada constituida por: obnubilación de la conciencia, desorientación temporoespacial y delirio onírico(19). Su inicio puede ser súbito o progresivo.

Puede deberse(28, 33, 53) a:

Fármacos: en principio cualquiera principalmente aquellos con efecto anticolinérgico.

Enfermedades intercurrentes: infecciones (urinarias, respiratorias), alteraciones electrolíticas (Na, Ca, Mg, P), insuficiencia hepática o renal, accidentes cerebrovasculares, tumor en SNC, infarto agudo de miocardio, trastornos tiroideos.

Postoperatorio en el 70% de los casos se manifiesta dentro de las 36 horas y suele no durar más de tres días. No está vinculado con la levodopa. Los pacientes con EP tienen mayor riesgo de delirium postoperatorio que la población general.

Otras: pérdida de sueño, privación sensorial (internaciones en áreas críticas), duelos, mudanzas.

Cuadro clínico:

El delirio está pobremente sistematizado, siendo principalmente de tipo persecutorio en aproximadamente el 50% de los casos. Hay alucinaciones en el 40% y son principalmente visuales. Se debe hacer diagnóstico diferencial con exacerbaciones de demencia, depresión, manía y psicosis paranoide.

Tratamiento(95):

- Cuidado del paciente para prevenir lesiones, eventual internación, control de bronco aspiración e hidratación.
- Evaluar etiologías
- Suspende todos los fármacos no imprescindibles, principalmente aquellos con efecto anticolinérgico.
- Suspende en el orden siguiente las drogas anti-parkinsonianas: anticolinérgicos, amantadina, selegilina, agonistas dopaminérgicos, inhibidores de catecol-O-metil-transferasa(45).

- reducción de levodopa en la medida en que no empeore la EP.
- iniciar clozapina en dosis bajas (ver luego).
- vacaciones de levodopa? Tioridazina en dosis bajas?(27)

A.2.a. Alucinosis

Entre un 16%(2) y un 20 % de pacientes con EP en tratamiento pueden presentar alucinosis visuales, las cuales se asocian con el uso de levodopa(76).

Aunque la literatura norteamericana las incluye en el grupo de las psicosis con sensorio claro, no siempre este fenómeno ocurre en el marco de una psicosis, reservándose específicamente "alucinosis con insight" o "alucinosis orgánica benigna". La literatura francesa define la alucinosis como "fenómenos psicosensoresiales aislados y sin delirio"(19).

También recibe el nombre de síndrome de Charles Bonnet, quien describiera el cuadro en 1769, definiéndolas como alucinaciones visuales complejas y sin delirio(88).

Se asocian con alucinosis: duración de la enfermedad, duración del tratamiento, demencia, edad avanzada, uso de drogas anticolinérgicas y presencia de trastornos del sueño(77) como sueño fragmentado y sueños vívidos(67). No se relacionaría con la dosis de levodopa, pero si existiría un continuo entre los sueños vívidos, las alucinosis y el delirio(2). Siempre que hay alucinosis debe evaluarse la presencia de trastornos visuales, como disfunción retiniana y de la vías de conducción visuales, degeneración macular, cataratas y glaucoma(49). Se desconoce el mecanismo fisiopatológico de este fenómeno, y se sabe que no responde a los neurolépticos, ¿Cuáles son sus características?(28, 31, 62, 77, 88, 98)

- no se presentan previamente al inicio del tratamiento con levodopa, ni en las primeras etapas de la enfermedad. De suceder, esto sugiere la presencia de otras entidades: enfermedad de Alzheimer, enfermedad por cuerpos de Lewy, trastornos psicóticos latentes.
- ocurren en cualquier momento del día, con mayor frecuencia de noche.
- son más frecuentes cuando los pacientes están solos.
- suelen durar minutos y son recurrentes.
- llega un momento en que el paciente se adapta a ellas.
- en cuanto al contenido: se refieren a imágenes sumamente nítidas de familiares o extraños, animales salvajes, serpientes, escorpiones, rostros, partes incompletas del cuerpo o de miniaturas (liliputienses), grupos de personas reunidas. Habitualmente no son atemorizantes.
- son sumamente reales, y aparecen en períodos "on" u "off".
- desaparecen al cerrar los ojos, al mirarlas fijamente, al tocarlas.

Tratamiento:

Reaseguramiento del paciente y reducción de la dosis de levodopa. Cuando en esa circunstancia responde suele hacerlo dentro de las 24 horas(77). Puede usarse ondansetrón (ver luego). En la medida en que progresen, se tornen atemorizantes, provoquen trastornos de conducta, y se asocien con delirios de tipo paranoide(62, 98), ya estamos en el terreno de la psicosis.

A.2.b. Psicosis dopaminérgicas

Se manifiesta en el 5 al 20% de los pacientes. Hay factores reconocidos que predisponen a la psicosis: uso de varias drogas antiparkinsonianas simultáneamente, sueños vívidos, pesadillas, edad avanzada, trastornos psiquiátricos previos(27, 96) y demencia(97). El 80% de los que presentan psicosis tienen demencia en relación con el 20% de los que no la presentan. Es posible que la afectación inicial del hemisferio derecho sea factor de riesgo(79). La levodopa (así como su dosis) no causa la psicosis pues esta se presentaba en la era prelevodopa(27), pero si permite su desarrollo(14).

Es una eventualidad grave, pues es un marcador del deterioro por la enfermedad, determina confinamiento institucional de los pacientes y limita el tratamiento farmacológico de la enfermedad de base en relación con la función motora. Por su parte, las alucinaciones visuales implican un aumento del riesgo de muerte del paciente(32).

Las psicosis dopaminérgicas tiene dos características llamativas:

a. Los delirios ocurren al menos luego de dos años de tratamiento con levodopa(76).

b. la psicosis inducida por levodopa persiste por períodos prolongados a pesar de la reducción o suspensión del fármaco, siendo que su vida media es de horas(27).

Fisiopatológicamente se plantean dos hipótesis (99):

1. Dopaminérgica, por excesiva estimulación de receptores dopaminérgicos postsinápticos en áreas corticales y límbicas.

2. Serotoninérgica, por sobreestimulación de receptores serotoninérgicos postsinápticos corticales y límbicos.

Cuadro clínico:

Es relativamente estereotipado; sólo presenta síntomas positivos: alucinaciones visuales e ideación paranoide (infidelidad del cónyuge, que van a ser internados, que van a morir o que han muerto ellos o sus seres queridos). Puede haber alucinaciones auditivas, táctiles u olfatorias(65), excepcionalmente cenestésicas. El cuadro lleva al paciente a adoptar conductas peligrosas. También se ha descrito el síndrome de Capgras(28, 74).

Tratamiento (en orden progresivo):

- descartar factores precipitantes (ídem *delirium*)
- suspender todos los fármacos que no sean imprescindibles principalmente los que tienen efecto anticolinérgico.

- suspender en el siguiente orden: anticolinérgicos, amantadina, selegilina, agonistas dopaminérgicos e inhibidores de la catecol-O-metil transferasa(45, 76, 95).

- reducción de levodopa.

- iniciar clozapina: antipsicótico atípico con bajo riesgo de efectos adversos extrapiramidales(7). Se ha demostrado su utilidad en estudios doble ciego, randomizados, con control placebo(89, 90), en dosis de entre 6,25 mg-50 mg. Excepcionalmente se requieren dosis mayores a 100 mg. Pueden observarse mejoras a las 48 horas(28) pero pueden pasar dos semanas para que se manifieste, y la respuesta es máxima a las cuatro semanas. Suele necesitarse un mes para evaluar su utilidad(20). Mejoran entre el 75-80 % de los pacientes. En general no empeora la función motora, en algunos casos la mejora, y además previene la recurrencia del episodio. Su eficacia suele disminuir hacia los dos años de tratamiento(21). Siempre deben efectuarse los controles hematológicos. Ha demostrado su utilidad en EP además en(91) delirium, acatisia, ansiedad, depresión, hipersexualidad, sueño fragmentado y temblor de reposo.

- Terapia electroconvulsiva: se considera su uso ante refractariedad a la clozapina(28). Produce mejorías motoras transitorias (días, semanas). Es muy útil para las alucinaciones, pero puede exacerbar o provocar confusión mental. Puede usarse asociada a clozapina, sobre todo como mantenimiento a dosis bajas, a fin de prevenir la recurrencia(22).

Otras opciones farmacológicas:

- Olanzapina: ha sido útil a dosis de 1-15 mg/día, en casos sin demencia(97). Reportes ulteriores han evidenciado desarrollo de síntomas extrapiramidales(25, 35) a dosis bajas (5mg). Lo mismo ha sucedido en el pasaje de clozapina a olanzapina(26).

- Risperidona: suele empeorar la sintomatología extrapiramidal(45).

- Quetiapina: en reporte de casos ha demostrado utilidad en dosis de entre 25-400 mg/día sin empeoramiento de la sintomatología extrapiramidal(68)

- Ondansetrón(99, 100): mejora las alucinaciones visuales en dosis de 12 a 20 mg/día, pero una vez suspendida recurren en 3-6 días; y mejora la psicosis dopaminérgica en dosis de 12-24 mg/día, con recurrencia del cuadro a los 10-14 días.

Quedan, luego de todas estas medidas, dos posibilidades:

a. Vacaciones de levodopa. Medida muy discutible(45) por el riesgo de desarrollo de un síndrome neuroléptico maligno. La mejoría no siempre se produce, y cuando ocurre lo hace entre los 3 y los 7 días(27, 65). Debe hacerse con el paciente internado.

b. Usar tioridazina a dosis bajas(27,76).

A.2.c. Trastornos orgánicos del humor

Son trastornos infrecuentes. En relación a la exaltación del mismo puede oscilar desde el bienestar y

la euforia pasando por la hipomanía hasta la manía(40, 76). Una historia previa de manía constituye un factor de riesgo. Estos trastornos en general son dosis levodopa dependientes y responden al descenso de la misma. Aparecen luego de meses de tratamiento con levodopa, y en general la hipomanía/manía suele ocurrir en estado "on". Un dato útil para el diagnóstico diferencial es que la aparición de manía se relaciona con mejoría de los síntomas motores, en tanto la resolución de la misma o la aparición de depresión implica la reaparición o agravamiento de los trastornos motores(40).

Tratamiento(40):

- a. reducción de levodopa
- b. carbonato de litio en dosis habituales
- c. clozapina en dosis bajas (ver arriba).

B. Depresión

Su estudio en pacientes con EP es complejo por varios motivos:

- a. por la presencia de síntomas comunes a la EP y la depresión: hipomimia, fatiga, adelgazamiento, retraimiento, alteraciones del sueño.
- b. por la dificultad para diferenciar entre depresión y trastornos cognitivos, ya que éstos sujetos niegan síntomas, se resisten al tratamiento y refieren estar bien.
- c. porque los pacientes con EP pueden sufrir un síndrome consistente en apatía, astenia y pasividad, sin culpa ni sentimientos de soledad o tristeza, que simula depresión pero que no responde a antidepresivos(51, 95).

A pesar de todo, se sabe que la frecuencia de depresión en EP es alta, mayor que en la población general para edades similares(15), e inclusive mayor que en sujetos afectados por enfermedad crónica de larga evolución(85). Se presenta con una frecuencia de entre el 4 al 70% con una media del 40%(13).

Muchos de los supuestos factores de riesgo –excepto la edad avanzada y el confinamiento institucional– son controvertidos(11, 34, 42, 63, 81, 86): evolución en años de la EP; inicio precoz o tardío, grado de discapacidad; deterioro cognitivo, trastorno del pensamiento y mayor afectación del hemisferio cerebral izquierdo. No se ha demostrado tampoco que los familiares de sujetos con EP y depresión tengan mayor frecuencia de depresión(13).

Con respecto a la causa, se supone que puede ser reactiva (a la enfermedad crónica y la discapacidad), manifestación de la EP en sí misma, de factores no relacionados con la enfermedad, o conjunción de varios de estos mecanismos. Es poco probable que esté relacionada con la dopamina(34), y es probable que se relacione con déficit serotoninérgico(59, 60) y noradrenérgico(13).

Alrededor del 54% cumple criterios para depresión mayor de intensidad moderada/severa y un 45% cumple criterios para distimia (ambos según DSM III-

R)(13). Es excepcional la depresión psicótica(86). Se ha descrito pseudodemencia depresiva, y es muy común –46%– la existencia de síntomas depresivos sin que haya un síndrome depresivo(13, 60, 85). Debe investigarse la depresión ante la presencia de sueños vívidos, alucinaciones o delirios(13).

Cuadro clínico:

Escasa culpa y escasos autoreproches, ansiedad e irritabilidad, ataques de pánico(57), pesimismo en relación al futuro, infrecuentes delirios y alucinaciones, anhedonia, disminución de la libido y del apetito(13, 34), frecuente ideación suicida, pero muy bajo riesgo de suicidio(12, 71). Se acompaña de trastornos cognitivos(82, 86, 92). Puede estar relacionada o aparecer en los períodos "off" de la enfermedad (se asocia a temblor, bradiquinesia) y en este caso responde poco a los antidepresivos(12).

Tratamiento:

- descartar otras causas de depresión (por ejemplo hipotiroidismo)
- si se relaciona con períodos "off", debería tratarse inicialmente la fluctuación motora con fármacos adecuados(95)
- en relación a los antidepresivos, excepto bupropión, amoxapina e IMAO no hay evidencias que sugieran el uso de algún fármaco o grupo farmacológico en particular(5). Pueden utilizarse tanto antidepresivos tricíclicos como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina a dosis habituales. Si bien es excepcional que cuando los ISRS se administran junto con selegilina se produzca un síndrome serotoninérgico, y aún así que sea grave(95), se recomienda la suspensión de la selegilina(12).
- terapia electroconvulsiva: se administra ante depresiones refractarias que no responden a antidepresivos, intolerancia a los mismos, o necesidad de una respuesta rápida(16, 28, 95). Mejora la motricidad –en general a las dos aplicaciones– y el trastorno anímico. El beneficio es limitado; llega excepcionalmente a los seis meses(16), pero dura en general semanas. Puede provocar confusión mental transitoria(64). Se ha sugerido la posibilidad de usar técnicas de mantenimiento quincenal o mensual, unilateral derecha, por períodos prolongados(3). Se recomienda asimismo el mantenimiento a largo plazo con dosis bajas de antidepresivos para mantener la remisión(28).
- Otras: psicoterapia individual, grupal y terapia lumínica(12).

C. Ansiedad

Entre el 24%(94) y el 38%(83) de los pacientes con EP presentan algún tipo de trastorno por ansiedad como ser: trastorno de pánico, ansiedad generalizada, fobia social, fobia simple(46, 83, 94).

En el caso particular del parkinsonismo idiopático familiar el trastorno obsesivo-compulsivo y el tras-

torno de pánico sería 5 veces más frecuente que en la población general(47).

La importancia de estos trastornos está dada porque empeoran los síntomas de la EP, y pueden determinar que no mejore el estatus neurológico del paciente(75).

Lo más frecuente es que se manifieste luego del diagnóstico de la EP y puede ocurrir en forma aislada o asociada con depresión(37, 80). Puede relacionarse(46, 83) o no(55, 80, 94) con los períodos "off". Es posible que esté vinculada a la duración de la enfermedad(80). Algunos consideran las crisis de pánico como una complicación de la terapia con levodopa a largo plazo(94).

Se supone que en su patogénesis está involucrado el sistema dopaminérgico.

Tratamiento(52, 95):

- si se relacionan con los períodos "off" hay que tratar el trastorno motor

- si ocurren en "on" u "off" -u ocurrieran en "off" y no mejoraran al tratar el trastorno motor- se puede recurrir a ansiolíticos (alprazolam, lorazepam, clonazepam, buspirona) a dosis habituales, o bien dosis bajas de tricíclicos o ISRS. Si aún así no hay mejoría debería considerarse la posibilidad de estar ante una depresión agitada.

D. Trastornos cognitivos

La frecuencia de trastornos cognitivos en la EP oscila entre el 3-93 %(4). Son trastornos de lenta evolución, son parte de la EP y aumentan al recibir levodopa(8, 93). Dependen del rendimiento intelectual previo al inicio de la enfermedad(69), y son más frecuentes cuando hay depresión(43) y demencia(58), así como en las EP de inicio tardío, en ancianos, en los primeros cinco años de evolución de la enfermedad y en las formas aquinéticorígidadas(50), y los fármacos anticolinérgicos incrementan particularmente estos trastornos(76).

Estarían involucrados el sistema dopaminérgico mesocorticolímbico, lesiones en los núcleos del rafe dorsales y mediales(43), disminución de la población neuronal en la substantia innominata y el locus coeruleus(93), así como lesión de la sustancia blanca adyacente a los ganglios basales(48).

Se manifiesta entre otras cosas por(4, 43, 48, 50): trastornos del habla (disartria hipofonética), dificultad

para procesar oraciones, para reconocer rostros, anomias de evocación, pseudo parafrasis verbales, alteración en la formación de conceptos. La atención está conservada.

Tratamiento:

- a. descartar problemas médicos intercurrentes,
- b. suspender fármacos no imprescindibles (sobre todo anticolinérgicos),

- c. luego y en el orden siguiente: anticolinérgicos, amantadina, selegilina, agonistas dopaminérgicos y finalmente levodopa(95). Se puede intentar una prueba con donepezil 5-10 mg/día o rivastigmina 6-12 mg/d(52).

E. Demencia

Se describe en un rango del 8 al 81%(1) con una media del 30%(57). Se vincula con aumento de la mortalidad(58). Son factores de riesgo para demencia en EP(1, 54, 57): la EP en sí misma (el doble que la población general), edad avanzada, inicio tardío de la enfermedad, confinamiento institucional, mayor tiempo de evolución de la EP y marcada sintomatología extrapiramidal.

Si bien clásicamente se ubica dentro de las demencias subcorticales(9), actualmente está en discusión si la demencia de la EP no debiera considerarse dentro de las formas corticales(23, 52). Rara vez aparece precozmente y cuando esto ocurre debe hacer sospechar otro diagnóstico(24)

Además del diagnóstico diferencial que debe realizarse en todo paciente con demencia, se agregan dos tópicos particulares:

- a. la diferenciación entre demencia por EP, por enfermedad de Alzheimer y demencia por cuerpos de Lewy, lo cual a veces es complejo tanto para la neurología como para la psiquiatría dado el frecuente traslapamiento de los síntomas(41). Es muy discutida la continuidad existente entre estas tres entidades como parte de un mismo proceso neurodegenerativo(28, 36, 61, 70) y

- b. la presencia o no de depresión(29).

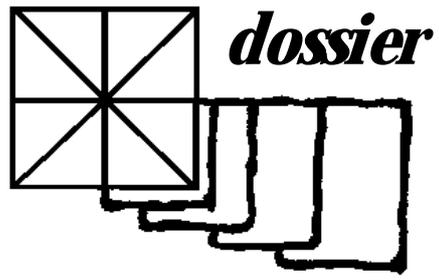
Las bases biológicas de la demencia en EP se relacionarían con pérdida neuronal en la parte medial de la substantia nigra, así como en el núcleo basal de Meynert(73), y participación de sistemas serotoninérgicos(78). El tratamiento es básicamente el mismo que el descrito para los trastornos cognitivos ■

Referencias bibliográficas

1. Aarsland D., Tandberg E., Larsen J. P., Cummings J. L., Frequency of dementia in Parkinson disease. *Arch. Neurol.* 1996; 53: 538-542.
2. Aarsland D, Larsen J. P., Cummings J. L., Laake K., Prevalence and clinical correlates of psychotic symptoms in Parkinson disease. A community based study. *Arch. Neurol.*

- rol. 1999; 56: 595-601.
3. Abrams R., ECT for Parkinson's disease (editorial). *Am. J. Psychiatry* 1989; 146: 1391-1393.
 4. Allegri R. F., Ranalli C. G., Daras A., Fascetto V., Gallegos M., Scarlatti A., et al., Evaluación neuropsicológica en la enfermedad de Parkinson. *Medicina*(Buenos Aires) 1992; 52: 141-144.
 5. American Psychiatric Association Guidelines. Practice guideline for major depressive disorder in adults. *Am. J. Psychiatry* 1993; 150 (4 Suppl): 17.
 6. Andersen S., Patient perspective and self-help. *Neurology* 1999; 52 (Suppl 3): 2628.
 7. Baldessarini R. J., Frankenburg F. R., Clozapine. A novel antipsychotic agent. *N. Engl. J. Med.*1991; 324: 746-754.
 8. Bayles K. A., Tomoeda Ch. K., Wood J. A., Montgomery E. B., Cruz R. F., Azuma T., et al., Change in cognitive function in idiopathic Parkinson disease. *Arch. Neurol.*1996; 53: 1140-1146.
 9. Bulbena A., Demencias. En: Vallejo Ruiloba J., editor. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* 8ª edición. Barcelona: Salvat Editores; 1991. P. 533.
 10. Cambier J., Masson M., Dehen H., *Manual de Neurología*. Barcelona, Editorial Masson SA; 1983.
 11. Cole S. A., Woodward J. L., Juncos J. L., Kogos J. L., Youngstrom E. A., Watts R. L., Depression and disability in Parkinson's disease. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 1996; 8: 20-25.
 12. Cote L., Depression: impact and management by the patient and family. *Neurology* 1999; 52 (Suppl 3): 57-59
 13. Cummings J. L., Depression in Parkinson's disease: a review. *Am. J. Psychiatry* 1992; 149: 443-454.
 14. Cummings J. L., Managing psychosis in patients with Parkinson's disease (editorial). *N. Engl. J. Med.*1999; 340: 801-803.
 15. Dooneief G., Mirabello E., Bell K., Marder K., Stern Y., Mayeux R., An estimate of the incidence of depression in idiopathic Parkinson's disease. *Arch. Neurol.*1992; 49: 305-307.
 16. Douyon R. D., Serby M., Klutchko B., Rotrosen J., ECT and Parkinson's disease revisited: a naturalistic study. *Am. J. Psychiatry* 1989; 146: 1451-1455.
 17. Ellgring J. H., Depression, psychosis and dementia. Impact on the family. *Neurology* 1999; 52 (Suppl 3): 17-20
 18. Ellgring H., Seiler S., Perleth B., Frings W., Gasser T., Oertel W., Psychosocial aspects of Parkinson's disease. *Neurology* 1993; 43 (Suppl 6): S41-S44.
 19. Ey H., Bernard P., Brisset Ch., *Tratado de Psiquiatría* 8ª edición (3ª reimposición). Barcelona: Editorial Masson SA; 1990.
 20. Factor S. A., Brown D., Clozapine prevents recurrence of psychosis in Parkinson's disease. *Mov Disord.* 1992; 7: 125-131.
 21. Factor S. A., Brown D., Molho E. S., Podskalny G. D., Clozapine: a 2-year open trial in Parkinson's disease patients with psychosis. *Neurology* 1994; 44: 544-546.
 22. Factor S. A., Molho E. S., Brown D. L., Combined clozapine and electroconvulsive therapy for the treatment of drug-induced psychosis in Parkinson's disease. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 1995; 7: 304-307.
 23. Finalli G., Piccirilli M., Rizzuto S., Giulietti O., El deterioro cognitivo en los pacientes afectados por enfermedad de Parkinson. *Gion. Gerontol* 1997; 45: 425-434 (Publicado en español en *Revista Geriátrica Práctica* 1999; IX (2): 9-17).
 24. Folstein M. F., Differential diagnosis of dementia. The clinical process. *The Psychiatric Clinics of North America* 1997; 20: 45-57.
 25. Friedman J., Olanzapine in the treatment of dopaminomimetic psychosis in patients with Parkinson's disease (letter). *Neurology* 1998; 50: 1195-1196.
 26. Friedman J. H., Goldstein S., Jacques C., Substituting clozapine for olanzapine in psychiatrically stable Parkinson's disease patients: results of an open label pilot study. *Clin. Neuropharmacol.*1998; 21: 285-288.
 27. Friedman J. H., The management of the levodopa psychoses (review). *Clin. Neuropharmacol.* 1991; 14: 283-295.
 28. Friedman J. H., Mental changes in Parkinson's disease. En: Samuels M., Feske S., editors. *Office Practice of Neurology* New York: Churchill Livingstone Inc; 1996. Ps 633-637.
 29. Geldmacher D. S., Whitehouse P. J., Evaluation of dementia. *N. Engl. J. Med.*1996; 335: 330-336.
 30. Gershanik O., Farmacología en la Enfermedad de Parkinson. En: Moizeszowicz J., editor. *Psicofarmacología Psicodinámica III*. 3ª edición. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1994. Ps 565-639.
 31. Goetz Ch. G., Vogel C., Tanner C. M., Stebbins G. T., Early dopaminergic drug induced hallucination in parkinsonian patients. *Neurology* 1998; 51: 811-814.
 32. Goetz Ch. G., Sttebins G. T., Mortality and hallucinations in nursing home patients with advanced Parkinson's disease. *Neurology* 1995; 45: 669-671.
 33. Golden W. E., Lavender R. C., Metzger W. S., Acute postoperative confusion and hallucinations in Parkinson disease. *Ann. Intern. Med.*1989; 111: 218-222.
 34. Gotham A. M., Brown R. G., Marsden C. D., Depression in Parkinson's disease: a quantitative and qualitative analysis. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.* 1986; 49: 381-389.
 35. Graham S. M., Sussman J. D., Ford K. S., Sagar H. J., Olanzapine in the treatment of hallucinosis in idiopathic Parkinson's disease: a cautionary note. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.* 1998; 65: 774-777
 36. Hely M. A., Reid W. G. J., Halliday G. M., McRitchie D. A., Leicester J., Joffe R., et al., Diffuse Lewy body disease: clinical features in nine cases without coexistent Alzheimer's disease. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.* 1996; 60: 531-538.
 37. Henderson R., Kurlan R., Kersun J. M., Como P., Preliminary examination of the comorbidity of anxiety and depression in Parkinson's disease. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 1992; 4: 257-264.
 38. Hoehn M. M., Yahr M. D., Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology* 1967; 17: 427-442.
 39. Jancovic J., Parkinsonism. En: Bennett C., Plum F., editors. *Cecil Textbook of Medicine* 20 edition. Philadelphia: WB Saunders Company; 1996. Ps 2044-2046.
 40. Kim E., Zvil A. S., McAllister T. W., Glosser D. S., Stern M., Hurtig H., Treatment of organic bipolar mood disorders in Parkinson's disease. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 1994; 6: 181-184.
 41. Klatka L. A., Louis D. E., Schiffer R. B., Psychiatric features in diffuse Lewy body disease: a clinicopathologic study using Alzheimer's disease and Parkinson's disease comparison groups. *Neurology* 1996; 47: 1148-1152.
 42. Kostic V. S., Filipovic S. R., Lecic D., Momcilovic D., Sodic D., Sternic N., Effect of age at onset on frequency of depression in Parkinson's disease. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.* 1994; 57: 1265-1267.
 43. Kuzis G., Sabe L., Tiberti C., Leiguarda R., Starkstein S. E., Cognitive functions in major depression and Parkinson disease. *Arch. Neurol.*1997; 54: 982-986.
 44. Lang A. E., Movement Disorder Symptomatology. Akinetic-Rigid Syndrome (Parkinsonism). En: Bradley W., Daroff R., Fenichel G., Marsden C. D., editors. *Neurology in Clinical Practice*. 2ª edición. Boston: Butterworth-Heinemann; 1996. Ps 300-304.
 45. Lang A. E., Lozano A. M., Parkinson's disease. Review Article. *N. Engl. J. Med.*1998; 339: (Pt 1) 1044-1053 (Pt2) 1130-1143.
 46. Lauterbach E. C., Duvoisin R. C., Anxiety disorders in familial parkinsonism (letter). *Am. J. Psychiatry* 1991; 148: 274.
 47. Lauterbach E. C., Duvoisin R., Neuropsychiatric correlates of familial parkinsonism (abstract). *Neurology* 1987; 37 (Suppl 1): 267.
 48. Leiguarda R. C., Pramstaller P. P., Merello M., Starkstein S., Lees A. J., Marsden C. D., Apraxia in Parkinson's disease, progressive supranuclear palsy, multiple system atrophy and neuroleptic induced parkinsonism. *Brain* 1997; 120: 75-90.
 49. Lepore F. E., Visual loss as a causative factor in visual hallucinations associated with Parkinson disease (letter). *Arch. Neurol.*1997; 54: 799.
 50. Levin B. E., Tomer R., Rey G. J., Cognitive impairments in Parkinson's disease. *Neurologic Clinics* 1992; 10: 471-485.
 51. Levy M. L., Cummings J. L., Fairbanks L. A., et al., Apathy is not depression. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosurg.* 1998; 10: 314-319.
 52. Lieberman A., Managing neuropsychiatric symptoms of Parkinson's disease. *Neurology* 1998; 50 (Suppl 6): 33-38.
 53. Lipowski Z. J., Delirium in the elderly patient. *N. Engl. J. Med.* 1989; 320: 578-582.
 54. Marder K., Tang M-X., Cote L., Stern Y., Mayeux R., The frequency and associated risk factors for dementia in patients

- with Parkinson's disease. *Arch. Neurol.*1995; 52: 695-701.
55. Maricle R. A., Nutt J. G., Carter J. H., Mood and anxiety fluctuation in Parkinson's disease associated with levodopa infusion: preliminary findings. *Mov Disord.*1995; 10: 329-332.
 56. Marsden C. D., Parkinson's disease (review article). *Lancet* 1990; 335: 948-952.
 57. Mayeux R., Denaro J., Hermenegildo N., Marder K., Tang M. X., Cote L. J., et al., A population based investigation of Parkinson's disease with and without dementia. Relationship to age and gender. *Arch. Neurol.*1992; 49: 492-497.
 58. Mayeux R., A current analysis of behavioral problems in patients with idiopathic Parkinson's disease. *Mov. Disord.* 1989; 4 (Suppl 1): S48-S56.
 59. Mayeux R., Stern Y., Sano M., Williams J. B. W., Cote L. J., The relationship of serotonin to depression in Parkinson's disease. *Mov. Disord.*1988; 3: 237-244.
 60. McCance-Katz E., Marek K., Price L., Serotonergic dysfunction in depression associated with Parkinson's disease (case report). *Neurology*1992; 42: 1813-1814.
 61. McKeith I. G., Galasko D., Kosaka K., Perry E. K., Dickson D. W., Hansen L. A., et al., for the Consortium on Dementia with Lewy Bodies. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology*1996; 47: 1113-1124.
 62. Melamed E., Friedberg G., Zoldan J., Psychosis. Impact on the patients and family. *Neurology*1999; 52 (Suppl 3): 14-16.
 63. Menza M. A., Mark M. H., Parkinson's disease and depression: the relationship to disability and personality. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*1994; 6: 165-169.
 64. Moellentine Ch., Rummans T., Ahlskog J. E. et al., Effectiveness of ECT in patients with parkinsonism. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci*1998; 10: 187-193.
 65. Musser W. S., Akil M., Clozapine as a treatment for psychosis in Parkinson's disease: a review. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*1996; 8: 1-9.
 66. Novedades en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson. *Salud para Todos*Buenos Aires. Diciembre 1997. Año 5. N° 55: 21.
 67. Pappert E. J., Goetz Ch. G., Niederman F. G., Raman R., Leurgans S., Hallucinations, sleep fragmentation and altered dream phenomena in Parkinson's disease. *Mov. Disord.* 1999; 14: 117-121.
 68. Parsa M. A., Bastani B., Quetiapine (Seroquel) in the treatment of psychosis in patients with Parkinson's disease. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci*1998; 10: 216-219.
 69. Pate D. S., Margolin D. I., Cognitive slowing in Parkinson's and Alzheimer's patients: distinguishing bradyphrenia from dementia. *Neurology*1994; 44: 669-674.
 70. Perl D. P., Warren Olanov C., Calne D., Alzheimer's disease and Parkinson's disease: distinct entities or extremes of a spectrum of neurodegeneration *Ann. Neurol.* 1998; 44 (Suppl1): 19-31.
 71. Poewe W., Luginger E., Depression in Parkinson's disease. Impediments to recognition and treatment options. *Neurology*1999; 52 (Suppl 3): 2-6.
 72. Riley D. E., Lang A. E., Movement disorders (Parkinson's disease). En: Bradley W., Daroff R., Fenichel G., Marsden C. D., editors. *Neurology in Clinical Practice*segunda edición. Boston: Butterworth-Heinemann; 1996. Ps 1737-1742.
 73. Rinne J. O., Rummukainen J., Paljärvi L., Rinne U. K., Dementia in Parkinson's disease is related to neuronal loss in the medial substantia nigra. *Ann. Neurol.*1989; 26: 47-50.
 74. Roane D. M., Rogers J. D., Robinson J. H., Feinberg T. E., Delusional misidentification in association with parkinsonism. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci*1998; 10: 194-198.
 75. Routh L. S., Black J. L., Ahlskog J. E., Parkinson's disease complicated by anxiety (case report). *May Clin. Proc.*1987; 62: 733-735.
 76. Saint-Cyr J. A., Taylor A. E., Lang A. E., Neuropsychological and psychiatric side effects in the treatment of Parkinson's disease. *Neurology*1993; 43 (Suppl 6): S47-S52.
 77. Sanchez Ramos J. R., Ortoll R., Paulson G. W., Visual hallucinations associated with Parkinson disease. *Arch. Neurol.* 1996; 53: 1265-1268.
 78. Sano M., Stern Y., Williams J., Cote L., Rosenstein R., Ma-yeux R., Coexisting dementia and depression in Parkinson's disease. *Arch. Neurol.*1989; 46: 1284-1286.
 79. Shergill S. S., Walker Z., Le Katona C., A preliminary investigation of laterality in Parkinson's disease and susceptibility of psychosis (letter). *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr*1998; 65 (4): 610-611.
 80. Siemers E. R., Shekhar A., Quaid K., Dickson H., Anxiety and motor performance in Parkinson's disease. *Mov. Disord.* 1993; 8: 501-506.
 81. Starkstein S. E., Berthier M. L., Bolduc P. L., Preziosi T. J., Robinson R. G., Depression in patients with early versus late onset of Parkinson's disease. *Neurology*1989; 39: 1441-1445.
 82. Starkstein S. E., Mayberg H. S., Leiguarda R., Preziosi T. J., Robinson R. G., A prospective longitudinal study of depression, cognitive decline and physical impairment in patients with Parkinson's disease. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr* 1992; 55: 377-382.
 83. Stein M. B., Heuser I. J., Juncos J. L., Uhde T. W., Anxiety disorders in patients with Parkinson's disease. *Am. J. Psychiatry* 1990; 147: 217-220.
 84. Sudarsky L. R., Parkinson's disease: recognition, diagnosis and management. En: Samuels M., Feske S., editors. *Office Practice of Neurology*New York: Churchill Livingstone Inc; 1996. Ps 620-623.
 85. Tandberg E., Larsen J. P., Aarsland D., Cummings J. L., The occurrence of depression in Parkinson's disease. A community based study. *Arch. Neurol.*1996; 53: 175-179.
 86. Tandberg E, Larsen JP, Aarsland D, Laake K, Cummings JL. Risk factors for depression in Parkinson disease. *Arch Neurol* 1997; 54: 625-630.
 87. Tanner C. M., Goldman S. M., Epidemiology of Parkinson's disease. *Neurologic Clinics*1996; 14(2): 317-335.
 88. Teunisse R. J, Cruysberg J. R., Hoefnagels W. H., Verbeek A. L., Zitman F. G., Visual hallucinations in psychologically normal people: Charles Bonnet's syndrome. *Lancet* 1996; 347: 794-797.
 89. The French Clozapine Parkinson Study Group. Clozapine in drug induced psychosis in Parkinson's disease (letter). *The Lancet*1999; 353: 2041-2042.
 90. The Parkinson Study Group. Low dose clozapine for the treatment of drug induced psychosis in Parkinson's disease. *N. Engl. J. Med.*1999; 340: 757-763.
 91. Trosch R. M., Friedman J. H., Lannon M. C, et al.. Clozapine use in Parkinson's disease: a retrospective analysis of a large multicentered clinical experience. *Mov. Disord.*1998; 13: 377-382.
 92. Tröster A. I., Paolo A. M., Lyons K. E., Glatt S. L., Hubble J. P., Koller W. C., The influence of depression on cognition in Parkinson's disease: a pattern of impairment distinguishable from Alzheimer's disease. *Neurology*1995; 45: 672-676.
 93. Tsai C-H., Lu C-S., Hua M-S., Lo W-L., Lo S-K., Cognitive dysfunction in early onset parkinsonism. *Acta Neurol. Scand* 1994; 89: 9-14.
 94. Vazquez A., Jimenez-Jimenez F. J., Garcia Ruiz P., Garcia Urra D., "Panic attacks" in Parkinson's disease. A long term complication of levodopatherapy. *Acta Neurol. Scand.*1993; 87: 14-18.
 95. Warren Olanov C., Koller W. C., An algorithm (decision tree) of Parkinson's disease: treatment guidelines. *Neurology* 1998; 50 (Suppl 3): S41-S50.
 96. Waters Ch. H., Managing the late complications of Parkinson's disease. *Neurology*1994; 49 (Suppl 1): S49-S57.
 97. Wolters Ch. E., Jansen E. N. H., Tuynman-Qua H. G., Bergmans P. L. M., Olanzapine in the treatment of dopaminomimetic psychosis in patients with Parkinson's disease. *Neurology*1996; 47: 1085-1087.
 98. Wolters E. Ch., Dopaminomimetic psychosis in Parkinson's disease patients. Diagnosis and treatment. *Neurology* 1999; 52 (Suppl 3): 10-13.
 99. Zoldan J., Friedberg G., Livneh M., Melamed E., Psychosis in advanced Parkinson's disease: treatment with ondansetron, a 5-HT3 receptor antagonist. *Neurology*1995; 45: 1305-1308.
 100. Zoldan J., Friedberg G., Goldberg-Stern H., Melamed E., Ondansetron for hallucinosis in advanced Parkinson's disease (letter). *Lancet*1993; 341: 562-563.



Género y Psiquiatría

Coordinadores:
Norberto Conti, Daniel Matusevich

Introducción

Los estudios de género tienen su origen histórico en los movimientos de reivindicación de los derechos de la mujer comenzados en la primera mitad del siglo XX y mundialmente conocidos como movimientos feministas. La característica descollante de los mismos ha sido, y es aún hoy, su intensa militancia política en defensa de la mujer y la denuncia de las desigualdades a favor de los varones en todos los planos de la vida social. Muchas veces el discurso feminista ha rozado una prédica reaccionaria basada en una ideología androfóbica que, en lugar de destacar la mirada femenina acerca del mundo, ha intentado borrar las diferencias intrínsecas a la condición humana para arrojar a la mujer a una alienante carrera en búsqueda de lugares y jerarquías organizados y sancionados desde una cosmovisión masculina (en este sentido es interesante el paralelismo que se puede trazar entre este intento y la exigencia a la psicología y la sociología por parte del positivismo lógico de expresarse en términos físico-matemáticos para alcanzar estatus científico; exigencia francamente paradójica ya que desnaturaliza a esas disciplinas para poder legitimarlas).

Ahora bien, en el mismo núcleo generador del pensamiento-feminista se origina una vertiente de desarrollo académico que con un inapelable fundamento epistémico se expande en los últimos veinte años tratando de mostrar y demostrar que aquello que consideramos la organización natural y social del mundo es sólo una organización posible, la organización legitimada por la mirada masculina de la realidad (No es casual que esta crítica a la mirada oficial entendida como masculina se desarrolle poderosamente en el actual contexto que abarca desde las nociones de muerte de dios, época del fin de la metafísica y desarrollo del pensamiento débil hasta el respeto por las minorías étnicas y sexuales en los países desarrollados).

Esta concepción no es una novedad intelectual de cara sólo al ámbito académico. En efecto, sostener que el conocimiento establecido, las formas de socialización y lo sancionado como normal o patológico (por nombrar algunas organizaciones discursivas y ético-conductuales de las

muchas posibles de analizar en el plano de la cultura humana) se legitiman desde una perspectiva posible, pero no única, y que ésta es masculina y dominante obliga a un sin número de replanteos no menores, como por ejemplo el concepto de salud de la mujer, la epidemiología psiquiátrica femenina, la medición de estándar intelectual, la relación médico/a-paciente, etc.

Otra concepción en torno a esta problemática que, por controvertida, resulta importante destacar es la expresada en el American Journal of Psychiatry de diciembre de 1997 en su nota editorial firmada por su directora la Dra. Nancy Andreasen(1). Allí la autora centra su atención en dos aspectos. En primer lugar, que en la actualidad existe una preferencia por parte de los investigadores para enfatizar las diferencias entre los sexos minimizando las posibles similitudes, las cuales, a su entender, no tendrían atractivo para la comunidad científica. En segundo lugar, que los estudios que examinan las diferencias entre los géneros en prevalencia de enfermedades, biología del cerebro y habilidades mentales deben basarse en interpretaciones muy cuidadosas y con una base científica muy firme. El horizonte de construcción de estas dos aseveraciones es una tan innegable como velada indiferenciación epistemológica entre los conceptos de sexo y género. Al respecto cabe retomar a Dio Bleichmar cuando plantea que. lo que el concepto de género pone de manifiesto con nitidez, tanto en su origen como en su estructura, es la naturaleza psicosocial de la femineidad/masculinidad, naturaleza bifronte como testimonian las nociones de identidad y rol de género. El género es tanto un rol como una identidad, un conjunto de prescripciones y prohibiciones para el ejercicio de una conducta, así como un sentimiento del ser que se reconoce -femenino o masculino- para desempeñar las actividades y conductas propias a su condición, y es reconocido por los otros en tanto se ajuste a ese desempeño esperado"(2).

El desconocimiento de esta diferencia nos empuja inevitablemente hacia un reduccionismo sustentado en una visión positivista de la producción científica que se apoya casi exclusivamente en un paradigma biológico como matriz conceptual explicativa de la realidad circundante, descartando la producción de discursos interdisciplinarios que capitalicen los aportes de la antropología, la sociología, la historia y la filosofía.

Con este Dossier deseamos contribuir a sentar las bases de un rico y fructífero debate en la psiquiatría argentina alrededor de este tema tan controvertido como imprescindible; para ello ofrecemos a nuestros lectores una selección de artículos que pueden servir como punto de partida para pensar las complejas relaciones entre género y psiquiatría ■

Referencias bibliográficas

1. Andreasen, N., What Shape Are We In? Gender, Psychopathology and the Brain, *American Journal of Psychiatry* 1997; Vol. 154, No 12: 1637-1639.
2. Dio Bleichmar, E., "El Sistema Sexo-Género" en Vidal, Alarcón, Lolas, *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*, Ed. Panamericana, Buenos Aires, 1995, 676-679.

Orígenes históricos del concepto de género en la cultura occidental

Norberto Aldo Conti

*Médico psiquiatra (UBA). Jefe de Servicio, Hosp. "J. T. Borda" (GCBA),
Presidente del Capítulo de Historia de la Psiquiatría, Asoc. de Psiq. Argentinos (APSA).
Av. Belgrano 1836, 7° 30, Ciudad de Buenos Aires, nconti@seme.com.ar*

Todos conocemos, con mayor o menor profundidad, la "historia oficial" de la cultura occidental nacida del genio apabullante de la cultura helénica precristiana. Esa historia nos presenta una serie de acontecimientos que trataré de ordenar en forma sinóptica para luego proponer una visión crítica de los mismos en consonancia con las actuales reflexiones en torno al concepto de género.

El primer relato oficial se constituye a lo largo de los siglos XVIII y XIX empujado por la fuerza de los estudios filológicos, especialmente en Alemania y con el desarrollo de la hermenéutica como herramienta científica legitimada por los trabajos de Schleiermacher (1768-1834)(57). En efecto, la proliferación de traducciones de textos griegos, en especial la consolidación del corpus presocrático(18), permite el ajuste de una línea interpretativa acerca del origen griego que durante mucho tiempo constituirá el supuesto básico subyacente a cualquier interpretación histórica del problema(1, 8, 11, 21, 74, 83).

Para esta concepción la cultura griega tiene su alumbramiento hacia el 1.200 a C. momento en el cual "los griegos" habrían llegado a la península desplazando a las poblaciones aborígenes que la habitaban hasta entonces. A partir de su instalación, y dadas las excepcionales condiciones naturales allí imperantes, florece esa cultura singular que alcanza su acmé entre los siglos V y III a C. para luego entrar en un largo período de decadencia pero dejando una marca singular y definitiva en el pensamiento y la vida de occidente. Aquí aparece el problema interpretativo fundamental ¿quiénes son "los griegos"? y ¿de dónde vienen? El análisis filológico de los textos

griegos y de textos encontrados en las culturas florecidas en la zona del valle del río Indo, en Asia, nos coloca, en la segunda mitad del siglo XIX, en los albores mismos de la lingüística moderna. En efecto el estudio comparado de la estructura lingüística del griego, el sánscrito y el alemán permite reconocer una estructura discursiva previa compartida por los tres y hace plausible la idea de la existencia de una lengua madre denominada entonces, por su origen geográfico, lengua indoeuropea. Sobrevienen luego otras conjeturas que toman cuerpo científico y "aclaran" el origen de la cultura. La lengua indoeuropea fue hablada por un pueblo constituido por una raza, la raza indoeuropea, la cual bajó de su zona de origen (la región carpatodanubiana) hacia el mediterráneo y la península griega en sucesivas oleadas a lo largo del segundo milenio, para establecerse en la Hélade hacia el 1.200 a C. De la misma migración hacia otras regiones habrían surgido las culturas del valle del Indo y la cultura germánica. Todos los atributos excelsos de la cultura occidental partirían de su matriz indoeuropea en la cual se encontraban en potencia y que fueron puestos en acto durante el esplendor griego(82).

El relato precedente comienza a perder legitimidad durante el primer tercio del siglo XX, debido entre otros muchos motivos, a la enorme cantidad de evidencias empíricas halladas en el ámbito de la cultura griega, de toda la costa del Mediterráneo hasta su extremo oriental y de la zona de la llamada "medialuna fértil" que incluye las fuentes históricas de todas las culturas que florecieron entre los ríos Tigris y Éufrates(4, 5, 7, 14, 15, 29, 42, 48, 50, 59, 60, 66).

Resumen

En el presente trabajo se efectúa un análisis, desde la historia de la cultura, del proceso de formación del pensamiento occidental a partir de la constitución, en ese momento inicial, de una interpretación de la realidad que luego atraviesa toda la historia de Occidente y que constituye el punto de partida del status tradicional adjudicado a lo "femenino" en dicha cultura.

Palabras clave: Género - Matriarcal - Indoeuropeo - Patriarcal - Dualismo platónico - Filosofía occidental.

HISTORICAL ORIGINS OF "GENDER" IN WESTERN CULTURE

Summary

The present article analyses, from the point of view of the history of culture, the process that led to the constitution of western thought, which takes root in the constitution of greek thought and culture. The constitution of an interpretation of reality arisen in those early times, end that would later go through the history of the western world, is here considered the starting point of a status traditionally related to what was "feminine" in the western culture.

Key Words: Gender - Matriarcal - Indoeuropean - Patriarcal - Plato's dualism - Western philosophy.

Este rico material entregó información (y aún la sigue entregando) acerca del pensamiento, el arte, la tecnología, las creencias y todos los aspectos que constituyen la cultura humana. De ellos se desprende que los griegos no "llegaron" al territorio, sino que se conformaron en el territorio a lo largo de cientos de años y por lo tanto son la expresión final de un complejo proceso de entrecruzamientos étnicos y culturales, de los cuales quisiera retener una breve semblanza para luego seguir adelante.

Entre los años 2200 y 1500 a C. se desarrolló en la Grecia insular una rica cultura que tiene como expresión más antigua el arte cicládico y como expresión más desarrollada la cultura minoica que floreció en Creta. El patrón de organización de estas culturas llamadas (junto con otras muchas culturas costeras) "mediterráneas" es agrícola-matriarcal. A este patrón se llega luego de un largo proceso civilizatorio que incluye: **a.** el reconocimiento de las bondades alimenticias del grano, y el conocimiento y manejo tecnológico de su ciclo reproductivo y de las técnicas culinarias necesarias para transformarlo en alimento equilibrado para las necesidades humanas, **b.** el conocimiento de las técnicas de crianza y control de animales domesticables que brindan materia prima para la elaboración de alimentos (en especial los derivados de la leche), **c.** el manejo tecnológico del fuego a través de la ingeniería de hornos de barro (en fecha tan temprana como 4.200 a C. en la península griega y su zona de difusión cultural se habían desarrollado hornos que alcanzaban temperaturas de 600C), **d.** el conocimiento tecnológico para la producción de cerámica utilizada en forma doméstica y ritual (este conocimiento se origina en Jarmo, localidad ubicada al NE. del río Tigris en la ladera occidental de los montes Zagros, origen de la civilización sumeria, que corresponde al actual Irak) que se difunde en la costa del Mediterráneo oriental y el Egeo antes del 4500. a C. También desarrollan un sistema de escritura silábico-ideográfico emparentado con los surgentes en la costa fenicia; recordemos que es en Ugarit donde hacia 1400 a C. se inventa el primer alfabeto.

La organización de una base material de la existencia dependiente de los ciclos biológicos vegetales y animales organiza en estas culturas una interpretación de la realidad en la cual ocupan un lugar preeminente la vivencia cíclica del tiempo(31) y el culto a la fertilidad en todas sus formas(21, 28, 42). Es justamente este culto a la fertilidad (de la cual depende el sustrato material) el que lleva al desarrollo de divinidades femeninas que si bien toman diferentes conformaciones locales, no son más que manifestaciones de una única diosa madre-tierra, Deméter, poseedora de todas las bondades y de todos los peligros, ya que, al igual que el ciclo vital que simbólicamente encarna, representa vida, procreación, muerte y putrefacción, siendo ella el soporte material y espiritual de todos los momentos posibles de la existencia(21, 22, 26, 31). He aquí el origen del lado oscuro de la deidad femenina que se multiplica en las divinidades "ctónicas" o subterráneas a las que se confiere aspectos sombríos y detestables con diseños que corresponden a una legali-

dad desconocida e insondable a la comprensión humana. Los dioses masculinos están presentes pero, si bien son necesarios, su lugar es secundario y sujeto al control femenino. Se trata siempre de un dios hijo y consorte. Así lo encontramos en todas las culturas mediterráneas desde el Mediterráneo oriental fenicio-canaaneo –donde el himno a la diosa Ishtar coloca a Tammuz como dios hijo– hasta las primeras divinidades de estirpe indoeuropea que operan en el Peloponeso micénico –como es el caso de Poseidón, que, en sus orígenes, antes de ser el "señor de los mares", fue simplemente el "marido de la tierra" como se desprende del estudio etimológico del *lineal b* propuesto por Palmer–(21).

Durante este período la matriz cultural "matriarcal-agrícola" mediterránea fue atravesada por el patrón cultural "patriarcal-pastoril" indoeuropeo. Las características centrales de esta cultura eran: el sustento material a través de la caza y la recolección, la vida nómada con las consiguientes estrategias rudimentarias de socialización y el desarrollo de tecnologías. Siendo una necesidad central para la obtención de la base material el uso de la fuerza y destreza físicas, esta cultura desarrolla una organización social de corte patriarcal y autoritario, rasgos que se proyectan simbólicamente en el desarrollo de divinidades masculinas arbitrarias y coléricas que no reconocen más legalidad que la de sus propios designios, y que habitan los cielos abiertos y manifiestan su presencia en la luminosidad del día, la cual permite a los hombres el desplazamiento, la caza y la recolección, elementos básicos de su subsistencia. Son dioses que acompañan en todo lugar a pueblos en permanente desarraigo(21, 22, 28, 42, 82).

El ingreso de estos pueblos indoeuropeos se ubica presumiblemente a partir del siglo XX a C. y con mayor seguridad en el siglo XVII, fecha en la cual la cultura cretense-minoica se halla en su apogeo insular y extiende su influencia sobre el territorio continental. Las características de la integración ocurrida a partir de este momento permiten reconstruir un patrón en el cual la estirpe indoeuropea ocupa primordialmente el lugar del control político y militar, y el componente mediterráneo aporta el sustento material y la matriz cultural, siendo ésta dominante en el terreno simbólico sobre la desarrollada por los inmigrantes que se adaptan a ella para hacerla propia integrando los elementos centrales de su cultura de origen(21, 22, 27, 28, 80).

Este proceso tiene su expresión culminante en la civilización micénica cuyo epicentro es la ciudadela de Micenas que extiende su control político-militar y cultural a todo el Peloponeso entre los siglos XV y XIV a C. Es aquí marcado el sincretismo entre las dos estirpes: el poder político y militar es detentado por una clase dominante guerrera de jinetes indoeuropeos mientras que la estructura económica es sostenida por la estirpe mediterránea, que también aporta lo más esencial de la vida cultural que moldea el desarrollo simbólico de esta sociedad: me refiero al culto a las divinidades femeninas como centrales, el temor a los aspectos ctónicos de la religión y el desarrollo de una escritura silábica impropia para su lengua, el *lineal b* originado hacia 1450 a C., tributario del *lineal a* cretense, y considerado

actualmente como la lengua pre-griega o griego arcaico(21, 27, 28, 36, 47, 65).

En los siglos siguientes a la descripción anterior Micenas extiende su control también sobre Creta pero el hecho trascendente en la configuración de la matriz occidental está dado por la "invasión bárbara" de los pueblos dorios, último movimiento de pueblos indoeuropeos sobre la península, ocurrido hacia 1200 a C. Los dorios arrasaron con toda la estructura cultural de la Hélade, a excepción de la región del Ática, destruyendo Micenas y el resto de ciudades del Peloponeso; este proceso borró la cultura mediterránea e impuso la indoeuropea de los invasores en todo el territorio continental(21, 22, 28, 42, 82).

La clase dominante micénica logró emigrar a través del Egeo y se estableció en la costa del Asia Menor hasta la región del Helesponto constituyendo el germen de la "cultura jónica" considerada la vertiente más rica del genio griego que floreció entre los siglos VII y VI a C.(2, 3, 23, 36, 41, 46, 61, 62, 63, 74); justamente entre los siglos XII y VIII este pueblo migrante completa una mutación fundamental respecto de la cultura micénica que le dio origen y durante esa mutación los rasgos característicos de la cultura matriarcal mediterránea que los había acogido y civilizado se desdibujan y, si bien no desaparecen, se relegan a un lugar secundario y peyorizado. En efecto, la costa del Asia Menor fue desde mucho tiempo antes una zona codiciada por su fertilidad para la explotación de cultivos y estuvo bajo dominación de los Hititas hasta la declinación de éstos hacia 1300 a C. A(7) su llegada los migrantes encontraron una población aborigen de escaso desarrollo cultural, una "clase trabajadora" que fue puesta a su servicio entablando con ella una articulación económica de tipo feudal. Este proceso social, potenciado por el antiguo origen indoeuropeo de la elite migrante y por las influencias del nuevo panorama de culturalización doria del territorio continental, coloca los excelsos atributos femeninos de las divinidades mediterráneas en un lugar secundario primero y, con el tiempo –aunque no desaparecen– encarnan lo temido y peligroso, lo siniestro y ominoso(21). Justamente a partir del 1200 a C. el relevamiento arqueológico permite verificar que desaparecen en las prácticas de enterramiento de todo el mediterráneo las tumbas de tipo "toloí" (verdaderos monumentos funerarios que se construían como morada para una nueva existencia en relación con el mundo ctónico) para ser reemplazadas por la cremación ritual de los cadáveres(28). En estas prácticas se comienza a ver en occidente la aparición de una diferenciación dicotómica entre vida y

muerte con la consiguiente negación del mundo ctónico(21). Este mismo proceso entroniza a las divinidades masculinas y celestiales en un lugar central en la cultura emergente siendo esta época la de la configuración del panteón olímpico, con Zeus en su punto más alto como dios padre, colérico y omnipotente, que, aunque peligroso, no provoca el pavor de lo ominoso presente en el lado ctónico de las antiguas divinidades femeninas. En el panteón veremos simbolizado el proceso de conformación de valores, costumbres y conductas interpersonales que se legalizan en esta sociedad: las figuras masculinas detentan el poder y son jueces de las conductas de dioses y hombres promoviendo recompensas y castigos; las figuras femeninas, si bien proceden de los antiguos cultos minoicos, toman un cariz "olímpico" en actitudes y conductas (Atenea, Hera, Artemisa) y, cuando conservan sus características mediterráneas, sólo lo hacen por fuera del panteón oficial en cultos campesinos locales, como los "Misterios Eleusinos" organizados alrededor de Deméter y Perséfone en la región del Ática y las festividades dionisiacas, cuna de los dítirambos y origen de la tragedia(6, 17, 27, 33, 34, 40, 69, 70).

Consecuentemente con esta organización simbólica la elite migrante se dedica a nuevas actividades como la navegación, la piratería y toda una serie de conductas "masculinas" marcadas por el signo de los ideales heroicos plasmados posteriormente por los poetas homéricos; en efecto, la de la guerra de Troya explicitada en el canto I de la *Iliada*: "la sed de aventuras, la codicia de bienes ajenos y una cuestión de honor" es el tipo de intereses que organiza las actividades de estos señores jónicos. En este contexto es ostensible el ni-



vel de denigración en que quedan ubicadas las actividades agrarias y toda la cosmovisión simbólica que ellas representan(21, 22, 24, 43).

Este complejo proceso sociocultural que se desarrolla a través de cinco siglos permite esa mutación fundamental, que dejará una marca indeleble en la cultura occidental, consistente en la idealización de los aspectos indoeuropeos de la vieja cultura y, tal vez más grave aún que la negación, la denigración de los aspectos mediterráneos de esa misma cultura de origen. Sólo después de esa mutación puede surgir el "genio griego", molde del pensamiento occidental, tal cual lo conocemos en la poesía, la filosofía, la política y las actividades artísticas(24, 46, 54, 74).

Su alumbramiento se produce en Jonia entre los siglos VIII y VI a C. motorizado por una verdadera revolución económica que es el fruto de un lento pasaje de la vida aventurera y pirata a la actividad comercial. En efecto, los tradicionales productos jónicos, obtenidos del cultivo de la vid y el olivo, son colocados en esta época en todos los mercados de la costa mediterránea, en un momento en que los hombres de la vieja casta guerrera se transforman en consumados navegantes y la ley del más fuerte se trunca en las leyes del comercio, reglado por una legalidad naciente a través de unidades de valor que permiten comparar los productos que se truecan y, posteriormente, por el uso de la moneda, acuñada por primera vez en Grecia en la isla de Egina hacia 650 a C. La necesaria legalidad numérica (pesos, medidas y moneda) realza la valoración del conocimiento matemático y la actividad intelectual que el mismo articula y sostiene. La aparición de la escritura hacia 750 a C., derivada del sistema alfabético fenicio, cumplirá un papel relevante en este proceso(21, 28, 65).

Aquellos "griegos" que la historiografía moderna decimonónica hacía llegar a y afincarse en la península son en realidad "éstos" constituidos en ese territorio a través de diez siglos de humanas vicisitudes. Justamente, el despertar de la individualidad griega y el reconocimiento de pertenencia cultural comienza con la escritura de los poemas homéricos entre 750 y 650 a C. y la instauración de los juegos panhelénicos a partir de 776 a C. en la localidad de Olimpia(22, 23, 27, 45). En el plano político-social entre este momento y el siglo VI a C. se conforma el Estado clásico griego, la *Polis*(67, 71), heredera de la disolución del antiguo "genos" tribal en una estructura de familia monogámica con clara diferenciación de la individualidad y, consecuentemente, de la propiedad privada, ambas características encarnadas en los varones adultos(21, 27, 45).

Si hacemos nuestra la consideración de Finley(27) de que la cultura griega comienza con Odiseo podremos ver cómo ese proceso se desarrolla y se decanta a lo largo de los veinticuatro cantos de la *Ilíada*(43) y la *Odisea*(44), proceso que va desde el afán de la aventura y el saqueo pirata del canto I de la *Ilíada* hasta las sutiles experiencias de la "astucia de la razón" en la *Odisea* para terminar en una enervada defensa de la propiedad privada (del *genos* paterno) en la secuencia en la cual, con el aval de Zeus, Ulises destruye a los pretendientes de Penélope salvaguardando sus intereses y los de su heredero Telémaco.

En este proceso de surgimiento recíproco, la individualidad se afirma sobre los bienes poseídos, pero esta individualidad es esencialmente masculina, al igual que la posesión de los bienes. Y también es masculina la fuente de los ideales colectivos de la cultura.

Pero es en el contexto de la filosofía griega clásica (Siglo V y IV a C.)(19, 68) en el cual se van a decantar los rasgos culturales hasta aquí presentados tomando una formulación discursiva de tan sólida consistencia que organizará buena parte de las interpretaciones de la realidad en occidente(53, 72). Me refiero a la filosofía platónica(2, 9, 11, 20, 25, 35, 39, 63, 76). Si bien se considera que el pensamiento moderno y contemporáneo desmonta este paradigma interpretativo, creo que en lo que hace a la problemática de género el dualismo platónico ha actuado como un supuesto básico subyacente que durante siglos llevó a la instauración de una única mirada, hegemónica, verdadera, la mirada masculina, y que, aun hoy, condiciona la mirada occidental sobre los aspectos femeninos de la realidad y sobre sus modalidades específicas de conocimiento(58).

Si bien este dualismo se manifiesta en toda la obra de Platón, no siendo éste el lugar para intentar un recorrido sistemático, tomaré sólo dos lugares de referencia. En primer lugar, en el *Timeo* Platón presenta(2, 20, 39), en el lenguaje alegórico que lo caracteriza, las relaciones entre los dos polos del dualismo en su vertiente ontológica: materia y forma; la materia, pasiva, caótica, amorfa, es trabajada por un principio inteligible constituido por la forma, activa, ordenadora, representada por el Demiurgo, personificación de un principio creador que informa la materia a la luz de las ideas que pertenecen a su intelecto. Las cosas del mundo son imágenes de las ideas plasmadas en la materia. El Caos primordial se transforma en Cosmos por la acción de las ideas, eternas e inmutables, presentes en la mente del Demiurgo, representación mítica del alma del mundo. Rescato especialmente esta formulación porque tendrá un poderoso influjo en la conformación del pensamiento cristiano medieval(37, 75, 81). En efecto, a través de su decantación en el platonismo medio y particularmente en Plotino(78, 79), llegará a los autores cristianos y tendrá un impacto especial en el pensamiento de San Agustín (*Civitate Dei*)(37, 77). En segundo lugar en *República* (VII, 506d-516c), Platón expone, en forma consecutiva, **a.** el "paradigma de la línea" y **b.** la "alegoría de la caverna"; aquí encontramos la formulación del dualismo en su vertiente gnoseológica: en el primer pasaje (a) se enumeran y ordenan las cuatro afecciones que se generan en el alma en relación al conocimiento y y en el segundo (b) se grafica la manera habitual en que "conoce" el hombre común(20). La conclusión platónica, intensamente valorada por la tradición occidental, será la negación de los aspectos sensibles y la afirmación de los aspectos inteligibles en el proceso de conocimiento. Esta formulación será retomada, a comienzos de la modernidad por el "cógito" cartesiano(16) y posteriormente estará en la base del positivismo lógico, primer desarrollo dis-

cursivo legitimante de la razón tecnocientífica postindustrial, que orientó el pensamiento científico hasta bien entrado el siglo XX(12, 49, 56, 58, 72).

Finalmente quisiera articular esta reflexión con aquellas líneas de investigación actuales que intentan sobreponerse al reduccionismo dicotómico *biológico vs. social* y que consideran que toda expresión de la existencia humana es el fruto complejo, inacabado –y por lo tanto aún misterioso– de la interacción recíproca entre el sustrato viviente y lo que habita en él, entendiendo a este "habitante" como el decantamiento de la experiencia ancestralmente vivida, compartida y transmitida de generación en generación: me refiero a la cultura. En este sentido entiendo las palabras de León Eisenberg, en su trabajo de 1995 *La construcción social del cerebro humano* (26):

"La psiquiatría es totalmente biológica y social no hay función mental sin cerebro y con texto social. Preguntar cuánto de la mente es biológico y cuánto es social no tiene sentido, como no lo tiene preguntarse cuánto de la superficie de un rectángulo corresponde al largo y cuánto al ancho, o cuánto del fenotipo es debido a los genes y cuánto al ambiente."

Considero necesario extender este aspecto de la reflexión psiquiátrica contemporánea a los estudios de género ■



Bibliografía

1. Abbagnano, N., *Historia de la Filosofía*, Vol. I, Barcelona, Montaner, 1978.
2. Armstrong, A., *Introducción a la Filosofía Antigua*, Bs. As. Eudeba, 1980.
3. Armstrong, A., "Los griegos y su filosofía" en Lloyd-Jones, *Los griegos*, Cap. 7, Madrid, Gredos, 1978.
4. Asimov, I., *El cercano oriente*, Madrid, Alianza, 1968.
5. Asimov, I., *La tierra de Canaan*, Madrid, Alianza, 1982.
6. Bloch, R., *La adivinación en la antigüedad*, México, FCE., 1985.
7. Bottero J., "Imperios del Antiguo Oriente", en *Historia Universal*, Vol. 1,2 y 3, México, Siglo XXI, 1970.
8. Brehier, E., *Historia de la Filosofía*, Vol. I, Bs. As., Sudamericana, 1956.
9. Brun, J., *Platón y la Academia*, Bs. As., Eudeba, 1972.
10. Burn, J., *El estoicismo*, Bs. As., Eudeba, 1975.
11. Capelle, G., *Historia de la Filosofía Griega*, Madrid, Gredos, 1981.
12. Comte, A., *Curso de Filosofía Positiva*, Aguilar, Bs. As., 1980.
13. Cordeu, E., La mentalidad arcaica y la razón, en *Escritos de Filosofía N° 6*, Fac. de Filosofía y Letras, UBA., 1980.
14. Childe, G., *El nacimiento de las civilizaciones orientales*, Barcelona, Planeta, 1986.
15. Daux, G., *Las etapas de la arqueología*, Bs. As., Fabril, 1962.
16. Descartes, R., *Meditaciones Metafísicas*, Aguilar, Bs. As., 1980.
17. Detienne, M., *Dioniso a cielo abierto*, Barcelona, Gedisa, 1986.
18. Diels-Kranz; *Los filósofos presocráticos*, Madrid, Gredos, 1960.
19. Diógenes Laercio, *Vida de los más ilustres filósofos griegos*, Madrid, Hispamérica, 1984.
20. Eggers Lan, C., *El sol, la línea y la caverna*, Bs. As., Eudeba, 1975.
21. Eggers Lan, C., *Introducción histórica al estudio de Platón*, Bs. As., Cefyl, UBA., 1986.
22. Eggers Lan, C., *El concepto de alma en Homero*, Bs. As., Cefyl, UBA., 1987.
23. Eggers Lan, C., *Sobre el problema del origen histórico de la filosofía en Grecia*, Bs. As., Anales de Filología Clásica, X, 1967.
24. Eggers Lan, C., *Los filósofos de Mileto*, Bs. As., Cathedra, 1982.
25. Eggers Lan, C., *Fedón de Platón*, Bs. As. Eudeba, 1983.
26. Eisemberg, L., The social construction of the human brain, *American J. Psychiatry*, 1995, 152:1563-1575.
27. Eliade, M., *Diccionario de las religiones*, Barcelona, Paidós, 1991.
28. Finley, M., *El mundo de Odiseo*, México, FCE., 1977.
29. Finley, M., *Grecia primitiva*, Bs. As., Eudeba, 1980.
30. Frankfort, H., *El pensamiento pre-filosófico*, Vol. I y II, México, FCE., 1990.
31. Gadamer, H., *Verdad y método*, Madrid, Herder, 1980.
32. Gadamer, H., *Mito y razón*, Barcelona, Paidós, 1993.
33. García Gual-Imaz; *La filosofía helenística*, Madrid, Cincel, 41987.
34. García Gual, C., *Mitos, viajes y héroes*, México, FCE., 1988.
35. García Gual, C., "Los mitos clásicos", en *Investigación y Ciencia*, N.165, Junio de 1990, Barcelona, Prensa científica.
36. Gigon, O., *Problemas fundamentales de la filosofía griega*, Bs. As., Fabril, 1962.
37. Gigon, O., *Los orígenes de la filosofía griega*, México, FCE., 1970.
38. Gilson, E., *La filosofía en la Edad Media*, Madrid, Gredos, 1980.
39. Gómez Lobo, A., *Parménides*, Bs. As., Charcas, 1985.
40. Gómez Robledo, A., *Platón*, México, Diánoia, 1974.
41. Graves, R., *Los mitos griegos*, Bs. As., Hispamérica, 1985.
42. Guthrie, W., *Los filósofos griegos*, México, FCE., 1977.
43. Hawkes, J., "El neolítico" y "Los comienzos de la civilización" en *Historia del desarrollo cultural y científico de la Humanidad*, Vol. I, Bs. As., Sudamericana, 1977.
44. Homero, *La Ilíada*, Madrid, Gredos, 1977.
45. Homero, *La Odisea*, Madrid, Gredos, 1980.
46. Jaeger, W., *Paideia*, México, FCE., 1970.
47. Jaeger, W., *La teología de los primeros filósofos griegos*, México, FCE., 1980.
48. Kitto, H., *Los griegos*, Bs. As., Eudeba, 1975.
49. Klima, E., *Sociedad y cultura en Mesopotamia*, Madrid, Akal, 1983.
50. Kolakowski, L., *La filosofía positivista*, Madrid, Cátedra, 1988.
51. Kuhn, H., *Los primeros pasos de la humanidad*, Bs. As., Fabril, 1962.
52. La Croce, E., "Sobre el origen de la filosofía en Grecia", en *Actas del Tercer Congreso Argentino de Filosofía*, Vol. II, Bs. As., 1982.
53. Llanos, A., *Los viejos sofistas y el humanismo*, Bs. As., Juárez, 1970.
54. Lloyd, G., *Las mentalidades y su desenmascaramiento*, Madrid, Siglo XXI, 1991.
55. Lloyd, L., *De Tales a Aristóteles*, Bs. As. Eudeba, 1980.
56. Long, A., *La filosofía helenística*, Madrid, Alianza, 1986.
57. López Gil, M., *Obsesiones filosóficas de fin de siglo*, Bs. As., Biblos, 1993.
58. Maceiras Fafian, M., *La hermenéutica contemporánea*, Bogotá, Cincel, 1990.
59. Marí, E., *Elementos de epistemología comparada*, Bs. As., Puntosur, 1990.
60. Menéndez Fernández, M., "La aparición del neolítico en el próximo oriente", en *Revista de Arqueología*, N° 56, Marzo de 1986, Madrid, Zugarto.
61. Meltzer, H., *La cerámica griega*, Bs. As., Fabril, 1962.
62. Mondolfo, R., *Sócrates*, Bs. As., Eudeba, 1968.
63. Mondolfo, R., *Heráclito*, Bs. As., Siglo XXI, 1986.
64. Mondolfo, R., *Breve historia del pensamiento antiguo*, Bs. As., Losada, 1972.
65. Mondolfo, R., *La comprensión del sujeto humano en la cultura antigua*, Bs. As. Imán, 1955.
66. Moorhouse, A., *Historia del alfabeto*, México, FCE., 1982.
67. Moscatti, L., *Las civilizaciones semíticas*, Barcelona, Garriga, 1960.
68. Mosse, C., *Las doctrinas políticas en Grecia*, Barcelona, Rendondo, 1970.
69. Mosterín, J., *Historia de la Filosofía*, Madrid, Alianza, 1985.
70. Nietzsche, F., *El origen de la tragedia*, Madrid, Alianza, 1980.
71. Otto, W., *Teofanía*, Bs. As., Eudeba, 1978.
72. Poratti, A., *La noción de ley y los alcances éticos del pensamiento griego inicial*, Bs. As., Biblos, 1984.
73. Potter, J., *La representación de la realidad*, Barcelona, Paidós, 1996.
74. Reale, G., *Introducción a Aristóteles*, Madrid, Herder, 1985.
75. Robin, L., *El pensamiento griego*, México, Itcha, 1956.
76. Romero, J., *La Edad Media*, México, FCE., 1980.
77. Ross, D., *Teoría de las ideas en Platón*, Madrid, Cátedra, 1986.
78. San Agustín, *Obras Completas*, Vol. XVI y XVII, Madrid, BAC, 1974.
79. Santa Cruz, M., "Plotino y la inefabilidad de lo Uno", en *Cuadernos de Filosofía*, Fac. de Filosofía y Letras, UBA, 1977.
80. Santa Cruz, M., "Significado y valor de la filosofía en Plotino", en *Actas del Tercer Congreso Argentino de Filosofía*, Vol. II, Bs. As., 1982.
81. Vernant, J., *Los orígenes del pensamiento griego*, Bs. As., Eudeba, 1983.
82. Vignaux, P., *El pensamiento en la Edad Media*, Bs. As., FCE., 1977.
83. Villar, F., *Lenguas y pueblos indoeuropeos*, Madrid, Istmo, 1972.
84. Windelband, G., *Historia de la filosofía antigua*, Bs. As., Nova, 1955.

Sexo: aspectos biológicos de una variable compleja

Viviana Elizabeth Horigian

Médica Especialista en Psiquiatría. Integrante del Área de Investigaciones Clínicas en Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires. Agüero 1510 1 A. (1425) Capital Federal. Tel: 4825-9496. E-Mail: vieli@tercermundo.com.ar

Históricamente los investigadores han tratado la variable del sexo con cierto descuido. Hace aproximadamente quince años, se inicia el análisis y reporte de la composición por sexo en las muestras de los trabajos de investigación considerándola una variable de interés que permite hallar diferencias en ciertas patologías(11). La postura frente a este tema ha variado a través de los años. En la década del '70 –coincidiendo con el activismo del feminismo– en algunos países, como EE.UU., se asiste al auge de los estudios epidemiológicos, que trajo aparejado un continuo desarrollo de los sistemas de clasificación y diagnóstico estandarizado. Entre la década del '70 y '80 el movimiento antipsiquiátrico cuestiona las teorías sobre la etiología de los trastornos mentales, destacando la denigración, a lo largo de la historia, de los síntomas femeninos. La histeria constituye el cuadro emblemático de esta actitud peyorativa frente a los padecimientos médicos de la mujer.

El género, entendiéndolo por ello las variables contextuales incidentes en el sexo(13), cobra importancia cuando encuentra diferencias en los factores de riesgo, prevalencia, curso y respuesta terapéutica para determinadas patologías.

La prevalencia de algunos trastornos mentales es, sin duda, más alta en las mujeres, siendo éstas particularmente vulnerables a la depresión unipolar(12),

los trastornos de ansiedad y a la enfermedad Alzheimer(19). En los EE.UU., las mujeres son las mayores consumidoras de Servicios de Salud, hacen más visitas a los médicos que los hombres, reciben más prescripciones y ocupan más del 60% de las camas en los Hospitales(3, 5). En Buenos Aires, en el Hospital Italiano, en los últimos dos años las mujeres representaron el 54% de las internaciones, y el 62.2% de las internaciones psiquiátricas.

Las diferencias observadas entre sexos incluyen no sólo la prevalencia de algunos de los trastornos mentales sino también el modo de expresión de los mismos, como lo es la presentación de síntomas somáticos de ansiedad(26, 29) y de las manifestaciones atípicas en la depresión. También el curso y la respuesta a los tratamientos difiere entre hombres y mujeres: éstas presentan un desarrollo más tardío de la esquizofrenia, una propensión al desarrollo del ciclado rápido y una activación significativamente diferente a la estimulación con hormonas tiroideas en la coadyuvancia al tratamiento antidepressivo(12, 16, 19). Las variaciones en la comorbilidad halladas en los diversos cuadros, son también un aspecto en el que se describen diferencias entre sexos.

Existen diversas aproximaciones para explicar dichas divergencias que abarcan desde las aclaraciones biológicas hasta los factores psicosociales. Las prime-

Resumen

El género cobra importancia cuando encuentra diferencias en los factores de riesgo, prevalencia, curso y respuesta terapéutica en los distintos trastornos mentales. Las diferencias han sido explicadas a través del estudio de la anatomía cerebral, las hormonas esteroides, las fluctuaciones y el declinar que éstas alcanzan en la mujer. Se han resaltado las acciones anticolinérgica, antidopaminérgica y antioxidante de los estrógenos. La mujer se ve más expuesta al padecimiento de depresión y trastornos de ansiedad. Existen aún inconsistencias en los hallazgos de los estudios biológicos. Éstas no sólo se deben a la falta de mayores evidencias, sino que también son la expresión de que las diferencias no deben reducirse a lo biológico. Los hombres y mujeres difieren en sus experiencias de vida. Es de capital importancia la integración y el conocimiento de los factores sociales y ambientales que contribuyen a las diferencias.

Palabras clave: Sexo y trastornos mentales – Dismorfismo cerebral sexual – Hormonas esteroides y sexo – Género.

SEX: BIOLOGICAL ASPECTS AND ITS COMPLEXITY

Summary

Gender differences matter regarding to prevalence of psychiatric disorders, risk factors, course and treatment response. Brain sexual dimorphism, estrogens and androgens with their fluctuational patterns, were studied in order to explain gender differences. Anticholinergic, antidopaminergic, and antioxidative effects were described for estrogens, which could explain some differences in prevalence and course of illness. However, studies were inconsistent. This may be due to exclusion of environmental and social variables. Men and women differ in their life experiences. Women show greater prevalence of unipolar depression and anxiety disorders. Further studies should integrate other variables and attempt to describe environmental and social status influence in morbidity.

Key Words: Gender and psychiatry – Brain sexual dimorphism – Estrogens and psychiatric disorders – Gender.

ras incluyen variables como la anatomía dismórfica cerebral, los distintos efectos psicoactivos de las hormonas reproductoras, la diferencias en la farmacocinética y en la farmacodinamia. Las segundas abarcan las desventajas de las mujeres en la posición y rol social, el estrés social y la vulnerabilidad a la violencia, tanto sexual, como doméstica(13). Este trabajo tiene por objetivo el análisis de los factores biológicos.

Dismorfismo cerebral

Las diferencias relacionadas con el sexo en la estructura cerebral incluyen el tamaño del cerebro, el número de las neuronas contenidas en sus áreas, el patrón de conexiones entre las neuronas de las diferentes regiones cerebrales, y los patrones de ramificaciones dendríticas y axonales.

Existen diferencias estructurales cerebrales entre las mujeres y los hombres, que se traducen tanto en la organización funcional del lenguaje como en el funcionamiento en los procesos cognitivos. Dicho funcionamiento es más lateralizado en los hombres. El fluido cerebral es mayor en la mujer. Asimismo las mujeres muestran un mayor poder articulador y habilidades motoras finas en los tests cognitivos, mientras que los hombres muestran un mayor desempeño en las habilidades espaciales. Algunas de estas diferencias fueron explicadas en relación al papel de los andrógenos sobre la arquitectura y formación neuronal en el neurodesarrollo. Los efectos que ejercen los andrógenos en el cerebro podrían clasificarse como activadores o temporarios, y organizativos o permanentes. Los andrógenos regulan e interactúan con los factores de crecimiento, proteínas de traducción de señal, los neurotransmisores, los neuropéptidos y los mensajeros intracelulares, influyendo en la diferenciación, crecimiento, supervivencia y sinapsis neuronal(19).

Dos estudios recientes muestran las diferencias entre hombres y mujeres en el proceso auditivo. Shaywitz et al.(25), demostraron en un estudio realizado con resonancia magnética funcional, cómo la corteza inferior en el hemisferio izquierdo se activa en los hombres luego de una tarea de *matching* fonológico, a diferencia de las mujeres, en las que la estimulación fue en ambos hemisferios cerebrales. Witelson et al., revelaron que las capas II y IV de la corteza auditiva, las que reciben el *input* auditivo, son más densas en la mujer que en el hombre(31). Se podría especular que estas diferencias permitirían a las mujeres discernir ciertos estímulos auditivos. Otro estudio(11) permitió observar que en comparación a los hombres, las mujeres activan una más amplia porción del sistema límbico en respuesta a la tristeza autoinducida. Nancy Bryant et al.(2), muestra una significativa reducción en el tamaño del lóbulo temporal de los varones con esquizofrenia, comparado con controles, y comparado con mujeres esquizofrénicas y sus respectivos controles, las cuales no mostraron dicha alteración. Otro estudio realizado por Nopoulos et al.(15) mostró alargamiento en los ventrículos –detectado a través de resonancia magnética nuclear en varones con esquizofrenia– respecto de los controles, mientras las mujeres esquizofrénicas mostraron mínimas

variaciones respecto de sus respectivos controles en dichos hallazgos. No obstante, la literatura es diversa al respecto, si bien los varones esquizofrénicos presentan una temprana edad de comienzo de la enfermedad, una adaptación premórbida pobre, más complicaciones perinatales, predominio de síntomas negativos, y peor respuesta al tratamiento que las mujeres. Por el momento los estudios que pudieran correlacionar dichos hallazgos con alteraciones en la estructura cerebral ajustadas por el sexo han sido un tanto controvertidos.

El rol de las hormonas reproductoras en las diferentes patologías

Los hombres y mujeres no se diferencian hasta la sexta semana de gestación cuando comienza el desarrollo gonadal y con ello la producción de testosterona. Luego la hormona foliculo estimulante es hallada en las glándulas pituitarias de ambos sexos hacia la décima semana, y su concentración aumenta notablemente entre las semanas 12 y 20. Si bien la FSH cumple una función primordial en el desarrollo ovárico, en ausencia de factor determinante testicular, la gónada se desarrolla en ovario. El papel que ejercen las hormonas ováricas no se conoce con igual precisión que el de la testosterona. La máxima sensibilización alcanzada por el SNC a los efectos de organización ejercidos por los esteroides gonadales ocurre entre las semanas 14 y 16 cuando las concentraciones de testosterona son máximas.

Gran parte de las diferencias observadas en las prevalencias de los trastornos mentales entre hombres y mujeres, ha sido atribuida a las propiedades, fluctuaciones y caída de los esteroides gonadales.

Los receptores esteroides han sido localizados en regiones del cerebro que interviene en la cognición, y en el afecto. En la vida adulta se encuentran en el núcleo septal y en el área de Broca, en el hipocampo, el allocortex, el isocórtex y en el complejo amigdalino. Los esteroides gonadales despliegan dos tipos de acción: los efectos activadores o temporarios, y los efectos organizativos o permanentes. Los primeros se refieren a la activación aguda de la hormona esteroide predominante, y pueden eliminarse a través de manipulación de las hormonas o por castración. Los segundos se refieren a la habilidad de alterar permanentemente la estructura o el potencial funcional del cerebro, a través de la acción hormonal durante la ventana de desarrollo. Por ejemplo si el cerebro de una rata es expuesto a la testosterona prenatalmente, el tamaño del área preóptica del hipotálamo, se aproximará al tamaño de la del macho, cinco veces más que en la hembra. Con posterior exposición, incapacita a la hembra a la exposición cíclica de gonadotrofinas.

Los andrógenos regulan e interactúan con los factores de crecimiento, proteínas de traducción de señal, neurotransmisores, neuropéptidos y mensajeros intracelulares, influyendo en la diferenciación, crecimiento, supervivencia y sinapsis neuronal(19).

Los estrógenos cumplen una función relevante sobre las neurotrofinas, mejorándose así las conexiones neuronales. Modulan la transcripción gené-

tica, determinando la síntesis de neurotransmisores y neuropéptidos, factores de crecimiento. Son antioxidantes, protegiendo a las neuronas del depósito amiloide, y modulan la secreción de acetilcolina en el hipocampo por su efecto sobre la acetilcolintransferasa. Su ausencia detiene la sinaptogénesis, y activa un mecanismo excitotóxico de liberación de glutamato, con destrucción celular. De allí que se ha inferido que la proclividad de las mujeres a la degeneración neuronal y el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer luego de la menopausia, podría estar determinada por la caída estrogénica, a diferencia de los hombres quienes estarían más protegidos dada la continua conversión en estradiol de la testosterona(23).

El hecho de que los estrógenos representen un papel protector en la esquizofrenia está en discusión, y si bien las mujeres presentan un comienzo más tardío de la enfermedad, no hay evidencias claras que esto se deba a la caída de estrógenos. Se ha conferido una acción antidopaminérgica a los estrógenos, como una disminución en la frecuencia de transcripción del gen de la tiro-sinhidroxilasa, resultando ésta la enzima reguladora para la síntesis de catecolaminas. Sin embargo un grupo de investigadores muestran bases epidemiológicas y experimentales, para el rol de los estrógenos, especialmente el estradiol, en la protección de la psicosis(24). Esta hipótesis estaría avallada por el hecho de que las pacientes esquizofrénicas que se embarazan no presentan episodios psicóticos, mientras que sí tienen un quiebre en el postparto, cuando la caída estrogénica es más marcada. Más aún los síntomas psicóticos son más exacerbados cuando los niveles están más bajos en el ciclo menstrual. Sin embargo hay trabajos que sostienen que el papel protector de los estrógenos para la psicosis, estaría mediado a través de factores sociales: permitiendo que terminen el colegio o empiecen un trabajo o establezcan un nivel de intimidad interpersonal antes de la aparición de la enfermedad.

Al igual que la esquizofrenia, la dependencia del alcohol comienza más temprano en los hombres que en las mujeres, y se mantiene más frecuente a lo largo de la vida. Los andrógenos estimulan la actividad de la enzima alcoholdehidrogenasa, que en las mujeres es menos activa, lo que las expone a un mayor riesgo de toxicidad, con mayor y más anticipada lesión orgánica.

Los Trastornos de Ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres. Las mujeres representan el 70% de los pacientes que padecen fobias simple y agorafobia. Se ha evidenciado la regulación de los esteroides sobre el ácido aminobutírico, (gaba A/ benzodiazepinas); por ende los

metabolitos de la progesterona serían agonistas y consecuentemente ansiolíticos. Asimismo, el ataque de pánico mostró una mayor presentación en las mujeres, especialmente en el premenstruo. El retiro cíclico de los estrógenos y progestinas, podría asemejarse al *kindling* neuronal, que dispara las convulsiones, haciendo más proclives a las mujeres a la ansiedad.

Las hormonas esteroides han sido postuladas con una función predominante en la fisiopatología y en la expresión sintomática del síndrome de Gilles de la Tourette y del TOC. Los ganglios basales y el sistema límbico implicados en el síndrome de Gilles de la Tourette fueron homologados en el hombre, con el comportamiento reproductivo primitivo que se encuentra bajo el control de las hormonas sexuales. Se postula que un excesivo efecto trófico mediado por los andrógenos tendría lugar en el neurodesarrollo. Particularmente los andrógenos exacerbaban los síntomas del síndrome de Gilles de la Tourette, motivo que llevó a postular la aplicación de tratamiento antiandrogénico para el manejo de los síntomas. Sin embargo, los resultados son poco consistentes(10, 17).

Se han atribuido a la fluctuación en las hormonas femeninas durante la etapa fértil, las diferencias observadas entre hombres y mujeres en el curso de la enfermedad bipolar. Las mujeres padecen mayores episodios depresivos y desarrollan con frecuencia ciclado rápido, debido, posiblemente, a la existencia de cierta diátesis biológica similar a la de otros desórdenes, en los que intervendría esta característica de fluctuación como lo es el trastorno disfórico premenstrual. Sin embargo la relación de la enfermedad bipolar con el ciclo menstrual es poco clara. Si bien algunas pacientes mostraron exacerbación sintomática en



el premenstruo, los trabajos se realizaron sobre evaluaciones a través de escalas autoadministradas en forma retrospectiva(12, 15).

Recientemente el DSM IV(4) ha introducido el diagnóstico de Trastorno Disfórico Premenstrual en el apéndice, bajo los trastornos del humor no clasificados en otra parte. Reemplaza al anteriormente llamado trastorno disfórico de la fase lútea tardía, y describe los síntomas físicos y emocionales que ocurren en la última semana del ciclo menstrual, y remiten un día o dos luego de la menstruación. El diagnóstico –según el DSM IV– debe establecerse, en forma prospectiva, luego de dos ciclos consecutivos. La prevalencia es del 3 al 8%.

La premisa es que los síntomas se deben a la caída brusca de progesterona en el ciclo; de hecho el suplemento de progesterona es uno de los tratamientos más ampliamente reportados para disminuir los síntomas. Sin embargo estudios doble ciego han fallado en demostrar su eficacia(3). Algunos pocos estudios en humanos han mostrado los efectos moduladores de los estrógenos sobre el sistema serotoninérgico, como la disminución del triptofano en la etapa lútea, la respuesta prolactínica a la bupiróna y al mcpp, y el aumento del 5HIAA con reemplazo hormonal. Sin embargo la mayoría de los estudios han sido realizado en animales. Los hallazgos anteriormente descritos, y la diferencia en la captación de serotonina en plaquetas de mujeres que padecen de trastorno disfórico premenstrual, y/o la depleción aguda de triptofano produciendo una exacerbación sintomática, han llevado a postular a los inhibidores de la recaptación de serotonina como agentes terapéuticos de dicho trastorno(20).

La baja prevalencia del Trastorno Disfórico Premenstrual no se consolida con estos hallazgos. Sólo una hipótesis basada en la diferencia de niveles en las hormonas podría allanar las diferencias, pero las comparaciones entre mujeres con Trastorno Disfórico Premenstrual y controles revelaron iguales niveles de hormonas. Dada la ausencia de evidencias convincentes para las anormalidades hormonales en la fase lútea, Schmidt et al., 1991, eliminaron en forma ciega la fase lútea media y tardía en mujeres con síndrome premenstrual, utilizando el agonista de la progesterona (mefepriestona) combinado con hormona gonadotrofina coriónica o con placebo. Las pacientes que recibían mefepriestona sola, presentaban una precipitación de la menstruación con una terminación prematura de la fase lútea; a diferencia de las pacientes que recibieron gonadotrofina coriónica humana quienes si bien presentaban su menstruación, continuaban el desarrollo de la fase lútea. O sea las mujeres aún teniendo menstruación no sabían si estaban en la fase lútea, o en la folicular siguiente. La terminación prematura de la fase lútea no precipitó síntomas del trastorno premenstrual. Los síntomas se desarrollaron avanzado el otro ciclo. Podría ser que los mecanismos que gatillan la aparición de los síntomas correspondan a la fase lútea temprana(20), pero hasta el momento se ha estudiado la fase tardía

Se ha postulado a la menstruación como una posible inductora de confusión en la apreciación de la sintomatología psiquiátrica. Sin embargo, un estudio llevado adelante por Schwartz, Lincoln y Levav, mos-

tró que la menstruación no alteraba la seguridad y fidelidad de los síntomas reportados(21).

La caída estrogénica ha sido relacionada a la depresión perimenopáusicas, y si bien no ha sido demostrada su eficacia a largo plazo, el reemplazo estrogénico alivia los síntomas físicos, y actúa de facilitador en el tratamiento antidepresivo.

La búsqueda de factores etiológicos por género ha llevado a considerar los trastornos de la personalidad en los que se ha encontrado un sinnúmero de factores de riesgo –en el que hombres y mujeres difieren– y si bien el 75% de pacientes con trastorno borderline son mujeres(6, 27), y el 75% de los pacientes antisociales son varones; muy pocos de los factores son altamente específicos para uno u otro género. Esto no debería ser sorprendente, ya que por lo general, para cualquier rasgo en el que se hallan diferencias entre géneros, también se los observan intragénero. La investigación longitudinal permite identificar la continuidad de los rasgos de personalidad en los trastornos de la personalidad. Gunderson(7), ha identificado a través de estudios con familias de pacientes *borderline* la presencia de psicopatología familiar. El ambiente ejerce una considerable influencia en el estilo de la personalidad y en los trastornos. No es claro cómo las niñas y niños difieren en estos factores. Sin embargo los niños muestran una mayor agresión y conducta exteriorizada como trastornos, y las niñas muestran mayor inhibición social y problemas de internalización. Algunas de las diferencias biológicas podrían explicar porqué las mujeres son más proclives a sentir miedo, a desarrollar mayor conciencia, a experimentar culpa y depresión, a desarrollar un componente afectivo en la alteración del control de los impulsos. Las niñas son claramente más reforzadas que los varones para mostrar patrones menos agresivos(2). Las diferencias de socialización entre las niñas y varones no pueden ser ignoradas. Las niñas que desarrollan conductas antisociales han sido, probablemente, expuestas a un ambiente más hostil. Hasta ahora una explicación razonable para las diferencias de género entre trastorno de personalidad antisocial y *borderline* podría ser que las mujeres son socialmente inducidas a la internalización de los problemas generando cuadros de ansiedad y depresión, y en circunstancias biológicas y ambientalmente adversas, desinhibidoras de la impulsividad, desarrollan trastorno límite.

Farmacocinética y farmacodinamia

Existen diferencias determinadas por el género en la farmacocinética y en la farmacodinamia. La progesterona estaría vinculada con el vaciamiento lento del estómago, y la consecuente influencia sobre la absorción intestinal. También es sabido que el ciclo menstrual altera las concentraciones de los fármacos, probablemente por inhibición del metabolismo oxidativo de las drogas. Todavía no hay evidencias claramente documentadas de las diferentes repuestas a los tratamientos psicofarmacológicos entre mujeres y hombres. Las mujeres parecerían necesitar menores dosis(5). Seeman describió que las alteraciones hormonales mensuales observadas en las mujeres po-

drían estar actuando como protector por la acción en el eje dopaminérgico de los estrógenos. Las mujeres tienen menos efectos adversos, menos distonía aguda, aunque en los tratamientos con dosis fijas pueden presentar acatisia, posiblemente por la saturación en las reservas lipídicas(22). Las diferencias en el metabolismo y la distribución deben ser consideradas, ya que las mujeres cuentan con un mayor tejido graso. Los nuevos neurolépticos traen otras alteraciones en las mujeres como lo es el aumento de la prolactina. Las mujeres postmenopáusicas poseen una disminución en el *clearance* de las drogas. También las mujeres han mostrado mayor *compliance* a los tratamientos.

Pero hasta el momento podríamos preguntarnos: ¿cuánto está determinado por la biología de los sexos? Si las mujeres están más expuestas que los hombres a padecer enfermedades mentales: ¿tendrá que ver esto con causas biológicas? ¿Podrán estas diferencias ser observadas a la luz de las formas de vida, el estilo cognitivo, la personalidad y sus habilidades? Diversos estudios consideran asimismo las diferencias sociales.

Las variables psicológicas y sociales son las que diferencian a las mujeres y los hombres del padecimiento de la depresión, y son éstas las que modelan la personalidad. Las mujeres invierten más en las relaciones interpersonales, lo que las vuelve más proclives a los eventos no sólo de sus vidas sino también de sus allegados. El comportamiento de los varones y las mujeres, difiere antes de la pubertad. Como algunos aspectos de la sexualidad están conservados entre los mamíferos, el comportamiento sexual puede estudiarse en primates. Los monos machos presentan un juego más rudo y tumultuoso que las hembras, una diferencia que tendría que ver con los niveles de testosterona. Las niñas que han sido expuestas a altos niveles de andrógenos por adrenohiperplasia prefirieron los mismos juegos que los niños. Kandel postula que algunas de las diferencias en los juegos infantiles entre sexos, son influidos en parte por los efectos organizativos de los andrógenos. Las ratas macho castradas antes o en el nacimiento no presentan la capacidad de montar a la hembra, típica de los machos en presencia de las hembras.

Algunos autores han pensado en la depresión de la mujer como socialmente determinada: ignorar las diferencias en las funciones entre hombres y mujeres como así también la respuesta al estrés, y los roles socioculturales puede invalidar los hallazgos de la investigación(5). El estudio de Brown y Harris (1978), mostró cómo en las mujeres con ausencia de soporte social, en situaciones de estrés, aumentaba la inci-

dencia de depresión. Parecería que la pasividad y la inactividad no se ajustan a los tiempos que corren, pero por el otro lado, la mujer no ha podido adquirir las destrezas u obtener el entrenamiento adecuado. Gold postula que las mujeres no están enfermas, sino más bien frustradas o enojadas por la posición social que ocupan(5).

La depresión en la mujer, así como otros trastornos, ha sido asociada con el abuso sexual infantil. Hay estudios, tanto en animales como en humanos, que evidencian que los estresores tempranos producen disregulación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal a largo plazo, similarmente al que se ve en pacientes con depresión, y que dicha disregulación produce alteraciones en respuesta al estrés en la adultez. Más aún, en las mujeres, el eje HPA, es más susceptible a la disregulación en respuesta al estrés, lo que puede contribuir a una mayor vulnerabilidad a la depresión en la adultez(9, 30).

Ladd et al., reportaron la alteración en el eje hipotalámico en ratas separadas de las madres a temprana edad. Es sabido cómo los distintos factores ambientales inciden en la expresión proteica de la codificación genética, estudios que avalan hoy la teoría de cómo el aprendizaje y también la psicoterapia tendrían implicancias en la síntesis proteica de las células(8, 9).

Reflexión

Seguramente no es sólo el campo de lo biológico lo que determina las diferencias en la presentación de las enfermedades entre hombres y mujeres. Sería una pretensión un tanto reduccionista y atómicoista tomar lo biológico, aislado del contexto. En ello coexisten el interjuego de la anatomía, la fisiología, la maduración biológica, la posición social, la ocupación alcanzada, la dura-



ción y tipo de las experiencias acumuladas y las expectativas sociales a advenir. Las mujeres y los hombres, no solo difieren en lo biológico sino también en sus experiencias de vida. Resulta interesante un estudio de encuesta sobre 8979 adultos, realizado en el Reino Unido cuyo objetivo era evaluar la diferencia de roles entre hombres y mujeres y la prevalencia de trastornos mentales. A diferencia de otros estudios, éste no halló diferencias significativas respecto a la ocupación de roles y las enfermedades, quedando cla-

ro no sólo la deficiencia en el conocimiento de la calidad de los roles *per se*; sino la implicancia individual que adquieren dichos roles. La función de los estudios neurobiológicos será la de esclarecer cómo el ambiente modula la expresión geriátrica.

Lo biológico del género en psiquiatría no tiene en sí un comportamiento independiente; considerarlo así es estimular la dicotomía cartesiana entre mente y cuerpo. Generalizarlo al universo poblacional es reducirlo, no entenderlo ■

Referencias bibliográficas

1. Andreassen, N. C., What shape are we in?, *American Journal of Psychiatry*, 1997, Vol. 154, N° 12: 1637-1639.
2. Bryant, N., Buchanan, R., Vladar, K. Breier, A., Rothman, M., Gender Differences in Temporal lobe Structures of Patients With Schizophrenia: A Volumetric MRI Study, *Am. Journal of Psychiatry*, 1999, Vol. 156, N° 4, 603-609.
3. Burt, V. K., Hendrick, V. C., *Women's Mental Health* Washington, American Psychiatric Press, 1997.
4. DSM IV, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Barcelona, Masson, 1995.
5. Gold, J., Gender Differences in Psychiatric Illness and Treatments: A Critical Review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1998, Vol. 186; N° 12, 769-775.
6. Grilo, C., Becker, d., Dwain, F., Walker, M., Edell, W., Mc Glashan, T. Gender differences in Personality Disorders in Psychiatrically Hospitalized Adolescents, *American Journal of Psychiatry*, 1996, Vol. 153, N° 8, 1089-1091.
7. Gunderson, J. G., Lyoo K., Family Problems and Relationships for Adults with Borderline Personality Disorders, *Harvard Review of Psychiatry*, 1997, Vol. 4, N° 5, 272-278.
8. Kandel, E. A New Intellectual Framework For Psychiatry, *American Journal of Psychiatry*, 1998, Vol. 155, N° 4, 457-469.
9. Kandel, E., Biology and the future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited, *American Journal of Psychiatry*, 1999, Vol. 156, N° 4, 505-524.
10. Kurlan, R., The Pathogenesis of Tourette's syndrome. A possible role for Hormonal and Excitatory Neurotransmitter Influences in Brain Development, *Archives of Neurology* 1992, Vol. 49, N° 8, 874-6.
11. Leibenluft, E., Sex is complex. *American Journal of Psychiatry*, 1996, Vo. 153, N° 8, 969-971.
12. Leibenluft, E., Women with Bipolar Disorder: *Clinical and Research Issues*, 1996, Vol. 153, N° 2, 163-173.
13. Marsh, M., *Feminist Psychopharmacology: An Aspect of Feminist Psychiatry, in Psychopharmacology from a Feminist Perspective*, Burghanton, The Haworth Press, 1995.
14. Moizeszowicz, J., *Psicofarmacología Psicodinámica IV:; estratégias terapéuticas y neurobiológicas* Buenos Aires, Editorial Paidós, 1998.
15. Nopoulos, P., Flaum, M., Andreassen, N., Sex differences in Brain Morphology in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 1997, Vol. 154, N° 16. Parry, B., Gender and Its Effects on Psychopathology: Hormonal Basis of Mood Disorders in Women, Washington, *American Psychiatric Press* 2000.
16. Patterson, B. S., Leckman, J. F., Scahill L., Naftolin F., Keefe D., Charest, N. J., Cohen, D. J., Steroid Hormones and CNS Sexual Dimorphisms modulate Symptom Expression in Tourette's Syndrome, *Psychoneuroendocrinology*, 1992, Vol. 17, N° 6, 553-63.
17. Pigot, T. A., Gender Differences in the Epidemiology and Treatment of Anxiety Disorders, *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, Vol 60, Supl. 18, 4-15.
18. Rubinow, D. Schmidt, P., Androgens, Brain, and Behavior: *American Journal of Psychiatry*, 1996, Vol. 153, N° 8, 974-984.
19. Rubinow, D., Schmidt, P., Roca, C. Estrogen-Serotonin Interacts: Implications for Affective Regulation, *Biological Psychiatry*, 1998, 44, 839- 850.
20. Schwartz, S. Lincoln, A. Levav, I., Is menstrual Cycle a Stage Confounder in Population Based Psychiatric Research?, *Psychological Medicine*, 1997, Vol. 27, 1435-1439.
21. Seeman, M. V., *Gender and Psychopathology* Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995.
22. Seeman, M. V., Psychopathology in Women and Men: Focus on Female Hormones. *American Journal of Psychiatry* 1997, Vol. 154, N° 12: 1641-1654.
23. Seeman, M. V., Lang, M., The role of Estrogens in Schizophrenia Gender Differences. *Schizophrenia Bulletin*, 1990, Vol. 16, N° 2, 185-194.
24. Shaywitz, B. A. et al, Sex Differences in the functional organization of the brain for language, *Nature*, 1995, 373, 607-609.
25. Silverstein, B. Gender Difference in the Prevalence of Clinical Depression: The Role Played by Depression Associates With Somatic Symptoms, *American Journal of Psychiatry* 1999, Vol. 156, N° 3, 480-482.
26. Skodoll, A. Gender specific Etiologies for Antisocial and Borderline Personality in Gender and Its effects on Psychopathology, Washington, *American Psychiatric Press* 2000.
27. Weichs, S. Sloggett, A., Lewis, G. Social Roles and Gender Difference in the Prevalence of Common Mental Disorders, *British Journal of Psychiatry*, 1998, Vol. 173, 489-493.
28. Weinstock, L. S., Gender Differences in the Presentation and Management of Social Anxiety Disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, Vol. 60, Suppl. 9, 9-13.
29. Weiss, E., Longhurst, J. G., Mazure, C. M. Childhood Sexual Abuse as a risk Factor for Depression in Women: Psychosocial and neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 1999, Vol. 156, N° 816-828.
30. Witelson, S. F., Neural Sexual Mosaicism: Sexual differentiation on the human temporoparietal region for functional symmetry, *Psychoneuroendocrinology*, 1991, Vol. 16, 131-153

Marihuana y población femenina de 12 a 15 años

Hugo Miguez

Investigador del Programa de Epidemiología Psiquiátrica del Conicet.
E-mail: miguez@ciudad.com.ar - WEB <http://www.geocities.com/hugomiguez/>

Aspectos generales

La mujer y la problemática del uso de sustancias adictivas constituye un fenómeno poco tratado en la Argentina tanto en el campo de la prevención en particular como en el de la salud pública en general.

Esto pese a que desde diferentes organismos internacionales especializados en el tema se viene señalando, desde hace un tiempo, la presencia creciente de estos problemas en la población femenina. Situación que incluye no sólo al campo de las sustancias legales como es el caso del alcohol, el tabaco y el abuso de medicación psicotrópica sino también que alcanza el ámbito de las sustancias ilegales.

Así, diferentes revisiones señalan el aumento que se produce en este grupo en las últimas décadas(1) como también la característica de tratar con un fenómeno poco conocido.

Documentos de la OMS señalan(14) que el uso de sustancias adictivas en la mujer ha sido, con frecuencia, ocultado por una actitud social que tiende a focalizar estos problemas como un problema masculino. Sin embargo lo cierto es que indirecta o directamente se encuentran vinculadas al tema.

En el primero de los casos, que refiere a mujeres no usuarias de drogas pero que son compañeras o esposas de un varón usuario de ellas, se mencionan diferentes estudios(8) que señalan cómo el 80% de los varones que se inyectan drogas tienen relaciones sexuales con mujeres que no son usuarias de drogas o cómo en algunas regiones(16) el 97% de la violencia doméstica reportada se encuentra vinculada al ataque de un varón con abuso de alcohol.

Bajo estas situaciones, sin embargo, las mujeres permanecen como soporte de la familia en una situación de extraordinaria presión y demanda. Con frecuencia se ven en situación de no poder establecer pautas de sexo seguro(14) e incluso ante la demanda de negociar su relación sexual para conseguir la droga para su compañero(17).

En relación al segundo de los casos, vinculado a la situación de las mujeres que consumen drogas, se ha indicado cómo muchas sociedades niegan la existencia del abuso de drogas en la mujer a la par que ellas mismas ocultan su propio consumo. En general tiende a señalarse entre las causas de este ocultamiento la menor tolerancia social(10) hacia el uso de drogas en la mujer, los temores a perder los hijos en caso de ser descubiertas en su consumo y los sentimientos de vergüenza y culpa que finalmente refuerzan el ocultamiento(7).

La revisión llevada a cabo por Hsu(5) en 1994 señalaba que, a edades tempranas, la prevalencia de consumo de las mujeres igualaba a la de los varones en las poblaciones estudiantiles de países desarrollados y en desarrollo. El documento de trabajo de OMS de 1993 sobre mujeres y abuso de sustancia(15) indica que las mujeres adolescentes comienzan a usar cocaína y marihuana aún antes que los varones.

En 1999 el Estudio Nacional sobre Sustancias Adictivas en Argentina(13) incluyó como un capítulo independiente a la población de 12 a 15 años para ser evaluada sobre estos temas con una metodología específica(11). Basado en sus resultados el artículo presente examina específicamente las relaciones que se observaron respecto a los primeros usos de marihuana en las mujeres jóvenes de 12 a 15 años.

Resumen

El presente artículo analiza el uso de marihuana en la población femenina de 12 a 15 años de edad basado en resultados del Estudio Nacional sobre Sustancias Adictivas en Argentina de 1999. Se encuentran cambios con relación a la edad de iniciación que antes situaba el consumo de la mujer como un fenómeno de menor magnitud y más tardío que en el varón.

Palabras clave: Abuso de drogas - Marihuana - Adicciones - Género y adicciones.

USE OF MARIJUANA IN FEMININE POPULATION

Summary

The present article analyzes the use of marijuana in the feminine population based on results of the National Study on Addictive Substances in Argentina 1999. Changes were found regarding the initiation age of women's consumption, as compared with men's, now beginning earlier in life than before.

Key Words: Drugs abuse - Marijuana - Addictions - Gender and addictions.

Cuadro 1
Tasas de prevalencia del consumo de sustancias adictivas ilegales en la vida y en los últimos 30 días, en la población de 16 a 64 años

Porcentajes ponderados. Argentina 1999

<i>Sustancia</i>	<i>Prevalencia de consumo</i>					
	<i>en la vida</i>			<i>últimos 30 días</i>		
	<i>Masc.</i>	<i>Fem.</i>	<i>% de casos en la población total de 16 a 64 años</i>	<i>Masc.</i>	<i>Fem.</i>	<i>% de casos en la población total de 16 a 64 años</i>
Marihuana	11,9	5,4	8,5	3,6	0,9	2,2
Clorhidrato de cocaína	5,8	1,6	3,6	1,9	0,5	1,2
Sustancias inhalables	2,3	1,3	1,8	0,6	0,1	0,3
Alucinógenos	2,7	0,4	1,5	0,4	<0,1	0,2
Pasta base	1,4	0,3	0,8	0,6	<0,1	0,3
Opiáceos y anestésicos	0,9	0,1	0,5	0,2	<0,1	0,1
Crack	0,4	0,1	0,3	0,3	<0,1	0,1
Total Drogas ilegales	13,9	6,4	10,0	4,5	1,3	2,9

Resultados

El Estudio Nacional de Sustancias Adictivas aplicado a la población de 16 a 64 años señaló el consumo de marihuana como el más extendido dentro de las drogas ilegales con una prevalencia de vida del 8,6% y en el último mes de 2,2% (Cuadro 1).

Sin embargo un capítulo del mismo –llevado adelante con carácter exploratorio en una muestra independiente de población de 12 a 15 años(12)– mostró al uso de marihuana con niveles de consumo semejantes entre varones y mujeres en los últimos 30 días.

Por otra parte, en lapsos mayores, la tasa femenina se tornó marcadamente superior hasta llegar a duplicarse en la prevalencia global.

La iniciación en las jóvenes se presenta en edades de 12 a 13 años (cuadro 2).

Revisar hoy en día las hipótesis que en la década del 70 indicaban la iniciación en el uso de sustancias adictivas como un fenómeno mucho más tardío en la mujer que en el varón, habla de los cambios profundos que se han producido en los últimos 30 años. De los determinantes que en aquel momento se utilizaban para explicar la iniciación de la mujer vinculándola a las crisis de las edades medias de la vida (Winokur-Clayton 1968(18), Dahlgren, 1978(3), a la actualidad, donde el análisis debe considerar cómo mujeres y jóvenes son objetivos del mercado de sustancias psicoactivas, han cambiado mucho los alcances y naturaleza de la intoxicación.

Cuadro 2
Prevalencia del consumo de marihuana para el grupo de 12 a 15 años

Valores ponderados. Argentina 1999

<i>Prevalencia</i>	<i>Edad</i>		<i>% de casos en la población total de 12 a 15 años</i>
	<i>12-13</i>	<i>14-15</i>	
en varones			
Últimos 30 días	<0,1	2,42	1,24
Últimos 12 meses	<0,1	3,44	1,76
Ex consumo	<0,1	<0,10	<0,10
De vida o global	<0,1	3,44	1,76
en mujeres			
Últimos 30 días	<0,1	2,78	1,25
Últimos 12 meses	2,57	4,24	3,32
Ex consumo	<0,1	0,55	0,25
De vida o global	2,57	4,78	3,57

Cuadro 3
Prevalencia del consumo de marihuana
para el grupo de 12 a 15 años según NES
 Valores ponderados. Argentina 1999

Prevalencia	Nivel Económico-social		% de casos en la población total de 12 a 15 años
	Bajo	Alto	
en varones			
Últimos 30 días	1, 89	1, 13	1, 24
Últimos 12 meses	2, 79	1, 13	1, 76
Ex consumo	<0,1	<0,1	<0,1
De vida o global	2, 79	1, 13	1, 76
en mujeres			
Últimos 30 días	2, 00	<0,1	1, 25
Últimos 12 meses	4, 64	6, 60	3, 32
Ex consumo	<0,1	3, 89	0, 25
De vida o global	4, 64	10, 49	3, 57

Así, por ejemplo, un examen de las campañas realizadas en la última década en la Argentina encuentra referencias explícitas a la focalización publicitaria(2) en el grupo o "target" de los catorce años para el consumo de cerveza. O, también, el diseño de mensajes que tomaron como eje la problemática de la mujer frente a una sociedad opresiva de sus roles, para atribuir al hábito de fumar determinadas marcas de tabaco, la representación de su emancipación.

Mientras la prevalencia del consumo de marihuana de varones menores de edad, en el Estudio Nacional, tiene una presencia mayor en los niveles socioeconómicos bajos, en los grupos femeninos, en cambio, hay una mayor presentación en los sectores medios altos.

Esta diferencia por nivel socioeconómico debería investigarse, con mayores casos, tomando en cuenta la forma en que los modelos de consumo de las sustancias legales (utilizados intensamente para simbolizar la competitividad y autonomía de la mujer de estratos medios urbanos) podrían estar reforzando el escape ansioso de roles tradicionales identificados como vulnerables, con mayores urgencias que el propio varón de estos mismos sectores.

Consideraciones

Es posible que haya llegado el momento de comenzar a reconsiderar las problemáticas de la adicción desde la perspectiva de género y sus implicaciones en cuanto a vulnerabilidad. Esta condición, insuficientemente considerada, ha llevado a la desesti-

mación de riesgos específicos. Así, por ejemplo, en el campo del abuso de sustancias legales el desconocimiento de los niveles de alcohol capaces de producir daño sobre el embrión es, hasta el día de hoy, una laguna dentro del campo de la educación preventiva en las adolescentes. Esto alcanza a la aparición del uso de drogas ilícitas en grandes proporciones que ha sumado nuevos problemas al desarrollo del embarazo así como incrementó los riesgos frente a las enfermedades de transmisión sexual (incluyendo el HIV)(6).

Reforzando esta situación diferencial deben agregarse, además, las observaciones(17) sobre las alternativas de ayuda diseñadas en muchos casos sin diferenciar las necesidades femeninas, vinculadas tanto a



su maternidad potencial y su mayor vulnerabilidad física como al manejo de sus sentimientos de culpa y vergüenza frente a situaciones de rechazo social más fuertes(9).

Ha sido un argumento recurrente la apelación a la vida familiar (como si ésta fuera un emergente natural) para dar cuenta del avance del problema en la población de menores y, en este caso, con sus especificidades por género. Sin embargo el progreso del problema indica que es tiempo de revisar la situación general desde lo social donde la mujer se ubica como uno de los grupos con menores posibilidades de inserción, en un medio de por sí extremadamente difícil y en un contexto que mantiene, todavía vigente, en muchos casos, la doble demanda de rendimiento hogar-trabajo/escuela.

Sobre esta situación básica no puede dejar de advertirse, por otra parte, el hecho de encontrarla a su vez como "target" o "población blanco" del mercado de sustancias psicoactivas que se dirige a ella impo-

niéndose por medio de diferentes representaciones vinculadas a la autonomía, independencia y éxito.

En una sociedad con crecientes insuficiencias en el campo educativo parece ganar terreno, por ahora, la paulatina sustitución de una visión crítica de la vida por otra, creyente en el acceso social que puede deparar el consumo asegurado de forma sistemática y regular por todos los medios que el mercado utiliza para vender sus productos. El equiparamiento de las jóvenes a los varones en el consumo de sustancias adictivas puede mostrar también, junto a los aspectos anteriores, que ha comenzado a compartir con él los efectos de una estrategia de venta que busca en las carencias sociales de los grupos la representación que debe tener el objeto-señuelo que atraiga sus necesidades específicas. Esto, desde una situación de vulnerabilidad que no ha sido atendida hasta la fecha por programas que orienten sus acciones hacia las problemáticas específicas de las jóvenes en particular y de la mujer en general ■

Referencias Bibliográficas

1. Barcia, D. Moricillo, L. Gonzalez, H. Bogoños, E. Llamas de, A. Peñalver J. A. y Gonzalez M., Aspectos socioculturales en el alcoholismo femenino. *Sicopatología*(Madrid) 1990. 10, 2° (91-100).
2. *Clarín*. Suplemento económico. 28 de noviembre de 1993.
3. Dahlgren, L.: Female alcoholics. III. Development and pattern of problem drinking. *Acta Psychiat. Scand.*57: 325-335, 1978.
4. Guerny du J, Sjöberg E., Inter. -relationship between gender relations and the HIV/Aids epidemic: some possible considerations for policies and programme. *Aids*, N°8, 1993, 7: 1027-1037.
5. Hsu L-N, "Women and Drug abuse: a United Nations perspective", presentation at the 1994 *National Women and Drugs Conference* National Drug and Alcohol Research Center Sydney, Australia, November-December, 1994.
6. Hsu, *Op. cit.*
7. Lee-Nah Hsu, Focal Point on Women. Drugs and Gender issues. Undcp's contribution to the *Human Development Report* 1995.
8. Loga R., *Gender violence and drug abuse*. Vienna, Autonome österreichische. Frauenhäuser, 1993.
9. Míguez H. Grimson W. *La mujer y el uso inyectable de cocaína*. Cap. 8. Los vidrios oscuros de la droga. Ed. Universidad de Quilmes. Buenos Aires. 1999.
10. Míguez H. *Uso de sustancias psicoactivas* Ed. Paidós. Buenos Aires. 1999
11. Sedronar. Prevalencia del consumo de sustancias adictivas en la población de 12 a 15 años. *Estudio Nacional sobre consumo de sustancias adictivas* Argentina. Tomo II. Noviembre de 1999.
12. Sedronar. Apéndice *El Estudio Nacional: aspectos técnicos metodológicos*. 25-27. 1999
13. Sedronar. *Estudio Nacional sobre consumo de sustancias adictivas*. Argentina. Noviembre de 1999.
14. WHO Women and substance abuse: a gender análisis and review of health and policy implications. *WHO/PSA/93.12*. 1993.
15. WHO. Gender analysis of substance abuse in a sociocultural context in Women and substance abuse: a gender análisis and review of health and policy implications. p. 3-4 *WHO/PSA/93.12*. 1993.
16. WHO. Women and Substance Abuse, 1992, interim report. (El Salvador report in a WHO document *WHO/PSA/92.9*) 1992
17. WHO/PSA/93. 12. 1993. *Op. cit.*
18. Winokur, G., y Clayton, P. J. : Family history studies. IV. Comparison of male and female alcoholics., *Quart. J. Stud. Alc.*, 29: 855-891. 1968.
19. WHO/PSA/93. 12. 1993. *Op. Cit.*

Algunas consideraciones acerca del género y la psiquiatría

Daniel Matusevich

Médico especialista en psiquiatría. Médico de planta HIBA (Hospital Italiano de Buenos Aires).

Maestría en Ciencias Sociales con mención en salud FLACSO-CEDES.

Gallo 1543 PB "C" E-mail: dmatusevich@ciudad.com.ar

El concepto de género es utilizado en las ciencias sociales desde fines de la década de los sesenta, dada la coincidencia de dos circunstancias favorables para su instauración teórica: el avance de la segunda ola de pensamiento feminista que adquiere especial fuerza en esa década, y su penetración en ámbitos académicos, especialmente en Estados Unidos y Europa. En esos años el concepto es propuesto desde la psicología como una noción que permite diferenciar el sexo anatómico de las repercusiones psíquicas y sociales que conlleva la diferencia sexual en los sujetos, de modo que en 1968 Robert Stoller, como resultado de sus investigaciones con niños y niñas que fueron educados de acuerdo a un sexo que anatómicamente no era el suyo, establece la diferencia conceptual entre sexo y género, señalando al primero como un hecho biológico y al segundo como la construcción cultural, social y subjetiva que se realiza a partir de este hecho: la diferencia anatómica de los sexos(18, 20).

El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales fundadas sobre las diferencias percibidas entre los sexos, y constituye el primer elemento que da significado a las relaciones de poder. Es la organización social de la diferencia sexual. Esto no significa que el género refleja las diferencias físicas naturales entre hombres y mujeres; pero sí que el género es el saber que establece significados para las diferencias corporales. Estos significados varían en el tiempo de acuerdo con las culturas y los grupos sociales(9, 27, 28).

Paulatinamente el género se fue instalando progresivamente como una categoría analítica significativa en diversas disciplinas y campos de estudio que

permite formular una serie de problemáticas que toman como elemento central la diferencia sexual y la división sexual de las sociedades posibilitando una revisión y una reconsideración de diversos tópicos de las ciencias humanas.

En relación a la medicina, cabe destacar que la incorporación de una perspectiva de género es muy reciente. La tarea de reflexionar acerca de algunas cuestiones ligadas al género y su influencia en la práctica asistencial, en el campo de la profesión médica y en la relación médico/a- paciente es parte de un debate actual y contemporáneo que no siempre logra instalarse con la fuerza necesaria y adecuada para producir cambios significativos. El objetivo de este trabajo es analizar algunas dimensiones de la relación entre género y psiquiatría, intentando aportar elementos que permitan enriquecer dicho debate.

Sin duda, en los últimos 30 años –desde 1970, cuando Broverman presenta su estudio clásico donde analiza el efecto del sexo como variable estímulo en los juicios clínicos, concluyendo que los profesionales tienen diferentes conceptos de lo que significa la salud de un varón y una mujer– hasta hoy se han producido cambios notorios e importantes. Basta tomar como ejemplo el lenguaje utilizado en los libros psiquiátricos de texto, que pasó de ser claramente sexista a un lenguaje que muestra neutralidad de género, probablemente debido a la presión de los movimientos gay y feministas(22, 26).

Sin embargo, aún prima la certeza de que deberá pasar más tiempo para que los cambios en el discurso reflejen realmente cambios en la práctica profesional.

Existe un acuerdo entre varios autores con respecto

Resumen

Existe un acuerdo entre varios autores con respecto a la existencia de un sesgo teórico a la hora de pensar las relaciones entre género y psiquiatría. En este artículo se analiza dicho sesgo en cuatro áreas fundamentales del quehacer psiquiátrico: investigación, entrenamiento médico, diagnóstico y tratamiento farmacológico.

Palabras clave: Género – Género y psiquiatría – Psicofarmacología y género – Sesgo de género.

A FEW CONSIDERATIONS ABOUT GENDER AND PSYCHIATRY

Summary

The neglect of the gender issues in psychiatry has been documented in a series of articles appearing over the past decade; gender bias in psychiatry can be seen in medical research, medical training, psychiatric diagnoses and prescription practices.

Key Words: Gender – Gender and psychiatry – Psychopharmacology and gender – Gender bias.

to a la existencia de un sesgo teórico a la hora de pensar las relaciones entre género y psiquiatría(10, 11, 12, 13, 14, 15, 21, 23, 29). Una de las posibles causas del mismo sería el desconocimiento por parte de los/as médicos/as de una serie de cuestiones que, a pesar de no tener una base biológica, se encuentran en la raíz del sufrimiento de las mujeres, nos referimos aquí a la desigualdad entre los sexos representada por la discriminación en diferentes ámbitos de la vida social: salud, educación, trabajo, etc.(19).

Analizaremos dicho sesgo en cuatro áreas fundamentales del quehacer psiquiátrico: investigación, entrenamiento médico, diagnóstico y tratamiento farmacológico.

1. Investigación

En este campo podemos advertir dos cuestiones: por un lado, las diferencias en las proporciones entre mujeres y varones participantes en estudios clínicos, y por el otro, la menor cantidad de mujeres que se dedican a investigar(8, 10, 11).

Existe una tendencia a no incluir la misma cantidad de varones y mujeres en los estudios farmacológicos clínicos. En general las mujeres están subrepresentadas en las investigaciones; esto a menudo es intencional con el objeto de evitar las influencias hormonales durante el ciclo menstrual o la posibilidad de que la persona esté embarazada y existan riesgos de teratogenicidad.

Algunos autores sostienen que la representación femenina en las investigaciones debe ser proporcional a la representación femenina en la población general mientras que, por ejemplo, el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos señala que las proporciones deben calcularse en función de los porcentajes de las personas que padecen la enfermedad investigada(11, 17). Por ejemplo, los ensayos clínicos realizados con los antidepresivos de nueva generación en hombres jóvenes que luego serán usados en gran parte para tratar enfermedades en mujeres ancianas que tienen un metabolismo claramente diferente(8, 15, 21).

Actualmente se han comenzado a registrar cambios en las reglamentaciones de la *Food and Drug Administration*(FDA) con el objeto de incluir a más mujeres en las investigaciones farmacológicas, aunque es justo advertir que en general las diferencias entre varones y mujeres sólo son tenidas en cuenta como una variable demográfica o descriptiva, desconociendo las cuestiones relativas a la perspectiva de género(8, 22).

Eichler y Reisman examinaron las principales revistas médicas para estudiar la detección de sesgos y encontraron innumerables ejemplos de androcentricidad, es decir, de casos en que se supone que la visión masculina del mundo es universal, y una excesiva generalización con inferencias a ambos sexos aunque se estudien sólo hombres(17).

La mayor parte de la investigación farmacológica se lleva a cabo en hombres, aun cuando se investiguen psicofármacos usados para tratar enfermedades más comunes en las mujeres, como ser la depresión. En la actualidad se están comenzando a analizar con mayor rigurosidad las características socia-

les de las personas que participan de investigaciones psicofarmacológicas con el objeto de evitar sesgos de este tipo. También existe un reconocimiento cada vez mayor de la necesidad de que exista diversidad en aquellas personas que se ocupan del diseño, la implementación y la interpretación de investigaciones, tanto las biomédicas como las conductuales. En algunos países como Canadá y los Estados Unidos se están desarrollando e implementando programas para aumentar las oportunidades para que las mujeres y las personas miembros de grupos minoritarios puedan desarrollarse en carreras de investigación(5, 6, 8).

El sesgo también es evidente en la elección de temas de investigación ya que las mujeres están subrepresentadas en los niveles de formulación de política de las organizaciones de investigación, en el personal docente de las universidades y en el grupo de supervisión de las instituciones(29).

Dickersin y Schnaper(8) realizan una serie de interesantes señalamientos acerca de la investigación en psiquiatría en los Estados Unidos que merecen ser reproducidos; las autoras plantean que la mayor parte de los lugares en el Congreso Americano están ocupados por hombres, lo que redundaría en mayores fondos para la investigación sobre varones. También los hombres ocupan los lugares más significativos de poder en las escuelas médicas más importantes y en el Instituto Nacional de Salud Mental, lo que les permite hacer llegar fondos de manera directa por recomendación; de esta forma los hombres, tanto científicos como políticos, tienen una gran influencia sobre las agendas de investigaciones que se llevan adelante, mientras que las mujeres están excluidas en gran medida de estos espacios.

Según la OPS una agenda de investigación que tenga en cuenta el género debe estar dirigida hacia tres aspectos fundamentales(7):

1. Examinar cómo el hambre, el trabajo excesivo, la situación de impotencia relativa frente a los hombres y la violencia influyen en la salud mental de la mujer en determinados contextos culturales
2. Identificar políticas de intervención social, programas basados en la comunidad y otras alternativas capaces de fortalecer ("empoderar") la condición de la mujer y elevar su situación en la sociedad
3. A partir de la investigación en estas áreas generar intervenciones que contribuyan a reducir la incidencia de ciertos trastornos mentales que ocurren en la mujer de manera desproporcionada, como la depresión y los trastornos de ansiedad.

Paltiel(19) plantea que el hecho de que se registre un incremento en el número de mujeres investigadoras permitió una sensibilización hacia temas que resultaban menos significativos para los psiquiatras varones. Si bien no existen áreas de investigación delimitadas por sexo, las investigadoras y clínicas se han destacado en temas como el ciclo menstrual y la psicología de la reproducción, incluyendo temas como embarazo, aborto y las nuevas tecnologías reproductivas, violación, violencia doméstica y abuso sexual, aspectos psicológicos de las enfermedades ginecológicas y su tratamiento y aspectos éticos como las relaciones sexuales entre médicos varones y sus pacientes mujeres.

2. Entrenamiento médico

La formación de los/as médicos/as en general, y de los/as psiquiatras en particular, carece de una mirada que contemple el género. Una encuesta realizada a 291 médicos/as clínicos y generalistas de centros urbanos y rurales de diferentes regiones de nuestro país acerca de la salud de la mujer arrojó como resultado que el 85 % de los encuestados consideró que necesitaba entrenamiento adicional en salud de la mujer(16). Sería interesante replicar esta encuesta en una población de médicos/as psiquiatras: los resultados quizás serían aun más dramáticos debido a la ausencia de estos temas en los libros de formación de los especialistas¹.

Una educación médica que considere al género deberá estar atenta a varias cuestiones: aspectos singulares femeninos en la evaluación de la paciente (violencia sexual, doméstica y reproductiva), aspectos singulares de cómo afectan a las mujeres los diagnósticos psiquiátricos (estigmatización), relación de la mujer con el trabajo, opciones de tratamiento específicas y prescripción de psicofármacos. Por el contrario, es frecuente encontrar en los textos de psiquiatría una concepción de la paciente mujer como paciente pasiva, que acata las decisiones del profesional sin cuestionamientos, quedando establecida una relación de tipo paternalista. En muchos casos a las mujeres no se les permite o no son alentadas a manifestar sus quejas o expresar sus emociones; incluso en muchas ocasiones cuando sí lo hacen son descalificadas(11, 19).

En el capítulo dedicado a la mujer de la publicación de la OPS "La Salud Mental en el Mundo"(7) se plantea una serie de cuestiones que no pueden ser ignoradas en la formación y en el entrenamiento de los/as futuros médicos psiquiatras: "La pobreza, el aislamiento doméstico, la impotencia (resultante, por ejemplo, de los bajos niveles educativo y la dependencia económica) y la opresión patriarcal son factores relacionados con la mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en las mujeres (con exclusión del abuso de sustancias). En resumen, existe un caudal considerable de datos que señalan los orígenes sociales de los problemas psicológicos en la mujer".

3. Diagnóstico

Dentro de los síntomas psiquiátricos algunas características femeninas son etiquetadas como negativas y ciertas fortalezas son vistas como debilidades, por ejemplo la expresión de emoción, la habilidad para conectarse con otros y la empatía pueden ser vistos como dependencia, regresión e

histrionismo quedando de esa manera patologizadas experiencias importantes en el ser social de la mujer(10, 11, 13, 24).

Un dato para tener en cuenta es que la lista de contribuyentes para el DSM II incluía a 37 hombres y a 3 mujeres mientras que la lista equivalente para el DSM IV incluye 26 hombres y 11 mujeres; a pesar de estas proporciones es justo decir que un aumento en la proporción de mujeres no garantiza una visión de género en la agrupación de los síntomas psiquiátricos.

Ross, Frances y Widiger(25) reconocen que "...preocupaciones acerca de un sesgo de género son comprensibles. Los criterios del DSM III /DSM III R para diagnosticar trastornos de personalidad fueron contruidos, en su mayor parte, por hombres con escasa información proveniente de investigación empírica sistemática. No sería sorprendente encontrar que los médicos varones tendrían mayor facilidad para atribuir rasgos maladaptativos femeninos que masculinos".

El grupo de trabajo sobre la mujer del DSM sostiene que muchas de las situaciones clasificadas como trastornos de la personalidad representan más bien respuestas a problemas situacionales antes que rasgos de personalidad. Por ejemplo, el tolerar una situación de violencia por parte de una mujer puede tener que ver con el temor a que una reacción pueda conducir a un daño físico aún mayor; ese rasgo de sometimiento puede desaparecer cuando la mujer sale de la situación de abuso y se pone a salvo(13).

Si analizamos el diagnóstico de personalidad autodestructiva (apéndice A del DSM III-R) que corresponde a categorías diagnósticas que requieren estudios ulteriores(3), vemos que algunos de los comportamientos incluidos son: si la persona elige



personas o situaciones que conducen a la frustración, si se enzarza en un excesivo autosacrificio que no le es solicitado, si no se siente atraída por compañeros sexuales que le muestren afecto, si rechaza las ocasiones de experimentar satisfacción, si rechaza los intentos de ayuda de los demás. Podemos decir que en alguna medida nuestra sociedad promueve ese estilo de comportamiento en las mujeres, ya que el papel de cuidadoras es estimulado en muchas áreas sociales. Hay que ser muy prudente a la hora de construir los diagnósticos ya que muchas veces pueden ser confundidas reacciones a eventos externos con déficits intrapsíquicos, lo que conduciría a terminar culpabilizando a la víctima en vez de analizar profundamente las influencias culturales y los traumas que pueden estar en la raíz de las causas de las diferentes patologías.

Intensos debates se llevaron a cabo en el seno del Grupo de Trabajo de Trastornos de la Personalidad en torno a este diagnóstico y finalmente se recomendó que no sea incluido en el DSM IV(13, 25). Los motivos argumentados eran que había escaso material proveniente de la investigación clínica y solamente algunos reportes publicados de casos aislados. De todas formas autores como Kupers y Caplan sostienen que la decisión de retirar la categoría está más relacionada con presiones políticas que con un cambio conceptual.

Stotland(31) plantea firmemente que existe una potenciación entre la distribución de los diagnósticos de acuerdo al género y los diagnosticadores; sostiene que el hecho de que un diagnóstico sea más común entre las mujeres puede influenciar a los/as psiquiatras para que las mujeres sean colocadas en dicha categoría diagnóstica. Por último señala que no se puede desconocer la asociación existente entre sexo femenino y algunos diagnósticos como trastorno histriónico de la personalidad, desórdenes de la alimentación y desórdenes por somatización.

Otro caso que merece ser analizado es la inclusión del trastorno disfórico del final de la fase luteínica en el apéndice A del DSM III-R. Quienes propusieron su inclusión sostenían que este desorden es una condición clínica afirmada por la investigación y que su exclusión podría llevar a subdiagnóstico, equivocaciones en el diagnóstico y fallas en la administración de tratamientos a aquellas mujeres que lo necesitarían(25). Por otro lado había quienes decían que este diagnóstico tomaba un proceso fisiológico de la mujer para estigmatizarlo y patologizarlo(13, 22); existían grandes dudas acerca de si la información existente era suficiente para generalizar y validar un criterio diagnóstico.

Se formó entonces en los Estados Unidos un grupo de trabajo del trastorno disfórico del final de la fase luteínica para determinar si esta categoría debía aparecer o no en el apéndice del DSM IV. Este grupo realizó una revisión exhaustiva de toda la literatura existente que incluía trabajos clínicos y de investigación y arribó a las siguientes conclusiones: que el síndrome carecía de una definición clara, que las muestras de pacientes eran pequeñas, que en muchos de los trabajos no existían grupos de control y que había fallas en la determinación de la duración de los síntomas(13).

A pesar de estas conclusiones se determinó que un grupo circunscripto de mujeres sufre de disforia severa relacionada con el período premenstrual. Se decidió que el nombre era engañoso y molesto ya que los síntomas pueden no estar relacionados con los cambios endocrinológicos de la fase y propusieron entonces una nueva denominación: "Trastorno disfórico premenstrual", que debía figurar en el apéndice A del DSM IV y pasar así a ser parte de la nomenclatura oficial(25). También se decidió que este diagnóstico fuera parte de los desórdenes depresivos no especificados jerarquizando el componente depresivo de la afección.

Esta decisión fue fuertemente criticada. Spitzer quien se preguntaba "¿Por qué patologizar los ciclos naturales de la mujer? ¿Por qué no patologizar entonces la necesidad de los hombres de evitar todo signo visible de emoción o de dependencia....?"(13).

Justo es señalar que en la página 716 del DSM IV dice que: "... los cambios de ánimo que muchas mujeres experimentan durante su menstruación no deben ser considerados una enfermedad mental", de esta forma los autores tratan de responder a las críticas realizadas por autores como Hamilton o Kupers(1) quienes aseguran que existe muy poca evidencia científica para decidir la medicalización de los comportamientos de numerosas mujeres en la época premenstrual y que no se dispone de cifras exactas de prevalencia del Trastorno disfórico premenstrual.

Las controversias en torno a los trastornos de personalidad y las cuestiones de género continúan siendo muy intensas: Widiger(32) cita el diagnóstico propuesto por Caplan para el DSM IV en 1991 y que esta autora dio en llamar "*Delusional Dominating Personality Disorder*". La autora sostiene que este trastorno está constituido por elementos clásicos del rol tradicional masculino incluyendo elementos tales como "la necesidad de afirmar la importancia social de uno mismo mostrándose en compañía de mujeres que reúnen por lo menos tres de las siguientes características: 1. ser atractivas físicamente de manera convencional, 2. ser más jóvenes que uno mismo, 3. ser más bajas de estatura, 4. tener un peso menor que uno mismo, 5. ser más sumisas y poseer un desarrollo sexual caracterizado por: **a.** una excesiva necesidad de adulación acerca de la propia performance sexual y/o del tamaño de los genitales, **b.** una tendencia infantil a equiparar el atractivo sexual de una mujer con el tamaño de sus pechos". La autora sostiene la validez de cada uno de estos criterios con una detallada revisión de artículos tanto de clínica psiquiátrica como de sociología. Asimismo, propone la inclusión en el DSM de dos trastornos, "*Independent Personality Disorder*" y "*Restricted Personality Disorder*" que serían los complementos del trastorno dependiente de la personalidad y del trastorno histriónico².

4. Tratamiento farmacológico

Numerosos trabajos muestran que las mujeres reciben más prescripciones farmacológicas que los hombres. Ashton afirma que la cifra de prescripciones de medicaciones como tranquilizantes y antide-

presivos es cercana al doble en las mujeres. Una encuesta nacional realizada en 1977 en los Estados Unidos mostró que el 15.9% de las mujeres que consultaban recibía al menos una receta de un psicofármaco mientras que este porcentaje descendía a 8.1% en los hombres medicados(12).

Simoni-Wastila(30) analizó una muestra de 8536 visitas registradas en el Sistema Nacional Médico Ambulatorio de los Estados Unidos, comparando una submuestra de visitas en donde algunos pacientes recibían psicofármacos y otros pacientes no. Encontró que el sexo era un predictor positivo de drogas antidepresivas y ansiolíticas y que la probabilidad de recibir psicofármacos era un 55% mayor para las mujeres que para los hombres.

Para comprender esta situación es necesario preguntarse si los/as médicos/as psiquiatras prescriben psicofármacos basándose exclusivamente en factores médicos o están influenciados por factores no médicos como puede ser el género de sus pacientes. Hohmann(12) plantea que se ha desarrollado un intenso debate teórico alrededor de las razones por las cuales las tasas de uso de psicofármacos son mayores en las mujeres, presentando dos argumentos básicos: el primero señala que las mujeres están más angustiadas o tienen más problemas psicológicos que los hombres y por lo tanto necesitan más atención (más prescripciones), mientras que el segundo afirma que la diferencia en la angustia y el mayor uso de los servicios por parte de las mujeres es una artificio teórico debido a que las mismas se caracterizan por expresar sus emociones y por su mayor sensibilidad, teniendo en cuenta que estos dos hechos están muy medicalizados en nuestra sociedad constituyéndose así una diferencia artificial.

Si las mujeres enferman psiquiátricamente o están angustiadas en mayor proporción, entonces habría una justificación para el mayor número de prescripciones; en caso contrario existirían tres posibilidades; que como las mujeres consultan con mayor frecuencia están más expuestas a ser medicadas, que las mujeres pidan ser medicadas al tiempo que tengan una mayor habilidad para convencer a los médicos o que los médicos asocien las emociones expresadas por las mujeres con enfermedad y mediquen esas conductas(4).

Mintzes(17) resume la investigación de Cooperstock donde esta autora identifica las cinco razones por las cuales las mujeres están más expuestas que los hombres a recibir drogas que actúen sobre el estado de ánimo:

- Las mujeres tienen mayor libertad que los hombres en expresar sus emociones.
- Tienen una mayor capacidad de percibir problemas emocionales en sí mismas.
- Discuten sus problemas emocionales

más frecuentemente con sus médicos.

- Los médicos esperan que las mujeres sean emocionalmente expresivas.
- Los médicos esperan que las mujeres necesiten mayor cantidad de drogas que modifiquen el estado de ánimo.

Resulta importante destacar que en un trabajo publicado por King acerca de las publicidades farmacológicas aparecidas en el American Journal of Psychiatry entre 1959 y 1975 el 81% de las publicidades de antidepresivos estaba dirigido a mujeres; en una revisión de la misma revista que abarcaba desde 1986 a 1989 el número alcanzaba el 80%(17).

Estos datos nos deben alertar con respecto a lo que podríamos denominar la medicalización de la vida diaria de las mujeres que se pone de manifiesto por lo menos en tres aspectos(5, 17):

- La redefinición de aspectos normales y sanos de la vida de las mujeres como problemas médicos.
- La redefinición de la prevención de las enfermedades como si dependiera exclusivamente de la utilización de psicofármacos
- La utilización de los psicofármacos como solución de problemas emocionales y mentales sin tomar en cuenta los aspectos sociales de las enfermedades.

Discusión

Las cuestiones expuestas hasta aquí nos llevan a concluir que las relaciones entre género y psiquiatría se desarrollan en los diferentes campos analizados de manera conflictiva. Sin embargo, es importante tener en cuenta que estas relaciones poseen una naturaleza dinámica, están constantemente en movimiento y todo hace suponer que los cambios necesarios para contar con



una psiquiatría con perspectiva de género se irán instalando paulatinamente de manera exitosa.

De todas formas, nuestra disciplina y nuestra práctica profesional están ancladas en un contexto social que influye de manera decisiva. No podemos pretender que la mirada desde el género se despliegue completamente en el campo de la psiquiatría cuando en el conjunto de la vida social estas cuestiones aun no han sido totalmente internalizadas, registrándose una gran dificultad para operativizar el concepto de género de manera que pueda visualizarse en diferentes áreas de la vida cotidiana, tales como el mundo del trabajo, la política, etc.

Otra cuestión que merece ser incluida en esta discusión es en relación a los sesgos en la psiquiatría. Hemos analizado en detalle el sesgo teórico derivado de la relación entre género y psiquiatría. No podemos pecar de ingenuos/as presentando a éste como la única fuente de desviación en las categorías diagnósticas con las que trabajamos y en el proceso de formación profesional. Es una tarea pendiente que exige estudio e investigación reconocer y detectar cuáles son los supuestos sobre los que descansan nuestra práctica y las clasificaciones con las que trabajamos.

Se podría dar inicio a este análisis planteando cómo el predominio del modelo biológico ha influido en la construcción de la mirada psiquiátrica actual en desmedro de una perspectiva social. Esta última incluiría aspectos que históricamente se han dejado de lado para definir la enfermedad mental. Por ejemplo, pensar cómo se desarrolla la misma en el mundo de la pobreza y cómo influyen los contextos culturales y étnicos en el proceso de la enfermedad: a pesar de que muchas personas con esquizofrenia viven en situación de pobreza o poseen un nivel de ingresos cercano a la pobreza, pocos estudios han examinado el rol de la misma en la sintomatología, curso y evolución de la enfermedad(5).

Reflexionar acerca de estos asuntos contribuye a plantear nuevos interrogantes y a profundizar los ya conocidos, más que a saldar nuestras dudas. Sin embargo, esto refuerza nuestro convencimiento de la necesidad ineludible de cuestionar y someter a críticas y revisiones constantes las diferentes maneras de abordar la enfermedad mental y a los/as pacientes para trabajar desde un marco flexible que se adapte y contemple las diferentes situaciones que se presentan en nuestra tarea cotidiana ■

Notas

1. Una excepción lo constituye el capítulo "Women and Psychiatry", de Stotland, N. (31).

2. En el primer diagnóstico incluye síntomas como poner el trabajo por encima de las relaciones personales o necesitar que otros se hagan cargo de aspectos significativos de la vida social debido a dificultades para expresar afecto; el segundo presenta criterios como dificultades para expresar las emociones (por ejemplo no llorar en momentos de tristeza), necesitar de otros (especialmente la esposa) para realizar las tareas que incluyan cuestiones sensibles, preferir actividades físicas o intelectuales sobre aquellas emotivas, etc.(32).

Bibliografía

- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, *American Psychiatric Association* Washington, 1994.
- Bourdieu, P., Chamboredon J., Passeron J., *El Oficio de Sociólogo*, Ed. Siglo Veintiuno, Madrid, 1987.
- Breviario DSM III-R, Ed. Masson, Barcelona, 1993.
- Cafferata G., Meyers S. Pathways to psychotropic drugs, understanding the basis of gender differences, *Medical Care*, 1990; 28: 285-300.
- Cohen C. Overcoming social amnesia: the role for a social perspective in psychiatric research and practice, *Psychiatric Services*, 2000; Vol. 51, Nro. 1, 72-78.
- Cook R. "Gender, health and human rights" en Mann J., Gruskin S., Grodin M., Annas G., *Health and human rights*, Routledge New York, 1999. 253-264.
- Desjarlais R., Eisenberg L., Good B., Kleinman A., *Salud Mental en el Mundo*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1997.
- Dickersin K., Schnaper L. "Reinventing medical research" en Moss K., *Man-made medicine* Duke University Press, Durham, 1996. 57-78.
- Frank E. "Introduction" en Frank E. Gender and its effects on psychopathology, *American Psychiatric Press* Washington, 2000. XV-XVI.
- Hamilton J., Jensvold M., "Introduction: feminist psychopharmacology" en Hamilton J., Jensvold M., Rothblum E., Cole E., *Psychopharmacology from a feminist perspective*, Haworth Press, New York, 1995. 1-7.
- Hamilton J., Jensvold M. "Sex and gender as critical variables in feminist psychopharmacology research and pharmacotherapy" en Hamilton J., Jensvold M., Rothblum E., Cole E., *Psychopharmacology from a feminist perspective*, Haworth Press, New York, 1995. 9-30.
- Hohmann A. Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care, *Medical Care*, 1989; 27: 478-490.
- Kupers T. "The politics of psychiatry: gender and sexual preferences in DSM IV" en Roth Walsh M., *Women, men and gender, ongoing debate* Yale University Press, New Haven, 1997. 340-347.
- Lipsitz Bem S. *The lenses of gender* Yale University Press, New Haven, 1993.
- Marsh M. "Feminist psychopharmacology: an aspect of feminist psychiatry" en Hamilton J., Jensvold M., Rothblum E., Cole E., *Psychopharmacology from a feminist perspective*, The Haworth Press, New York, 1995. 73-84.
- Mejia R., Casal E., Fayanas R., Perez Stable E., Encuesta a

- médicos clínicos y generalistas sobre el cuidado de la salud de la mujer, *Medicina y Sociedad*, 2000; Vol. 23, Nro. 1: 37-44.
17. Mintzes B. "The essence of woman in tablet form. Gender and drug promotion", Meeting on Gender Analysis for Health, *World Health Organization*, Geneva, 28-30 June 2000.
 18. Orand A. "Gender" en Maddox G. *The Encyclopedia of Aging*, Springer Publishing Company, New York, 1995. 392-393.
 19. Paltiel F. "La salud mental de la mujer de las Americas" en Gomez Gomez E., *Género, mujer y salud en las Americas*, Ed. OPS, Washington, 1993. 143-162.
 20. Parrini R. "Genero y subjetividad perspectivas desde la masculinidad", Trabajo presentado en el 8 Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad, NEPO, *Universidade Estadual de Campinas*, 1999.
 21. Pinn V. Recruiting older woman and minority members into clinical trials: an important goal for researchers, *Journal of Mental Health and Aging*, 2000, Vol. 6 Nro. 1: 21-24.
 22. Prior P., *Gender & mental health* New York University Press, New York, 1999.
 23. Rieker P., Bird Ch., "Sociological explanations of gender differences in mental and physical health" en Bird Ch., Conrad P., Fremont A., *Handbook of medical sociology* Fifth edition, Prentice Hall, New Jersey, 2000. 98-113.
 24. Rosenfield S., "Gender and dimensions of the self: implications for internalizing and externalizing behavior" en Frank E., *Gender and its effects on psychopathology* American Psychiatric Press, Washington, 2000. 23-36.
 25. Ross R., Frances A., Widiger T., "Gender issues in DSM-IV" en Roth Walsh M. *Women, men and gender, ongoing debates* Yale University Press, New Haven, 1997. 348-357.
 26. Sanchez A. "El sexo como variable estimulo: análisis de las interacciones entre los sexos" en Fernández J., *Género y sociedad* Ed. Piramide, Madrid, 1998. 77-104.
 27. Scott J., *Genero: uma categoria útil de analise historica*, Educaçao e Realidade, 1990; 16(2): 5-22.
 28. Scott, J., *Gender and politics of history* Columbia University Press, New York, 1988.
 29. Shapiro-Baruch A. "The dismissal of female clients reports of medication side effects: a first hand account" en Hamilton J., Jensvold M., Rothblum E., Cole E., *Psychopharmacology from a feminist perspective* The Haworth Press, New York, 1995. 113-127.
 30. Simoni-Wastila L. Gender and psychotropic drug use, *Medical Care*, 1998; 36: 88-94.
 31. Stotland N. "Women and psychiatry" en Hales R., Yudofsky S., Talbott J., *Textbook of Psychiatry* American Psychiatric Press, Washington, 1994. 1355-1377.
 32. Widiger T. Sex biases in the diagnosis of personality disorders, *Journal of Personality Disorders*, 1998; Vol. 12, Nro. 2, 95-118.



Morbilidad psiquiátrica en mujeres con aborto inducido ilegal

Lucrecia Ramírez Restrepo

MD. Médica psiquiatra, Profesora Asociada Departamento de Psiquiatría, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Dirección Postal: AA 1226. E-mail: neverama@col3.telecom.com.co. Telefax: 574-2636809.

Beatriz Palacio Urteaga

MD

Liliana Jaramillo Salazar

Est., MD

Introducción

El 40% de la población mundial vive en países donde el aborto inducido es permitido a solicitud de la mujer, el 25% vive en países donde sólo está permitido si el embarazo es de alto riesgo para la vida de la mujer y el 35% restante en países donde el aborto es permitido por indicación médica o social(1, 2). En 1987 se estimó que se realizaban 10 a 22 millones de abortos clandestinos en el mundo y 26 a 31 millones de abortos legales(3, 4). Según el informe de las Naciones Unidas del año 1999 sobre regulaciones del aborto según región y países (*United Nations World Abortion Policies*) las razones para permitir el aborto incluyen:

1. para salvar la vida de la madre,
2. para preservar la salud física,
3. para preservar la salud mental,
4. por incesto o violación,
5. por problemas fetales,
6. por razones económicas o sociales, y
7. a solicitud de la embarazada.

En América Latina, sólo Cuba y Guyana permiten el aborto por cualquier razón; Barbados y San Vicente lo permiten en todos los casos excepto a solicitud

de la mujer, todos los permiten para salvar la vida de la madre excepto Chile y El Salvador que no lo aceptan bajo ninguna circunstancia; México, Panamá, Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador y Guyana lo aceptan en caso de violación o incesto; y Antigua, República Dominicana, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Colombia y Suriname sólo lo aceptan para salvar la vida de la madre.

El impacto negativo del aborto inducido sobre la salud mental de las mujeres ha sido utilizado como argumento para sostener la penalización, a pesar de las evidencias en contra. Desde 1909 Kraepelin, el padre de la psiquiatría moderna, había postulado que el aborto aliviaba, más que precipitaba, un desorden psiquiátrico. El pensamiento acerca del impacto psiquiátrico del aborto ha cambiado sustancialmente durante los últimos 40 años(5, 6, 7).

La literatura de los años 40 y 50 hablaba del efecto traumático del procedimiento, a pesar de la falta de hallazgos consistentes que soportaran esta conclusión(7). En la década de los 60 se publicaron tres estudios clásicos, prospectivos, que reportaron que, incluso si el aborto se inducía por motivos psiquiátricos había "sentimientos de mejoría, que aumentaba con el tiempo", y se empezaba a hablar del aumento

Resumen

Para observar el impacto del Aborto Inducido Ilegal sobre la salud mental de las mujeres, se comparó la morbilidad psiquiátrica según el SCL-90-R, en 32 mujeres con Aborto Inducido (AI) y 53 mujeres con Aborto Espontáneo (AE) durante los tres días posteriores al evento, a los tres meses y a los seis meses. No se encontraron diferencias significativas en la evolución global sintomática de las dos cohortes y en somatización, ansiedad y ansiedad fóbica se encontraron niveles significativamente más altos en las mujeres con AE a través del tiempo. Cada grupo tuvo igual tendencia a estar más sintomático en los días cercanos al evento, para después al tercer y al sexto mes, presentar una recuperación completa. Se discute si el impacto de la pérdida por aborto depende más de lo contingencial del evento que de la pérdida vital. Se concluye que el aborto inducido ilegal en nuestro medio no parece ser factor de riesgo para la salud mental de las mujeres.

Palabras clave: Aborto Inducido – Aborto Espontáneo – Morbilidad Psiquiátrica – Sintomatología Psiquiátrica.

PSYCHIATRIC MORBILITY IN WOMEN INDUCED ILLEGAL ABORTION

Summary

To investigate the psychological impact of induced illegal abortion in a catholic, Latin American city, we undertook a prospective study for 32 women with induced abortion and 53 with spontaneous abortion. During three-time intervals- at the time of the event, 3 months and 6 months- we measured psychiatric morbidity by means of psychiatric interview and the Symptom Checklist 90-Revised. None of the group exhibited psychopathology and few differences were found. The Global Severity Index did not show differences among groups during the three time intervals. Somatization, Anxiety and Phobic Anxiety were seen as significantly greater in the spontaneous abortion group. Each group was more symptomatic at the time of the event, and significantly fewer three months later, level that was maintained until six months later. It is concluded that induced illegal abortion is a safe procedure that has no psychiatric complications for women.

Key Words: Induced Abortion – Spontaneous Abortion – Psychiatry Morbidity – Psychiatric Symptomatology

de enfermedad depresiva cuando un embarazo no deseado se llevaba a término(8).

En 1970 la Asociación Psiquiátrica Americana y la Asociación Psicoanalítica Americana realizaron un informe en el cual apoyan la idea de que los efectos psiquiátricos que se presentan después del aborto son mínimos(6). Durante la misma década se realizaron varios estudios donde se confirma el hallazgo, incluso en seguimientos hasta por dos años, de que el procedimiento es benéfico y efectivo para reducir los síntomas psicopatológicos causados por un embarazo no deseado. Se describe la dificultad para tomar la decisión, como el factor asociado con el peor pronóstico del aborto inducido(9, 10, 11).

Durante la década de los 80 el asunto parecía zanjado; hasta comienzos de los 90, cuando empiezan a resurgir argumentos psicológicos para promover la penalización del aborto en aquellos países donde se había incluso legalizado. Surge otra oleada de literatura de revisión, en la cual se reconfirma que en general la interrupción voluntaria de una gestación no deseada es benéfica para la salud mental y física de las mujeres y se describen patrones no específicos de respuesta patológica o de enfermedad en algunos casos particulares. Dichos casos incluyen pacientes con enfermedad psiquiátrica previa, las que fueron presionadas para que tomaran la decisión, aquellas con marcada ambivalencia acerca de la decisión, y aquellas con soporte social pobre (Blumenthal, 1991)(12).

Después de la ley de legalización del aborto en países como Estados Unidos, Canadá, Italia, Suecia o España, las mujeres de estos países han tenido acceso al procedimiento con riesgos psiquiátricos o médicos mínimos y con efectos en la salud pública en las décadas de los 70 y 80 tales como:

- reducción de las muertes y de complicaciones quirúrgicas entre las mujeres más jóvenes,
- desarrollo de procedimientos quirúrgicos seguros y
- aumento de centros de servicios gineco-obstétricos a bajo costo(6).

Conocer con exactitud la incidencia del aborto y sus subtipos en Colombia es muy difícil por tres razones fundamentales: los abortos que ocurren en las primeras cuatro semanas no quedan registrados como tales; en ocasiones se clasifican como abortos otras patologías hemorrágicas; y los abortos inducidos casi nunca se conocen, por razones de índole jurídica. En la investigación más importante que se ha realizado en Colombia al respecto (Zamudio y cols), se encontró que el 22.9% de todas las mujeres encuestadas (más de 33.000 de 22 ciudades de más de 100.000 habitantes) de 15 a 55 años declaró haber tenido por lo menos un

aborto inducido(1). Según las cifras de la Corporación Centro Regional de la Población, en Colombia en el año de 1984 se practicaron 350 mil abortos y, sin embargo, en los juzgados no reposaban más de 400 denuncias acumuladas durante los últimos seis años.

La tasa global de aborto en Colombia durante 1984 fue de 15.5 por cien mil nacidos vivos, pero esta cifra corresponde sólo al aborto espontáneo y de ninguna manera refleja la magnitud del hecho porque los abortos inducidos casi nunca quedan incluidos. Se puede decir que el aborto tiene una alta incidencia en nuestro país, aunque no se puede hablar de cifras exactas. Según la OMS en América Latina se practican anualmente seis millones de abortos(4). En 1981 se internaron 800 abortos y 22.000 partos en el Instituto Materno-Infantil de Bogotá, con una tasa de mortalidad por aborto del 10 al 25%. Sin embargo fuentes de la Sociedad Colombiana de Ginecología y Obstetricia estiman que sólo en Bogotá se producen alrededor de 200 abortos diarios.

En Colombia en 1993, se publicó el único trabajo conocido, que mira los efectos del aborto inducido sobre la salud mental, estudio descriptivo que compara ex-post-facto dos grupos de 30 mujeres cada uno que habían tenido abortos inducidos o espontáneos, y encontró que el grupo con AE presentó mayor compromiso emocional y más grave que el otro grupo(5).

Con los resultados de nuestro trabajo, prospectivo de cohortes, se confirman los hallazgos que sugería dicho estudio. No hubo diferencia en la forma general sintomática como evolucionaron las mujeres que habían tenido un aborto inducido con respecto a la evolución de aquellas con un aborto espontáneo en el curso de los seis



Tabla 1
Características sociodemográficas de las mujeres expuestas y no expuestas a aborto inducido Medellín, Colombia

Características Sociodemográficas	Expuestas n=32 (%)	No expuestas n=53 (%)	Significancia P
Edad	media 25. 19 d. e 7. 19	media 26. 81 d. e 7. 33	ns
En convivencia	8 (25)	36 (67)*	0. 000
Bachilleres	17 (53. 1)	8 (15. 1)*	0. 000
Ingresos	16 (50)	19 (35. 8)	ns
Autónomas	7 (21. 9)	3 (5. 7)	0. 03
Tipo de empleo			

meses subsiguientes a los eventos. Contrariamente a la idea prevalente, las mujeres con abortos espontáneos experimentaron más sintomatología ansiosa y tardaron más en recuperarse. Se discute entonces el impacto de los eventos contingenciales en contraste con aquellos que se producen voluntariamente aunque acarreen pérdida y dolor, dejando una huella biográfica pero no psicopatológica.

Metodología

A partir del 20 de Enero de 1998 se obtiene la muestra entre las mujeres que consultan por un aborto espontáneo en curso en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario San Vicente de Paul y aquellas que consultan a los diferentes centros de atención obstétrica de la ciudad por un embarazo no planeado y el deseo expreso de buscar su interrupción. Se descartan aquellas que a la entrevista inicial muestren psicopatología mayor o refieran antecedente personal psiquiátrico próximo. Cada persona

seleccionada se evaluó durante los tres primeros días subsecuentes al evento y luego se volvió a evaluar a los tres y a los seis meses. En total se evaluaron 32 mujeres de la cohorte de expuestas –aquellas que tuvieron un aborto inducido– y 53 mujeres de la cohorte de mujeres no expuestas –aquellas que tuvieron un aborto espontáneo, no expuestas al factor de riesgo para morbilidad psiquiátrica–. Cada evaluación incluyó una entrevista clínica semiestructurada, una encuesta para variables sociodemográficas y obstétricas y el SCL-90-r (*Symptom Checklist 90 Items- Revised*), una escala de dimensiones sintomáticas para evaluar la morbilidad psiquiátrica(13).

El SCL-90-R es un instrumento desarrollado para reflejar transversalmente en pacientes psiquiátricos y médicos, los patrones de síntomas psicológicos. Consiste en un inventario de 90 síntomas para auto o hetero aplicación y cada uno de ellos es calificado en una escala de malestar de 5 puntos, con un rango desde 0 (nada) hasta 4 (mucho). Las 90 respuestas se sumaron e interpretaron a la luz de 9 dimensiones sintomáticas primarias y un índice global de severidad (IGS):

Tabla 2
Características obstétricas de las mujeres expuestas y no expuestas a aborto inducido, Medellín, Colombia

Características Obstétricas	Expuestas n=32 (%)	No expuestas n=53 (%)	Sig.
Gestaciones	media 2. 41 d. e 1. 56	media 3. 36* d. e 2. 12	0. 034
Abortos	media 0. 28 d. e 0. 58	media 0. 33 d. e 1. 15	ns
Hijos	media 1. 16 d. e 1. 27	media 1. 87* d. e 1. 71	0. 043
Gest. Buscada	0	18 (34)	ns
Actitud del compañero			
Aceptación	8 (25)	42 (79. 2)	ns
Rechazo	2 (6. 3)	0	ns
Sin dato	22 (68. 8)	11 (20. 8)	ns
Anticoncepción			
No uso	28 (87. 5)	48 (90. 6)	ns
Uso inadecuado	3 (9. 4)	4 (7. 5)	ns
Uso adecuado	1 (3. 1)	1 (1. 9)	ns

d. e: desviación estándar
ns: diferencia no significativa

Tabla 3
Características psiquiátricas de las mujeres expuestas y no expuestas a aborto inducido, Medellín, Colombia

Características Psiquiátricas	Expuestas N = 32 (%)	No Expuestas N = 53 (%)	Sig.
Antecedentes Personales	0	1 (1.9)	ns
Antecedentes Familiares	5 (15.6)	7 (14.2)	ns

d. e: desviación estándar - ns: diferencia no significativa

SCL-90-R

- Dimensiones sintomáticas
 - Somatización
 - Obsesivo-compulsivo
 - Sensibilidad interpersonal
 - Depresión
 - Ansiedad
 - Hostilidad
 - Ansiedad fóbica
 - Ideación paranoide
 - Psicoticismo
- Índice global de severidad (IGS)
- Índice de síntomas positivos

La información se analizó electrónicamente utilizando el software *STATISTICA*, el software SCL-90-R, y el software SPSS. Los análisis de asociación fueron de tipo proporcional y éstos resultados se sometieron a la prueba del Chi cuadrado con un nivel de significación del 0.5%. Se hizo un análisis de covarianza para confirmar el efecto de las diferencias de las cohortes en los resultados.

Resultados

La cohorte expuesta tenía una media de edad de 25 años y la no-expuesta de 26. Se encontró que la cohorte expuesta -aborto inducido- vivía sin compañero, tenía mejor nivel educativo, y trabajaba en el espacio público con remuneración (Tabla 1). La cohorte expuesta había tenido menos embarazos y tenía menos hijos. Ninguna de las dos cohortes buscaba la gestación interrumpida al momento de iniciar el estudio, pero ninguna de las dos cohortes estaba haciendo anticoncepción eficaz (Tabla 2). No se encontraron diferencias en historia psiquiátrica personal o familiar (Tabla 3). En cuanto al efecto de la exposición a aborto inducido o aborto espontáneo, se encontró que la evolución del malestar psicológico global fue similar en las dos cohortes al momento del aborto, a los tres meses y a los seis meses, sin diferencias significativas en la evolución global sintomática medida por el *Índice Global de Severidad* (IGS) (Gráfica 1).

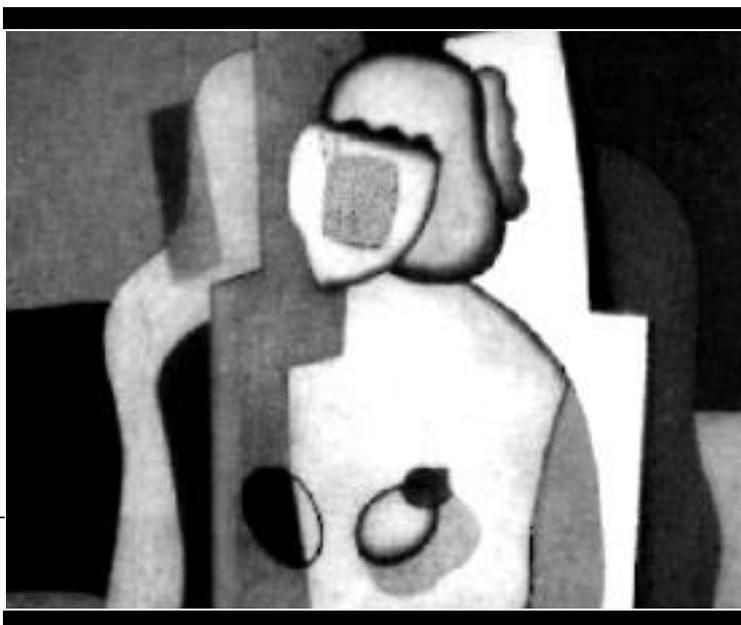
Discriminado el efecto por dimensiones sintomáticas se encontró que la cohorte no expuesta -aborto espontáneo- mostró pun-

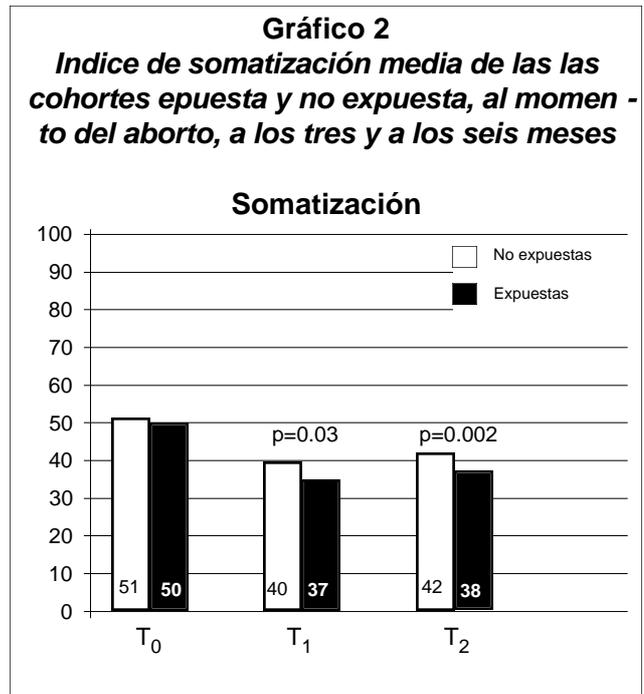
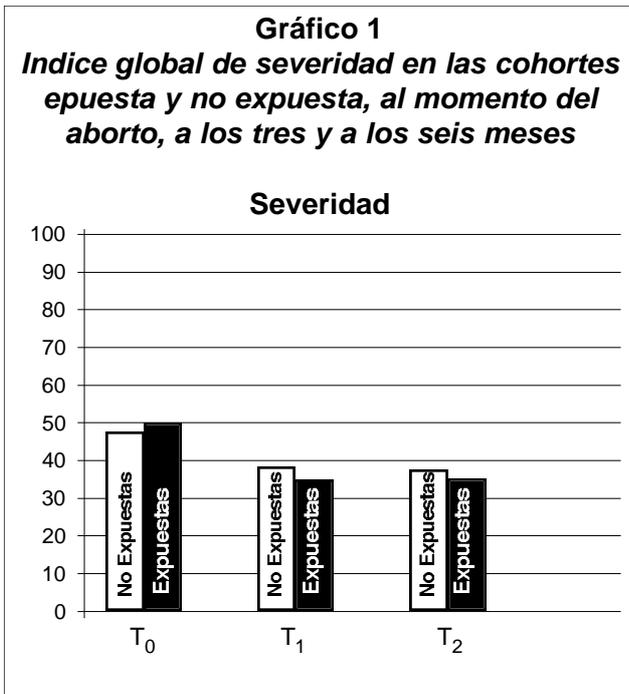
tajes significativamente más altos en las dimensiones sintomáticas de somatización a los tres y a los seis meses (Gráfica 2), de ansiedad a los seis meses (Gráfica 3) y de ansiedad fóbica al momento del evento aborto (Gráfica 4). No se encontraron diferencias significativas en las dimensiones sintomáticas obsesivo-compulsiva, sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo a los tres y a los seis meses posteriores al evento aborto. Los cambios sintomáticos mostraron una tendencia decreciente significativa en cada cohorte entre el momento del aborto y a los tres meses (Tabla 4).

Todos los hallazgos relativos al efecto se confirmaron con un análisis de covarianza.

Discusión

Las diferencias sociodemográficas encontradas entre las cohortes dan cuenta de la procedencia diferente de las poblaciones consultantes en dos servicios de salud para distintos estratos; el Hospital Universitario San Vicente de Paul para estrato social bajo y las instituciones particulares de atención en obstetricia para estratos sociales medio y alto.





Si embargo, llama la atención que las mismas diferencias fueron encontradas en el trabajo de Laverde y Carvajal en 1993, realizado en Bogotá, en el cual el 70% de las mujeres con aborto espontáneo eran amas de casa y el 50 % de las que tuvieron un aborto inducido, eran estudiantes o trabajaban en el espacio público.

La baja frecuencia de anticoncepción en los dos grupos nos llama la atención. No querían embarazarse, pero no estaban utilizando ningún método anticonceptivo. Nos preguntamos entonces qué pasa con la reflexión que debe mediar entre el deseo de no-hijo y la práctica anticonceptiva. Tampoco en el trabajo mencionado del 93 en Bogotá las mujeres de ambos grupos estaban planificando adecuadamente. Planteamos la necesidad de investigar este hallazgo para comprenderlo mejor y en consecuencia aportar

estrategias de solución que disminuyan la necesidad de utilizar el aborto como método de control natal.

Desde la perspectiva clínica, el comportamiento similar de las cohortes en evolución global y en la mayoría de las dimensiones sintomáticas es un hecho ya descrito en otros países, que contrasta con el prejuicio arraigado de que el aborto inducido, ilegal en nuestro país, acarrea graves consecuencias para la estabilidad psicológica de las mujeres que optan por la interrupción. La cohorte no expuesta, que sufre un imprevisto aborto espontáneo, tiene índices más altos de somatización, ansiedad y ansiedad fóbica, todos del espectro sintomático ansioso, reacción común y explicable frente a un evento contingencial de impacto negativo. El aborto inducido, una interrupción voluntaria del embarazo, se comporta des-

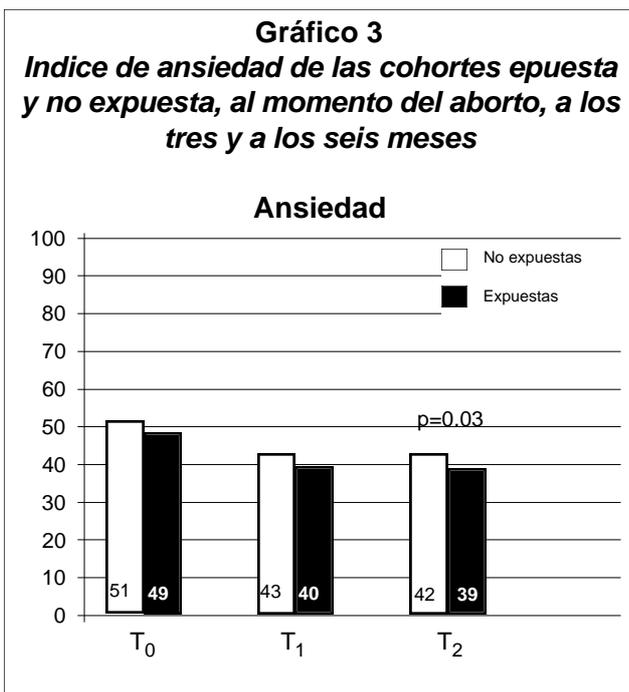


Tabla 4

Índice global de severidad de las mujeres expuestas y no expuestas a aborto inducido en los tres cortes periódicos (T1, T2, T3), Medellín, Colombia

Cohorte	T ₀	T ₁	T ₂
Expuesta n=32	49*	36	33
No Expuesta n=53	48*	37	36

* p < 0. 05

de el punto de vista emocional como un evento no contingencial, por el cual se opta, que conlleva un duelo normal como respuesta psicológica a la pérdida que se tiene.

El estudio descriptivo de Bogotá ya esbozaba que la evolución era menos favorable en las mujeres con aborto espontáneo... "las mujeres con aborto espontáneo presentaron mayor compromiso emocional y de mayor gravedad que aquellas con aborto inducido", hallazgo confirmado en este estudio analítico longitudinal.

En este estudio, dado el caso de que las cohortes provenían de distintos sectores de la población y cualquier resultado comparativo podría deberse a la interacción de otros factores, se confirmó la similitud de la evolución clínica de los dos grupos mediante un análisis de covarianza.

Conclusión

Podemos entonces concluir que el aborto inducido ilegal en un país católico, lati-

noamericano, no es un factor de riesgo para morbilidad psiquiátrica durante los seis meses posteriores al evento.

Para la vida de las mujeres, este hallazgo abre las puertas al estudio más sistemático del impacto que tienen los eventos vitales en su salud mental. La psiquiatría había creído siempre que si el evento contravenía el destino femenino tradicional, ser madre para realizarse como mujer, entonces debía tener consecuencias deletéreas para la salud mental de las mujeres. Parece ser que no, que son negativos los efectos de un evento cuando contraviene el destino humano de la libertad y la autonomía, cuando no se tiene en cuenta al sujeto autónomo de decisión, y las mujeres son autónomas en las decisiones sobre sus derechos reproductivos. Cuando las decisiones son tomadas en forma voluntaria –en este caso como sujetas de derechos reproductivos– los efectos sobre la salud mental son mínimos, aunque dichas decisiones acarreen dolor porque se pierde a otro significativo ■

Bibliografía

- Zamudio Lucero, R. N., Wartenberg, L. La incidencia del aborto inducido en Colombia. *Memorias del Encuentro de Investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe*, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, Noviembre de 1994.
- Régimen Penal Colombiano* Legis Editores. 1992.
- Boletín ocho años de Campaña para seguir avanzando. *Publicación Año Internacional de Acción por la Salud de la Mujer* 1996.
- Portugal, A., Mujeres e Iglesia. Sexualidad y aborto en América Latina. *Distribuciones Fontamara* México, D. F. Págs. 1-7.
- Laverde, E. Carvajal, C., Aborto inducido y aborto espontáneo. *Revista Colombiana de Psiquiatría* XII. N° 3, 1993. págs. 166-180.
- Stotland, Nada L. (ed.), *Psychiatric Aspects of Abortion*. American Psychiatric Press/Washington, 1991.
- Friedman C. M., Greenspan R., Mittleman F., The decision-making process and out-come of therapeutic abortion. *Am. J. Psychiatry* 128: 74-79, 1976.
- Simon N., Senturia A., Rothman D., Psychiatric illness following therapeutic abortion. *Am. J. Psychiatry* 126: 1224-129, 1967.
- Pare C., Raven H., Follow-up of patients referred for termination of pregnancy. *Lancet* 1: 635-638, 1970.
- Ewing J. W., Rouse B. A., Therapeutic abortion and a prior psychiatric history. *Am. J. Psychiatry* 130: 37-40, 1973.
- Ford C., Castelnuova-Tedesco P., Long K., Women who seek abortion: a comparison with women who complete their pregnancies. *Am. J. Psychiatry* 129: 546-552, 1972.
- Stewart, Donna E., Induced Abortion, in *Psychological Aspects of Women's Health Care*. Stotland Nada L, Stewart Donna E, (eds). American Psychiatric Press. Washington, 1993. pp 207-225.
- SCL-90- R. Administration, Scoring & Procedures Manual II. Derogatis Leonard R., *Clinical Psychometric Research*, 1983.

Transexualismo y estructura

Dominique Wintrebert

Médico psiquiatra. Jefe de Servicio, Hospital "Les Murets", La Queue en Brie, Francia. Psicoanalista miembro de la ECF
Responsable d'Unité Clinique du département de psychanalyse de l'Université Paris-St Denis.
63, Bv. de Picpus (75012) Paris, Francia. E-mail: wintreb@easynet.com.ar

Comentarios

En los albores del siglo XX, el famoso médico vienes R. von Krafft-Ebing (1840-1902) se halla reuniendo los datos clínicos que enriquecen las sucesivas ediciones de su *Psychopathia sexualis* cuando recibe, en 1890 –cuatro años antes de su primera edición– una carta de un médico húngaro. A ésta le seguirá otra, tres años más tarde. La tercera y última, fechada en 1903, llegará después de morir Krafft-Ebing, pero será rescatada por su editor, Moll, a quien debemos la edición completa de ese libro incomparable(1). Krafft-Ebing es por entonces un médico ilustre. Primer autor de un tratado de psiquiatría legal, es conocido por su espíritu liberal. Milita sobre todo por la despenalización de las prácticas homosexuales. La confesión autobiográfica del médico húngaro se dirige así a un personaje que no sólo puede interesarse en ella, y recibirla sin hacer un juicio moral, sino además a alguien que va a publicarla. Al escribirle a Krafft-Ebing, este hombre desea poder confesar, por primera vez en sus más de cincuenta años, lo que constituye el tormento de su vida. Además, por sentirse un caso excepcional, también quiere enriquecer el conocimiento clínico. Se trata, trece años antes de la publicación de “*Las memorias de un neurópata*” del presidente Schreber, de un deseo análogo de servir a la ciencia. ¿Cuál es el drama de este hombre? Padece una patología de la identidad sexual: tiene la convicción de pertenecer al género femenino.

Ya en la antigüedad podemos encontrar esta problemática, siendo el caso más famoso el del adivino Tiresias, quien habría cambiado de sexo siete veces.

En los comienzos del alienismo, Esquirol había ubicado esta afección en el marco de las monomanías, es decir, en el de los delirios parciales(2). Al recibir el testimonio del médico húngaro, Krafft-Ebing se mostrará prudente, y lo clasificará como “una transición hacia la metamorfosis sexual paranoica”. Nos encontramos medio siglo antes de que se la aísle como cuadro clínico.

Así es, en 1949 Cauldwell inventa el nombre de transexualismo(3). En 1953 Benjamin describe el cuadro típico de la afección, sacándola de la entidad de las psicosis en desmedro de todo diagnóstico de estructura, y en ese mismo año, con la operación en Dinamarca de un tal Jorgensen, héroe del ejército norteamericano, el transexualismo es elevado al rango de fenómeno social(3). Por fin, citemos a Stoller, uno de cuyos artículos publicado en 1964 en el *International journal of psychoanalysis*(10), y luego en 1975 su libro *Sex and Gender* proponen una relectura de la afección(11).

Pero la narración que recibe Krafft-Ebing, organizada como una verdadera observación clínica, es la primera y formidable descripción de un caso de transexualismo, es decir de sujetos que, fuera de toda ambigüedad sexual orgánica y de toda anomalía genética, tienen un sentimiento de inadecuación total a su sexo anatómico.

La historia del caso

Presentado como una autobiografía, el testimonio del médico húngaro parte de la primera infan-

Resumen

El origen del transexualismo reside en un defecto de la asunción simbólica del sexo anatómico. El autor llega a esta conclusión a través del estudio del caso 129 de R. von Krafft-Ebing desde una perspectiva basada en la teoría psicoanalítica de J. Lacan.

Palabras clave: Historia de la Psiquiatría – Transexualismo – Género – Psicosis.

TRANSEXUALISM AND STRUCTURE

Summary

The origin of the transexualism lays on a defect of the symbolic assumption of the anatomical sex. The author reaches this conclusion through the study of the case 129 of R. von Krafft-Ebing from the perspective of the psychoanalytical theory of J. Lacan.

Key Words: History of Psychiatry – Transexualism – Gender – Psychosis.

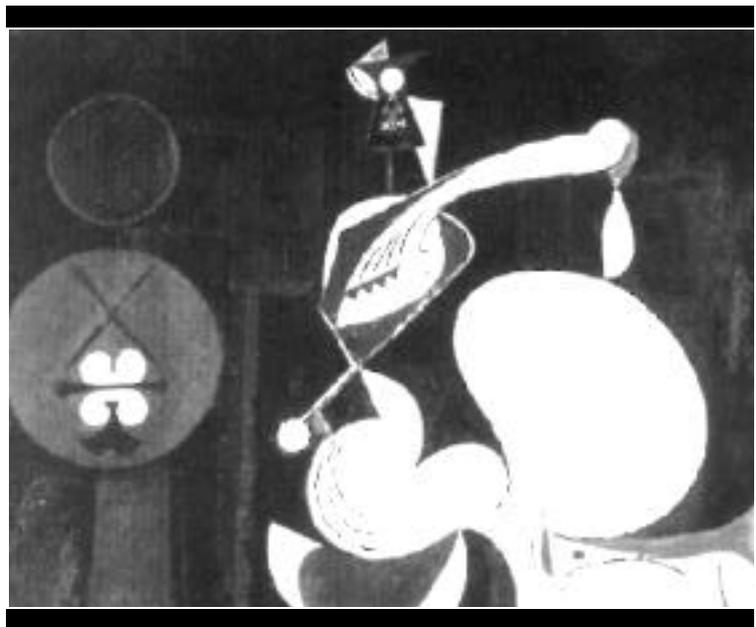
cia para desarrollarse sobre un eje cronológico. Ya desde sus primeros años de vida, el entorno debe recordarle de manera reiterada que es un muchachito. Siente predilección por las cosas femeninas, una fijación por las ropas, en particular los guantes de mujer, y le gusta travestirse. Aprenderá a luchar contra esta tendencia a la que se opone su familia y que lo expone a las burlas, imitando las características más viriles de sus compañeros. Remonta a sus trece o catorce años la certeza de preferir ser una mujer. Le va bien en los estudios y, tras la máscara de un muchacho, va adquiriendo de a poco “la manera de sentir de una mujer”. Desafortunadamente, se muestra discreto sobre dos intentos de suicidio acaecidos durante su época de estudiante. Mantiene relaciones sexuales sin sentir ningún placer, relaciones durante las que adopta posiciones que considera femeninas. La homosexualidad, incluso la pasiva, nunca lo atrajo. Se casa por conveniencia y tiene hijos.

Ya ha llegado a la edad madura cuando cae enfermo, sin que se pueda distinguir con claridad la parte hipocondríaca de sus síntomas. Dice entonces ser víctima de alucinaciones visuales y auditivas, dice hablar con los muertos, desdoblarse. Un día, afectado más que de costumbre por una crisis de artritis, toma una importante dosis de hachisch. Su vida corre peligro por esta intoxicación. Entonces, su existencia cambia de forma absoluta. Citamos: “De pronto, tenía la sensación de ser una mujer de pies a cabeza, (...) sentí que mis partes genitales se daban vuelta, que mis caderas se ensanchaban, mis senos se hinchaban, y una voluptuosidad increíble se apoderó de mí”. Al día siguiente, luego de esta inversión topológica, la sensación de tener senos y vagina continúa, y si bien sigue llevando la máscara de hombre, se siente mujer “desde todo punto de vista”. La transformación cenestésica es tal que, con su nueva sensibilidad femenina, debe reaprender a utilizar sus instrumentos médicos, o bien, otro ejemplo, cada veintiocho días siente “todos los trastornos físicos y psíquicos de la mujer”. Desde ese momento, el coito le procura un placer del que habla en estos términos: “Es simplemente la sensación más voluptuosa y más poderosa del mundo, y por la que se puede sacrificarlo todo; en ese momento, la mujer no es más que una vulva que absorbió a la persona toda entera” (7, p. 273).

Comentarios

Este acceso a un placer diferente tiene un precio: –el martirio infernal de la voluptuosidad– martirio que sólo se ve mitigado al llevar ropas u objetos femeninos, cuyo rol es destacado por Henri Frignet(4), que comenta este caso en la excelente obra sobre la identidad sexual publicada por nuestros colegas de la Asociación freudiana. Esta tranquilidad procurada por el travestismo, ya había sido notada por Geneviève Morel en el caso de una mujer que estaba convencida de pertenecer al género masculino(9). Es sorprendente hallar esta misma característica en el caso de Michel H. encontrado por Lacan el 21 de febrero de 1976 en la presentación de enfermos de Sainte Anne, como si el usar ropas del sexo reivindicado atenuara la exigencia imperiosa que puede llevar a estos sujetos a la mutilación.

Mientras que para la neurofisiología, la teoría de moda nos dice que el transexualismo depende de una impregnación hormonal durante el embarazo, para Stoller, la identidad de género, es decir la íntima conciencia de pertenecer a un sexo, se constituiría en los tres primeros años de vida bajo la influencia del entorno. Lacan, por su parte, habla de sexuación, es decir, de la elección de un sexo en concordancia con la función fálica. Un niño puede tener un pene sin por ello tener el valor fálico que le permite usarlo, una niña puede estar privada de pene sin por ello reconocer la falta fálica. Cuando la *bedeutung* fálica no está presente, el niño puede llegar a pedir que le su-



priman su pene, convertido en un error de la naturaleza, o la niña, que le implanten uno para reparar el error anatómico del que se cree víctima, tal como lo desarrolló Geneviève Morel en su Seminario de 1995 titulado *La diferencia de los sexos* (8). Lacan llamó a esta tendencia transexualista de la psicosis "*pousse-à la femme*", enfatizando esta feminización del sujeto siempre en el límite de la psicosis.

Regularmente descubrimos testimonios discretos de esta feminización cuando recibimos a estos sujetos. Así, un hombre que trato desde hace casi tres años por una melancolía delirante, me confió una práctica masturbatoria de la época de su adolescencia, práctica en verdad singular: se masturbaba introduciéndose en la uretra el broche de los bigudíes de su madre. Vemos aquí el esbozo de la inversión topológica que padece el médico húngaro.

Pero volvamos a éste último. Tenemos a un hombre que lleva una vida profesional y social activa, pero para quien no se ha producido la sexuación. La lógica fálica es rechazada. Sólo el matrimonio le impide sacrificar sus órganos sexuales: "Si fuera soltero, hace tiempo que me habría deshecho de mis testículos, de mi escroto y de mi pene" (7, p. 277). Podemos pensar que el estar casado con una mujer que toleraba su rareza y le permitía sentir "tanto desde el punto de vista psíquico como físico los mismos sentimientos que si ella fuera un hombre", cumplió el papel de un supletorio, permitiendo que se instalara una suerte de dimensión fálica invertida que le hace decir: "Hoy día, mi mujer legítima es mi esposo, en lo que atañe a mi sentimiento y según mi conciencia" (7, p. 303). Otro apoyo le permitió a este hombre no verse invadido por la psicosis y poner fin a sus días: la religión, a la que se refiere en varias oportunidades, con sus preceptos y mandamientos.

Ciencia, espacio jurídico y psicoanálisis

En Francia, el cuerpo médico primero se mostró reticente para prescribir hormonas así como para la cirugía,

hasta 1983, fecha en la que avala estas prácticas recomendando la prudencia. Hasta entonces, cuando los transexuales querían practicarse una intervención quirúrgica, debían ir a Marruecos o a ciertos países anglosajones.

El pedido que los transexuales le venían haciendo a la justicia a partir de los años '60, para obtener una modificación de su estado civil, fue una consecuencia lógica de la respuesta médica al pedido de reasignación de sexo.

Esto planteó problemas de derecho de un carácter totalmente nuevo, respecto de la intangibilidad del estado civil o el derecho familiar. Por ejemplo: ¿los hijos de un transexual tendrán como padre a una mujer o como madre a un hombre? ¿Se puede admitir que se efectúe un matrimonio entre personas del mismo sexo? ¿Podremos ver que una mujer emprende una acción legal reclamando su paternidad? Dado que la legislación varía de un país a otro, ¿podemos imaginar a un transexual que se casa con una mujer en un país y que, al cruzar la frontera, se vuelve a casar pero con un hombre, según admita o no el país el cambio de estado civil?

Gérard Mémeteau, profesor de derecho en Poitiers, hace algunas observaciones a las que no podemos menos que suscribir: "Allí donde antes nos oponíamos justamente contra los tratamientos quirúrgicos de las afecciones psiquiátricas, la paradoja es que hoy nos precipitamos hacia esa misma actitud, con secuelas aún más graves y mutilantes, en la misma sacralización de la libertad y de la autonomía individuales", y agrega que sin embargo "la perturbación mental se reconoce como la causa del pedido, con la circunstancia agravante de que sabemos que el interesado no habrá terminado su camino hacia lo inaccesible tras la intervención" (6).

No podemos decirlo mejor, y he aquí nuestro argumento para concluir: la tarea del psicoanalista sería la de ayudar a estos sujetos a inventar los supletorios que le permitirán hacer asintótica su transformación en mujer, o al revés en hombre, mediante la cirugía ■

Referencias bibliográficas

1. Lanteri-Laura G., *Remarques sur un cas singulier*, *Sur l'identité sexuelle: à propos du transsexualisme*, Éditions de l'Association Freudienne Internationale, Paris, 1996, p. 220.
2. Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique, Larrousse, 1993, p. 587.
3. Gallarda T., Amado I., Coussinoux S., Cordier B., Olié J.-P., *Le transsexualisme*, Synthèse des Laboratoires Organon, 1998.
4. Frignet H., *Un vrai conte de fées*, *Sur l'identité sexuelle: à propos du transsexualisme*, Éditions de l'Association freudienne internationale, 1996, p. 238.
5. Krafft-Ebing R. von, *Psychopathia sexualis*, (Observation 129). A. Moll ed., 1891, trd. fr. R. Lobstein, Paris, Payot, 1958.
6. Mémeteau, G., "Transsexualisme: licéité sous condition?", en *Sur l'identité sexuelle: a propos du transsexualisme*, Éditions de l'Association Freudienne Internationale, Paris, 1966, p. 161-182.
7. Moll A., *Les perversions de l'instinct genital. Etude sur l'inversion sexuelle basé sur des documents officiels*, trad. Pactet et Rome, Paris, G. Carré, 1893.
8. Morel, G., *La différence des sexes*, Séminaire publié par l'ACF-Lille, 1995.
9. Morel G., "Un cas de transvestisme féminin", *Images indélébiles, La Cause freudienne* mai 1995, N° 30:20-26.
10. Stoller, R. J., A contribution to the study of gender identity, *Int. J. Psychoanal.*, 1964, N° 45:220-6.
11. Stoller, R. J., *Researches on sexual identity*, Volume 1, "Sex and gender", Volume 2, "The Transsexual experiment". New York, Jason Aronson, 1975.



Moebius o la ciencia como soporte de la misoginia

Juan Carlos Stagnaro

Datos biográficos

Paul Julius Moebius nació en Leipzig en 1853 adonde cursó estudios de filosofía y teología que luego concluyó en Jena y Marburgo. Descendiente de una familia de científicos estudió medicina graduándose en 1877. Fue médico militar superior pero rápidamente abandonó esa carrera para dedicarse a la neurología. Ejerció la clínica de dicha especialidad llegando a obtener el título de Privat-dozent en la Universidad de Leipzig, en cuyo policlínico ejercía así como en el Policlínico Neurológico de Albert-Verein. Tras algunos trabajos anatómico-neurológicos y ciertos aportes a la clínica médica, entre los cuales se lo recuerda por la descripción del signo ocular que lleva su nombre y que se presenta en el bocio exoftálmico o enfermedad de Basedow, Moebius se interesó en la frenología y luego se concentró en el estudio de las enfermedades nerviosas funcionales (histeria, neurastenia, migraña). En 1888 fue uno de los primeros en sostener, en su escrito *"A propósito del concepto de histeriala"* idea de que las manifestaciones histéricas son producidas a nivel del cuerpo por representaciones psicológicas. En 1891 publica la traducción alemana de las *"Leçons cliniques"* de Valentin Magnan e inspirándose en la noción clínica de "degenerados superiores" -en cuyo nivel él mismo se ubicaba- crea el género médico-literario de la patobiografía. Con ese método, basado en la elaboración de la biografía de hombres célebres a través del análisis de su constitución, su psicopatología y los factores hereditarios que podían influir en las mismas, pasó revista, en sendos trabajos, a las personalidades de W. Goethe, F. Schopenhauer y F. Nietzsche. Estos estudios fueron precursores de otras muchas producciones de autores provenientes del campo de la psiquiatría y posteriormente del psicoanálisis.

En 1901 Moebius publica: *"Sobre la debilidad mental fisiológica de la mujer"*-cuya versión completa reproducimos a continuación- y muere poco después, en 1907, a la temprana edad de cincuenta y dos años, en la misma ciudad que lo había visto nacer.

En el nacimiento del movimiento feminista: el derecho al sufragio

*"Si la mujer tiene derecho a subir al patíbulo, también tiene derecho a subir a la tribuna",
O. de Gouges, 1791.*

El primer movimiento feminista organizado surgió en EE.UU. a partir de la llamada Declaración de *Seneca Falls* del 19 de julio de 1848, que condujo, en 1850, a la organización del I Congreso Nacional para los Derechos de la Mujer. Las actividades del movimiento norteamericano continuaron durante las décadas siguientes hasta obtener sus primeros triunfos manifiestos con la introducción, en 1889, del sufragio femenino en el Estado de Wyoming y, en 1893, 1895 y 1896, en los de Colorado, Utah e Idaho, desencadenando una mayor intensidad de la actividad del movimiento feminista en el resto del país, fenómeno que tuvo gran influencia sobre Europa.

Si bien, durante la segunda mitad del siglo XIX, en los principales países del viejo mundo se había asistido al desarrollo de las luchas en favor de los derechos de la mujer, un momento particularmente intenso de esos hechos cristalizó en torno a los pronunciamientos del II Congreso Feminista Internacional de 1882, cuya repercusión se expresó en todo el continente.



En Francia, dicho evento encontraba lejanos antecedentes en la *Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana*, escrito en 1791 por Olympia de Gouges –inspirada en los Declaración de los Derechos del Hombre producida por los revolucionarios de 1789– y en la publicación y la agitación en torno a los periódicos *La Gazette des Femmes* (1836) y *Le Droit des Femmes* (1868), aparecidos varias décadas después.

En Inglaterra comenzó a hablarse de feminismo a partir de la publicación del libro *Vindication of the rights of women* de Mary Wollstonecraft en 1792; pero el movimiento se organizó lentamente hasta que cobró nuevo impulso con la fundación, en 1857, de la primera Asociación Feminista en Sheffield y la aparición de su órgano de prensa: el *English Women's Journal*; al que se sumó, en 1870, el *Women's Suffrage Journal*. Este último periódico se creó para apoyar el programa de John Stuart Mill, elegido diputado en 1865, quien incluía en él la propuesta del sufragio femenino argumentando que con esa medida se incrementaría el potencial intelectual de la humanidad. En 1906 los liberales accedieron al gobierno en Inglaterra y recrudeció la lucha de las sufragistas, dirigidas por Emmeline Pankhurst y Annie Kenney, quienes desarrollaron la táctica de hacerse arrestar masivamente por los escándalos que generaban en sus manifestaciones ante el Parlamento. Si les imponían multas se negaban a pagarlas para, así, provocar su detención y organizar huelgas de hambre en las cárceles. Pero las pretensiones de la *Womenn's Social and Political Union* que las nucleaba, fueron desoidas por el gobierno y entonces las feministas pasaron a los hechos con manifestaciones violentas, rotura de vidrieras, de buzones de correos, quema de inmuebles y ataque a obras de arte como el acuchillamiento de la "Venus del espejo" de Velazquez. Una sufragista, Emily Wilding Davidson se arrojó, en el Derby de Epsom, entre las patas del caballo del Príncipe de Gales y murió tres días más tarde.

Si bien en Alemania el movimiento feminista fue menos activo, en 1865, se fundó la Asociación General de Mujeres Alemanas reclamando la igualdad entre los sexos, dirigida por Louise Otto Peters.

En Italia y España las manifestaciones en apoyo a

las ideas del movimiento feminista, durante el siglo XIX, estuvieron ausentes o fueron de mucho menor intensidad.

La participación de las mujeres en la I Guerra Mundial, sustituyendo en la producción a los hombres que luchaban en el frente, fue la gran oportunidad del movimiento feminista inglés, ya que las mujeres ocuparon puestos, habitualmente reservados a los hombres, y los conservaron al fin de la contienda. Sin embargo, hará falta esperar otra década para que la igualdad de sufragio fuera satisfecha en 1929. Alemania la había instaurado en 1918 e Italia en 1919, aunque en este último caso no fue ejercida hasta después de la II Guerra Mundial.

En esos turbulentos años de lucha del movimiento feminista, es que Paul Julius Moebius interviene en la polémica con el escrito que introducimos a continuación. No debe olvidarse el contexto de la lectura del artículo que nos ocupa en el clima socio-político del momento. El kaiser Guillermo II gobernaba con mano de hierro desde 1888, instaurando una política expansionista colonial y belicista y desplegando una fuerte hostilidad hacia las ideas liberales y particularmente hacia el movimiento revolucionario socialdemócrata de fuerte arraigo en Alemania.

El texto

En "*Sobre la debilidad mental fisiológica de la mujer*" Moebius despliega toda la argumentación que una posición misógina y conservadora pudiera sintetizar para su época. Pero esta adquiere en la pluma del autor una característica que la singulariza: la apoya en una selección de datos provenientes de la anatomía y la fisiología, es decir, busca otorgarle una minuciosa base científica, inscribiéndose resueltamente en el positivismo dominante en la medicina y la psiquiatría del período**. Para ello acude a la obra de Lombroso, Ferrero y Rüdinger. La diferencia esencial entre los sexos es para el autor de raíz biológica y se explica por una conformación diferente del sistema nervioso "...tales como las circunvoluciones del lóbulo frontal y temporal", que "... existe desde el nacimiento". Esas características del cerebro femenino lo asimilan, según Moebius, tanto ontogenéticamente al de un niño, como filogenéticamente (aquí los argumentos se apoyan en un racismo etnocéntrico radical), al de un hombre adulto pero negro. De tal manera que en una escala de jerarquía creciente el individuo europeo masculino ocupa el lugar más elevado de la creación.

* Nótese que en el título original del artículo de Moebius ("*Über den Physiologischen Schwachsinn des Weibes*" Vermino Weibes ha sido traducido como "mujer" a falta de otro más aproximado en castellano. Sin embargo, el título original no utiliza el vocablo Frauen –literalmente: "mujeres"– si no *Weibes* que tiene una cierta connotación despectiva. (Agradezco esta precisión idiomática a la Dra. Elena Levin).

** Moebius se apoya, fundamentalmente, en algunos datos de la anatomía (a las referencias del texto agrega en las sucesivas ediciones otros, como en la cita del Prólogo de la octava edición en la que menciona cifras provenientes de las pesadas de cerebros realizadas por E. Handman en el Instituto Marchand) pero, cerradamente organicista, se muestra irónico y descreído de lo que pueda aportar la psicología experimental –muy en boga a principios del siglo XX– para fundamentar su tesis.

De dicha conformación cerebral se desprende una personalidad femenina particular en la que "el instinto desempeña un papel más importante en la mujer que en el hombre", característica "que hace a la mujer semejante a las bestias, más dependiente, segura y alegre". De allí que "muchas de las características femeninas parten de esta semejanza con la bestia. Ante todo, la carencia de opinión propia". Si a esta se le agrega la sugestibilidad se comprenderá, afirma el autor, la típica carencia de "sentido crítico" y la observación de que "la moral conceptual les es inaccesible" por lo que, aunque no son inmorales, "tienen una moral unilateral y defectuosa" y "... en el fondo no tienen sentido de lo justo, e interiormente se ríen de la ley y la violan en cuanto el miedo o la disciplina lo permiten".

Se comprende, entonces, que Moebius considere que otorgar a las mujeres derechos y estimular en ellas la asunción de responsabilidades, como las de elegir y ser elegidas u ocupar puestos de responsabilidad en la sociedad, constituiría una pretensión *contra natura* que solamente podría ir en detrimento de las mismas mujeres. Hacerlo las internaría en el peligroso camino de la transformación forzada en semi-hombres o mujeres "cerebrales", como dirá más tarde (*vide infra*), incapaces de procrear y ocuparse de la cría de la prole, del hogar y del marido y dañinas, por ende, a la sociedad a la que pertenecen.

Las consideraciones que hace Moebius sobre las capacidades perceptivas, la memoria, la asociación voluntaria de las asociaciones y la formación de juicios lo conduce a negar toda virtud de originalidad y creatividad a las mujeres. Analizando diversos dominios del arte y las ciencias pretende concluir en que las mismas solo pueden aparentar idoneidad cuando, en realidad, solamente pueden desempeñarse como copistas, repetidoras y, en el mejor de los casos, "discípulos modelo" de los verdaderos creadores y maestros que pertenecen al sexo masculino.

Apropiándose de un dicho popular: "no es preciso desear nada en al mujer excepto que sea sana y tonta", Moebius aconseja que "la mujer debe comprender que es así por voluntad de la naturaleza y abstenerse de rivalizar con el hombre", restringiéndose al cuidado de sus hijos, y se inflama luego contra las feministas proclamando que "las exaltadas locas modernas paren mal y son pésimas madres".

La invalidación de la mujer es llevada, por Moebius, incluso a su capacidad en el orden jurídico para ser testigo y aún para ser condenada: "es una gran injusticia juzgar a los dos sexos del mismo modo".

En la Segunda Parte de su trabajo Moebius toma apoyo en los argumentos biológicos expuestos en la Primera para abundar en nuevas apreciaciones sobre la "deficiencia mental fisiológica de la mujer", comparando a las mujeres post-menopáusicas y a las ancianas con las jóvenes. En una verdadera proeza discursiva, el autor, logra articular en su escrito los prejuicios más vulgares sobre la condición femenina con observaciones tendenciosas de dudoso cuño sociológico para justificar su tesis.

La inclusión del más exhaustivo inventario de creencias y opiniones machistas populares sobre la mujer podrían explicar las voces que se levantaron



airadamente en contra y a favor del opúsculo de Moebius y, también, su extraordinario éxito de librería: ocho ediciones entre la primera, de 1901, y la octava, aparecida en 1906 menos de un año antes de la muerte de su autor.

Aunque el autor dice, en uno de los Prólogos posteriores, que está sorprendido de que el texto que él pensó dirigido exclusivamente a médicos se hubiera difundido tanto entre el gran público, parece notorio su beneplácito por ese fenómeno y deja entrever que le da ocasión de desplegar lo que parecería haber sido su verdadera intención: entablar una batalla contra el feminismo en forma fervorosa y militante.

En las sucesivas entregas Moebius utiliza los Prólogos para dar cuenta de las críticas (de las que confiesa en 1902 que "fueron más numerosas que los apaludos"... "desde la sonrisa irónica hasta el más violento desdén") y los elogios recibidos y comunicar novedades del ámbito científico que vienen a confirmar sus ideas. A juzgar por ciertos comentarios, que incluye en el Prólogo de la séptima edición, la fama de sus escritos ha trascendido las fronteras de Alemania y suscitado cartas con duras críticas que le son enviadas desde Francia y Suecia.

En la segunda edición se defiende de las acusaciones de misógino y se reclama como un "defensor de los verdaderos intereses de las mujeres" diciendo que: "Los verdaderos enemigos de la mujeres son las feministas que quieren suprimir la diferencia entre los sexos; y cuando me opongo a ellas no combato a las mu-

jeros. Si éstas caen en la tentación y claman por la mujer nueva, es porque les falta precisamente la penetración, la capacidad crítica que les permite darse cuenta de lo que hacen; por lo demás, ellas no llegarían a ningún resultado práctico, si no estuvieran respaldadas por los hombres que les sugieren los pensamientos". La invectiva: "¡Que se proteja a la mujer contra el intelectualismo!", sintetiza el llanto desesperado de Moebius para que cese todo intento de impartir a las mujeres estudios superiores so pena de degenerar a la especie, desviarlas de su rol principal de madres, disminuir así la natalidad y destruir la familia y la sociedad, mediante la fabricación de mujeres "cerebrales" es decir, copias, malas, pero copias al fin, del hombre.

Si las luchas feministas condujeron a las mujeres a ganar un espacio más justo en la sociedad contemporánea no es menos cierto que ese afán por asimilar

sus derechos a los de los hombres tuvo como precio el descuidar la consideración de las diferencias reales existentes entre los sexos en detrimento de la condición específica de mujer que los modernos estudios de género comienzan a explorar. No es cuestión, como pretendía Moebius, que la diferencia entre los sexos conduzca a suponer que ser mujer es ser inferior sino que el reconocimiento de la diferencia debe estar intrínsecamente ligado a la igualdad de derechos y estos expresarse en pautas culturales respetuosas y adaptadas a la diferencia.

La lectura del célebre texto de Moebius nos lleva a preguntarnos si detrás de la prosa brutal y aparentemente dotada de una convicción inquebrantable, que exhibe el padre del método pato-biográfico, no se esconde, oscuramente, algún sentimiento teñido por la envidia y el miedo ■

Bibliografía

Morel P., *Dictionnaire biographique de la psychiatrie*, Synthelabo-Col. Les Empecheurs de penser en Rond, Paris, 1996.

Capezzuoli L., Cappabianca, G. *Historia de la emancipación de la mujer* Futuro, Buenos Aires, 1966.

Sobre la debilidad mental fisiológica de la mujer *

Paul Julius Moebius (1853-1907)

Se puede hablar de la deficiencia mental fisiológica de la mujer en dos sentidos.

I

No es tarea fácil explicar en qué consiste la deficiencia mental. Puede decirse que es lo que se encuentra entre la imbecilidad y el estado normal; pero es muy difícil señalar el punto que separa

la deficiencia mental del estado normal. Para designar este último no disponemos de una sola palabra apropiada.

En la vida común están en uso dos términos contrapuestos, *inteligente* y *estúpido*. Es inteligente aquel que es capaz de discernir; al estúpido, por el contrario, le falta la facultad de la crítica.

En la práctica no puede establecerse una diferencia esencial entre la estupidez y las formas leves de la deficiencia mental. No se alegue que la estupidez puede ser normal, mientras que la deficiencia mental ya es patológica, porque esta contraposición de términos es usada vulgarmente y tiene su origen en una inconsiderada intromisión de los prejuicios.

* Traducido de "Über den Physiologischen Schwachsinn der Weibes", *Zeitgeist für Neurologie*, III, n 3, Leipzig, 1901. Hay una versión anterior en castellano con el título: "La inferioridad mental de la mujer" Bruguera, Madrid, 1982.

Desde el punto de vista científico, lo que suele llamarse estupidez puede ser considerado como una anomalía morbosa, como la debilidad, por ejemplo.

Por otra parte, existe realmente una deficiencia fisiológica, toda vez que el niño es deficiente, comparado con el adulto, y que en la vejez aparece, más pronto o más tarde, una disminución de las facultades mentales, sin que se la pueda calificar de enfermedad (a pesar del dicho: *senectus ipse morbus*).

Es muy común, finalmente, la palabra estupidez para designar las alteraciones morbosas; así suele decirse: "Se ha vuelto imbécil a causa del vino", o bien: "Se ha quedado tonto de resultas de una enfermedad febril".

Ahora bien, si hacemos entrar la estupidez en la deficiencia mental, no por eso habremos descartado las dificultades, porque no quedan fijados los límites de la estupidez y lo normal. Desde cierto punto de vista, cada uno es un estúpido; éste en la música, aquél en las matemáticas, un tercero en las lenguas, en el comercio, etcétera, etcétera, por lo que se debe distinguir una deficiencia mental parcial y una general.

No sin razón se dirá que no hemos de incluir los talentos especiales, y que uno debe contentarse con un nivel medio de buenas capacidades; pero ¿qué es el término medio? ¿Cómo se define la norma?

También en este caso, como siempre que se trata de determinar las más sutiles distinciones patológicas, indefinibles con los groseros datos de la clínica corriente, tropezamos con la falta de un canon mental. Para la forma del cuerpo tenemos una regla y podemos determinar fácilmente si un cierto número de centímetros entra o no en la norma, empero para las facultades mentales carecemos de una regla; todo se decide arbitrariamente. Pienso, por ejemplo, en las divergencias entre los dictámenes sobre casos dudosos.

Sería necio creer que la incertidumbre que domina actualmente sea necesaria, aunque se argumente que no es posible señalar los límites donde en realidad no existen. No, por fortuna las cosas no son así; esforzándonos un poco podemos establecer un canon aproximado y limitar la incertidumbre, aunque no desterrarla del todo.

En general, y también en lo que respecta a la deficiencia mental, lo conveniente es no hablar del ser humano en conjunto, sino de determinados tipos humanos, es decir, de personas de cierta edad, de uno u otro sexo, de este o de aquel pueblo. El comportamiento normal del niño es patológico en el adulto, así como el de la mujer lo es en el hombre, y el del negro en el europeo.

Lo esencial es establecer una comparación entre los distintos grupos, porque sólo de esa manera podremos saber lo que es lícito esperar de un miembro de determinado grupo y evitaremos el peligro de juzgar estúpido a un hombre sólo porque no rinde lo que rinde otro.

O, de otro modo, deficiencia mental es una relación, un deficiente mental sólo lo es en comparación con sus semejantes. Así, mientras no puede compararse un miembro de un grupo determinado al miembro de otro grupo, se pueden muy bien confrontar dos grupos diferentes. Un esquimal no sabe contar más que hasta ciento, como esquimal no es deficiente, pero lo será comparado con un alemán o un francés.

Ahora ¿cómo se verifica esto con respecto a los sexos?

Es indudable que las facultades mentales del hombre y de la mujer son muy diferentes entre sí, pero ¿existirá un equilibrio por el hecho de que las mujeres tienen mayor capacidad para una cosa y los hombres para otra, o son las mujeres verdaderamente deficientes respecto a los hombres?

Un antiguo proverbio da la respuesta: "Cabellos largos, cerebro corto"; pero la moderna sabiduría no quiere comprenderlo; para ella la inteligencia femenina está, por lo menos, a igual altura, que la del hombre.

Un mar de tinta se ha consumido sobre este tema y todavía estamos bien lejos de llegar a un acuerdo o a la certidumbre. El mejor resumen de este asunto es la primera parte de la obra de Lombroso y Ferrero¹ que habla de la mujer normal.

Verdaderamente no puedo aceptar todos los datos de los autores ni asociarme a todas sus conclusiones, pero son fundados los argumentos que demuestran la inferioridad mental de la mujer. Lo expuesto por los dos escritores ocupa ciento ochenta páginas impresas y tiene, sin embargo, una forma aforística. Para tratar a fondo el asunto se llenaría un grueso volumen, y por eso se comprenderá que yo no tome en cuenta más que las cosas más esenciales.

Es siempre un buen método seguir tanto la vía directa como la indirecta; es decir, no atenerse solamente a las observaciones psicológicas, sino considerar también los datos anatómicos.

Desde el punto de vista corporal, haciendo abstracción de las características del sexo, la mujer está entre el niño y el hombre, y lo mismo sucede, en muchos aspectos, en lo mental.

Particularizando, es cierto que hay algunas diferencias; así, en el niño, la cabeza es en proporción más grande que en el hombre; mientras que en la mujer la cabeza es más pequeña no sólo en la medida absoluta, sino también en la relativa².

Un cráneo pequeño encierra evidentemente un cerebro pequeño; pero aquí puede hacerse la objeción (que ya fue lanzada contra las investigaciones de Bischoff acerca del peso del cerebro), de que un cerebro pequeño puede ser de igual valor que uno grande, ya que puede contener todas las partes necesarias para la vida intelectual.

Bajo este aspecto son más convincentes las investigaciones comparativas de cada una de las partes del cerebro; los datos de Rüdinger, que a mi entender no son tan conocidos como merecen, tienen especial importancia.

Rüdinger³ ha observado que en los recién nacidos el grupo de circunvoluciones en torno de la cisura de Silvio es más sencillo y posee menos sinuosidades en las hembras que en los machos; además, que la isla del Reil es, en término medio, un poco mayor en todos sus diámetros, más convexa, está surcada en el cerebro de los varones más profundamente que en el de las hembras. Ha demostrado que en los adultos la tercera circunvolución frontal es más pequeña en la mujer que en el hombre, especialmente en aquellas secciones que lindan directamente con la circunvolución central.

El examen de las tablas demuestra que la diferen-

cia es muy notable. Además, Rüdinger ha probado que en el cerebro femenino el derrame de toda la circunvolución media del lóbulo parietal y la del pasaje superior superointerno presentan un desarrollo insuficiente.

En los hombres poco desarrollados en la parte mental (un negro por ejemplo), encuentra los mismos datos anatómicos hallados en el lóbulo parietal de la mujer, mientras que en los hombres bien dotados físicamente el gran desarrollo del lóbulo les da un aspecto completamente distinto. Rüdinger encontró estos datos reducidos al máximo de la simplicidad en una mujer bávara y habla directamente de un "tipo animal".

En todos sentidos queda completamente demostrado que: *en la mujer están menos desarrolladas ciertas porciones del cerebro de suma importancia para la vida mental, tales como las circunvoluciones del lóbulo frontal y temporal; y que esta diferencia existe desde el nacimiento.*

Si el hombre y la mujer poseen las mismas circunvoluciones cerebrales, las cuales difieren solamente en el grosor, es admisible que el uno y la otra se hallen dotados de las mismas facultades mentales, en cuyo caso la diferencia sería *cuantitativa*, sin que existan cualidades exclusivas para uno de los dos sexos. Los sentidos parecen tener la misma intensidad en los varones y en las hembras. Lombroso cree que las sensaciones de dolor en la piel son menores en la mujer. Pero aceptando sus testimonios en términos generales, debemos aún tener en cuenta que no se trata de una menor agudeza de los sentidos, sino de una menor reacción psíquica a los estímulos más fuertes. El hecho de que se recurra a los hombres para probar un té o seleccionar una clase de algodón demuestra que saben jugar mejor las pequeñas diferencias de las sensaciones. El placer que la mujer experimenta con los colores no deben tomarse como demostración de una mayor sensibilidad hacia ellos, sino que tiene su razón de ser en causas psíquicas. La esfera motriz es distinta porque en cuanto a fuerza y destreza la mujer es muy inferior al hombre. Ella está obligada a realizar ciertos trabajos que requieren especial destreza, debido a su debilidad, y de aquí tiene su origen la creencia de que los dedos femeninos están dotados de una agilidad peculiar; pero apenas el hombre emprende un trabajo femenino, tal como los de sastre, cocinero, tejedor, etc., produce mejores obras que la mujer.

En el fondo, la habilidad manual es una función de la corteza cerebral, como la valoración de las sensaciones y por eso pasaremos a indagar punto por punto las diferencias de los sexos en cada una de las facultades psíquicas.

Una de las diferencias esenciales se encuentra ciertamente en el hecho de que el instinto desempeña un papel más importante en la mujer que en el hombre. Tracemos una línea recta desde los seres que obran por instinto a los seres cuyas acciones están subordinadas a la reflexión.

En general, la característica de un alto desarrollo psíquico está en que el instinto va perdiendo su importancia mientras crece la de la reflexión, en que el ser ligado a la especie se va individualizando cada vez más.

Hablamos del instinto cuando se ejecuta una acción coordinada y útil, sin que el que la lleva a cabo

sepa el por qué; cuando se presentan ciertas circunstancias, un mecanismo se pone en acción dentro de nosotros, y obramos como si una inteligencia extraña nos impulsara. Hablamos también de un *conocimiento instintivo*, cuando acertamos a dar una opinión sin saber cómo. En el fondo no existe acción ni conocimiento que estén separados del instinto, ya que una parte del proceso mental cae siempre en lo inconsciente, pero siempre existen diferencias graduales. Cuanto mayor es la participación de la conciencia del individuo en el conocimiento y los actos, tanto más desarrollado e independiente es el individuo. Llamamos sentimiento un estado intermedio entre lo instintivo y lo consciente o sabido. Obrar por sentimiento, decir que algo es verdadero, a *ciegas*, como suele decirse, significa obrar a medias por instinto.

El instinto presenta grandes ventajas, es fiable y no proporciona ningún género de preocupaciones; el sentimiento participa de la mitad de estas ventajas. De modo que el instinto hace a la mujer semejante a las bestias, más dependiente, segura y alegre. El le da esa fuerza singular y la hace aparecer verdaderamente admirable y atractiva.

Muchas de las características femeniles dependen de esta semejanza con la bestia. Ante todo, la carencia de opinión propia. Lo que es considerado generalmente bueno y verdadero, es para las mujeres verdadero y bueno. Son rígidas conservadoras y odian la novedad, exceptuando los casos en que lo nuevo les aporta una ventaja personal, o bien cuando la novedad agrada a su amante.

Como los animales que obran de la misma manera desde tiempos inmemoriales, el ser humano se hallará estancado en su estado original si no existieran más que mujeres. Todo progreso parte del hombre. Por eso la mujer es para ellos una pesada carga; les impide emplear todas las energías e insaciables indagaciones y temerarias innovaciones, y también pone freno a las nobles iniciativas, porque no tiene facultad para distinguir por sí misma el bien y el mal y subordina todas las cosas a la costumbre y al *así lo dice la gente*.

La carencia de sentido crítico se manifiesta igualmente en la sugestionabilidad. El instinto no domina en ella, como en los animales, casi aislado de todo, sino está sujeto al pensamiento individual, y éste no es capaz de caminar solo, se apoya en cualquier juicio ajeno digno de crédito por la influencia de los prejuicios, del amor o de la vanidad.

Esto hace comprender la aparente contradicción de que las mujeres, defensoras de las antiguas costumbres, corran tras de cualquier moda; son conservadoras, pero acogen de buen grado una cantidad de tonterías hábilmente sugeridas.

Al liberarse de lo instintivo, con la conquista del propio yo, y con el nacimiento del pensamiento individual, aumenta el egoísmo; o por mejor decir, el individuo egoísta obra inconscientemente a favor de los demás, mientras lo hace por instinto; mas, apenas comienza a pensar, obra en sentido contrario a las tendencias sociales. Solamente un gran desarrollo psíquico da la convicción de que el aumento del bien general acrecienta de igual manera el bien individual. La mayoría de las mujeres se detienen en un estado intermedio. Su moral es, sobre todo, una moral sentimental, una rectitud inconsciente; la moral conceptual les

es inaccesible, y la reflexión no hace más que empeorarla. Su horizonte es limitado debido a su posición natural. Ellas viven pendientes de sus hijos y de su marido; lo que es extraño a la familia no les interesa. La Justicia sin consideraciones personales es para ellas un concepto vacío de sentido. No obstante, sería injusto deducir que las mujeres son inmorales. No; sólo tienen una moral unilateral y defectuosa. Cuando están dominadas por el amor o cuando la presencia del dolor excita su sensibilidad, son capaces de cualquier sacrificio, y no es extraño que el hombre, más frío, se avergüence de esta capacidad.

Pero en el fondo no tienen sentido de lo justo, e interiormente se ríen de la ley y la violan en cuanto el miedo o la disciplina se lo permiten. No consiguen dominar los afectos y están incapacitadas para el dominio de sí mismas. Los celos, o la vanidad insatisfecha o herida, suscitan en ellas tempestades que no dejan campo a ninguna reflexión de orden moral. Si la mujer no fuese débil física y mentalmente; si, por lo demás, no la hicieran inofensiva las circunstancias, sería un ser altamente peligroso. En los tiempos de disturbios políticos, la humanidad ha empezado a conocer con temor la injusticia y la crueldad de las mujeres, lo mismo que cuando la mujer accede al poder supremo.

En la vida común, estas dos características se manifiestan en la actividad del lenguaje y de la pluma bajo la forma de injurias, calumnias y cartas anónimas.

La lengua es la espada de las mujeres, porque su debilidad física les impide combatir con el puño; su debilidad mental las hace prescindir de argumentos válidos, por lo que sólo les queda el exceso de palabras. El afán de reñir y la locuacidad han sido considerados con justa razón como especialidad del carácter femenino. La charla proporciona a las mujeres un placer infinito y es verdadero deporte femenino. Esto puede explicarse, tal vez, pensando en los juegos que los animales hacen para ejercitarse. El gato se arroja sobre la bola de papel y se ejercita así para la caza del ratón, la mujer ejercita la voz para toda la vida a fin de hallarse siempre pertrechada para las batallas verbales.

Después de estas características de orden general, habría que enumerar las facultades intelectuales.

Debemos distinguir, de una parte, la recepción y conservación de las imágenes, o sea la percepción y la memoria, y por otra, la asociación voluntaria de las representaciones y la formación de nuevos juicios.

La percepción y la memoria en muchas mujeres que no brillan, sin embargo, por su especial talento, son bastante aceptables. Cuando quieren, comprenden perfectamente y recuerdan todo cuanto aprenden, lo mismo que los hombres. Y como las mujeres son por naturaleza condescendientes y sufridas, tienden a convertirse en discípulos modelos. En todos los países donde las mujeres se obstinan en seguir estudios superiores, está universalmente reconocido que son excelentes alumnas, y cuanto más corto de comprensión sea el profesor, tanto más satisfecho estará de la aplicación de sus discípulas; aplicación que se reduce a aprender de memoria las materias que se les enseñan.

Por consiguiente, si, a pesar de esto, la gran masa del sexo femenino aprende muy poco y en breve olvida lo que ha aprendido, este hecho no debe atribuirse a poca capacidad, sino a la falta de voluntad.



La mujer media tiene exclusivamente intereses personales, y si no ve en la instrucción una ventaja personal inmediata, por lo general es contraria a la instrucción. Muy raramente se da un caso de verdadero interés.

Nuestro juicio relativamente favorable acerca de la capacidad para comprender, encuentra su contraposición en lo comprobada que está la esterilidad mental de la mujer. El punto más elevado al que puede llegar una mujer que demuestra ser una buena discípula, es manejar en el sentido del maestro el método aprendido de él. Por lo contrario, el crear, el inventar nuevos métodos, resulta imposible para ella; no puede, por así decirlo, hacerse *maestro*, porque el maestro es aquel que inventa.

Los hombres que han sugerido a las mujeres la manía de la emancipación, y sus seguidoras, ponen en práctica el ardid de persuadirlas de que sólo les ha faltado el ejercicio mental, porque, como las negras de África, han sido esclavas del macho de robustos músculos, y porque en la esclavitud su mente se ha atrofiado.

A estas afirmaciones añaden generalmente sus locuras darwinistas; que la atrofia del cerebro así adquirida se hace después hereditaria, y que lo contrario debe suceder cuando las mujeres hayan ejercitado su mente; las niñas que nazcan entonces estarán dotadas de un gran cerebro; estupideces que sólo tendrían sentido si existiese la Partenogénesis. No se puede contradecir la verdad con tanta insolencia como lo hacen las feministas.

Lo más sencillo es tomar en consideración todos los terrenos en que las mujeres de cada época han podido obrar libremente y desarrollar su talento. La música, por ejemplo, no ha sido nunca dominio del hombre; son más las mujeres que están iniciadas en

el divino arte; pero ¿qué grandes cosas han producido? Tocan y cantan muy bien, pero nada más. ¿Dónde están los compositores del sexo femenino que significan un verdadero progreso para la música?

En la pintura no existe una marcada diferencia entre los artistas creadores y los artistas ejecutores; todos pintan, y no podemos distinguir con facilidad lo verdaderamente creativo. Sin embargo, no es difícil advertir que la mayoría de las pintoras carecen de una fantasía creadora y no saben salir de una técnica mediocre: flores, cuadros de género y retratos. Muy raramente se encuentra un verdadero talento, y aun éste presenta rasgos que demuestran un hermafroditismo psíquico.

La incapacidad para combinar, o sea, la creencia de fantasía en el arte, hace que el ejercicio de las artes por parte de la mujer no tenga ningún valor. Lo mismo puede decirse de las demás esferas de la actividad intelectual.

Recordaré entre otras la obstetricia; el desarrollo de esta ciencia fue más bien obstaculizado que impulsado por las mujeres⁴.

También las narradoras, cuyos relatos son en parte bastante atractivos, y las aún más raras poetisas caminan siempre por senderos trillados y practican la usura con las monedas acuñadas por el hombre. E incluso el arte culinario y el vestir sólo progresan gracias a los hombres, puesto que son ellos los que inventan las nuevas recetas de cocina y las nuevas modas. Todo cuanto vemos a nuestro alrededor, todos los utensilios domésticos, los instrumentos de uso diario, todo ha sido inventado por los hombres.

Se comprende de este modo que la mujer no ha aportado nada al desarrollo de la *ciencia* que resulta inútil esperar algo de ella en el porvenir. Las pocas sabias cuyos nombres están registrados en la historia de los dos últimos milenios eran buenas discípulas y nada más. Se entiende que esto es también aplicable a la mayor parte de los sabios, pero aquéllas representan la cumbre de su sexo y éstos constituyen una capa inferior, sobre la cual se elevan los verdaderos gigantes del pensamiento. También en la vida común se observa la incapacidad del espíritu femenino para las combinaciones y la carencia de un pensamiento independiente; características que forman a menudo una antítesis notable con su facilidad para la comprensión; a esto se agrega una falta de objetividad que las hace transformar los deseos en motivos y las simpatías en pruebas.

Por otra parte, ese realismo propio de la mujer que la hace considerar solamente las ventajas y las desventajas, perseguir su fin sin miramientos, sin detenerse ante consideraciones objetivas, tiene también verdadera utilidad práctica, y hace que la mujer llegue a vencer al hombre, más cauto por naturaleza, más impersonal y frío en el momento de juzgar los hechos. Pero esa astucia femenina no es un indicio de altas dotes mentales; la mujer, frente al hombre, es como un comerciante ladino frente a un artista o a un erudito. Por lo demás, la sutileza femenina se derrumba cuando se encuentra con la masculina, y cuando esta última no está paralizada por el instinto sexual. La astucia se apoya en el disimulo. La mujer se ve constreñida a disimular debido a su rol sexual, ejercita el disimulo instintivamente, y el perfecciona-

miento de este método constituye una parte esencial de la formación femenina. Su fin es el de hacerse deseable, por lo que su deseo debe permanecer oculto; ella callará todo lo que pueda resultar adverso a la opinión de los demás. "Nosotros queremos la verdad", se proclama desde el escenario, "nosotros queremos la mentira", se dice en la vida real; y así debe ser, y nada más necio que la pretensión de prohibir la mentira a la mujer.

El disimulo, o sea, la mentira, es el arma natural e imprescindible de la mujer, a la que ésta no puede renunciar. Dicen que esta arma sólo debe servir para defenderse; pero se comprende fácilmente que no se limita a esta función, porque un elemento tan importante en la vida concluye por ser utilizado sin necesidad alguna. En realidad, la mentira femenina sólo se justifica en las relaciones sexuales, pero la justicia exige que sea juzgada con un criterio mucho más benévolo del que se suele aplicar a la mentira masculina.

El método es más sencillo para comprender la naturaleza de la mujer es el procedimiento teológico, como hemos podido demostrar mediante el análisis de la astucia y de otros rasgos característicos femeninos. ¿Cómo debe estar constituida esta naturaleza para realizar del mejor modo posible la misión que le ha sido encomendada?

La hembra humana no sólo debe parir los hijos, sino también cuidarlos, porque éstos, al contrario de lo que acontece con los animales recién nacidos, tienen necesidad de ser atendidos durante muchos años. *Precisamente, la necesidad de cuidar a los niños es la causa de que la diferencia entre los sexos sea más marcada en la especie humana que en las especies animales.*

Procurar el sustento, protegerlos, encargarse en suma, de los negocios exteriores, son las verdaderas ocupaciones del varón, porque la hembra debe ser, ante todo, madre. Así pues, en el campo intelectual debemos dar a la mujer todo lo que aligera su tarea de madre y eliminar todo lo que pueda obstaculizarla. *La naturaleza exige de la mujer amor y abnegación maternales.* Por eso vemos a la niña jugando con las muñecas, prodigándoles tiernas caricias. Por esto, precisamente, la mujer se parece a los niños, pues es alegre, sufrida y de espíritu sencillo. La mujer sólo necesita ser valiente para defender su prole, mas en otras circunstancias el valor le sirve de estorbo, y por eso carece de él. Lo mismo puede decirse respecto a otras cualidades masculinas: la fuerza y la búsqueda de nuevos horizontes, la fantasía y la sed de nuevos conocimientos, sólo servirán para inquietar a la mujer y trastornar sus obligaciones maternales, por lo que la naturaleza sólo le ha proporcionado pequeñas dosis de estas cualidades.

La eterna sabiduría no ha puesto al lado del hombre a otro hombre provisto de un útero, así como un hombre razonable no elegirá a una erudita para cuidar a sus hijos. Al contrario, proporcionó a la mujer los elementos necesarios para cumplir su noble misión; pero no le ha concedido la fuerza intelectual del hombre.

Por lo tanto, la deficiencia mental de la mujer no sólo existe, sino que además es muy necesaria; no solamente es un hecho fisiológico, es también una exigencia psicológica. Si queremos una mujer que pueda cumplir bien sus deberes maternales, es indispensable que no posea un cerebro masculino. Si las facultades

tades femeninas alcanzaran un desarrollo igual al de las facultades de los hombres, veríamos atrofiarse los órganos maternos y hallaríamos ante nosotros un repugnante e inútil *andrógino*. Alguien ha dicho que no es preciso desear nada en la mujer excepto que sea *sana* y *tonta*. Semejante paradoja, aunque grosera, encierra una verdad. Una excesiva actividad mental hace de la mujer una criatura no sólo rara, sino también enferma. Por desgracia, estamos obligados a ver ejemplares de este tipo todos los días. La mujer debe comprender que es así por voluntad de la naturaleza, y abstenerse de rivalizar con el hombre. Las exaltadas locas modernas paren mal y son pésimas madres.

La procreación disminuye proporcionalmente al desarrollo de la *civilización*; cuanto mejores son las escuelas tanto más difíciles son los partos y tanto más escasa la secreción de la leche; en suma, tanto más inepta se hace la mujer.

Lombroso, que cita de buen grado ejemplos del reino animal, sostiene que en todo el reino animal la inteligencia se halla en razón inversa a la procreación, que las hembras de las hormigas y de las abejas adquieren una peculiar inteligencia a expensas de la sensualidad, mientras que la reina de las abejas, que es la única susceptible de ser fecundada, es un ser enteramente estúpido. Sin embargo, dice la siguiente: "Cier to que una mayor participación en la vida social hará desarrollar poco a poco la inteligencia de la mujer, y, en efecto, se ven ya los alentadores resultados en algunas razas más evolucionadas". Este adjetivo "alentadores" es un amarga ironía o una terrible inconsecuencia. En verdad, sólo al diablo o a un loco que crea en la comunidad de las almas o en otra estupidez semejante, puede regocijarse lo que hace degenerar la raza y lo que representa el principio del fin.

Muchas veces, los médicos se han mostrado irritados por la pretensión de la mujer de dedicarse al estudio de la medicina. Pero no creo que esto sea un asunto de mucha importancia. No se puede negar que las facultades mentales de la mujer son suficientes para aprender la medicina y que algunas mujeres, debidamente guiadas y vigiladas, pueden hacerse útiles (como por ejemplo, entre los mahometanos), pero son pocas las que estudian y su número disminuye al compás de la decreciente "actualidad" del estudio; así, pronto serán bien pocas las jóvenes que sigan esta carrera, y estas pocas serán, seguramente, las no aptas para sus deberes maternos. Así pues, desde el momento en que tanto la medicina como las mismas mujeres tienen poco que ganar con los estudios médicos femeninos, el asunto es de escasa importancia.

Yo creo que el punto más importante para los médicos es *que ellos se formen un claro concepto del cerebro o del estado mental de la mujer, y que comprendan bien el significado y el valor de su deficiencia mental*; y que hagan todo lo posible para combatir, en interés del género humano, las aspiraciones contra natura de las feministas. Se trata de la salud del pueblo, en peligro por la perversión de la *mujer moderna*. La naturaleza es un amo inflexible y castiga con penas severas a los infractores de sus leyes. Ella ha establecido que la mujer debe ser madre y ha encaminado todas sus fuerzas en ese sentido; cuando la mujer desatiende sus obligaciones hacia la especie y quiere *vivir su vida individual*, el castigo, es el padecimiento crónico; pero al mismo tiem-

po son también castigados los hombres y su descendencia. Nuestra obligación, la obligación de los médicos, consiste en dar consejos y prevenir contra los peligros; el porvenir nos pedirá cuentas. Protestamos por el mal trato que las mujeres dan a su hígado con el uso del corsé y asistimos tranquilamente al martirio que vienen dando a su cerebro.

Con todo, no hay duda de que a pesar de todos los esfuerzos el mal que estamos señalando subsistirá y es probable que aumente. En efecto, parece que es una consecuencia de la civilización.

Del a misma manera que la población de las ciudades se volvería estéril por el gran predominio de la actividad mental, si no fuera por el continuo incremento que le prestan las aldeas, así parece que la civilización ataca a la vida en sus raíces, y un pueblo llega a un grado tal de civilización, que no tiene fuerzas por sí solo para continuar viviendo y necesita reconstituirse con inyecciones de sangre bárbara. Es evidente que el fenómeno fundamental está en un antagonismo entre la actividad cerebral y la procreación. Las dos funciones están íntimamente ligadas, pero cuanto mayor el predominio de una tanto más sufre la otra. Los hombres *cerebrales* son nerviosos, y su descendencia es todavía peor.

Un indicio esencialmente demostrativo de esta degeneración está en la pérdida de los caracteres sexuales, y así se dan hoy hombres afeminados y mujeres masculinizadas. Cuanto más nervioso se vuelve un pueblo, tanto más numerosas serán las jóvenes dotadas de talento y provistas de características mentales masculinas. Es preciso tener en cuenta el influjo de la herencia; la hija toma mucho del padre, luego cuanto mayor sea el número de hombres cerebrales tanto mayor será la transmisión de sus cualidades a sus hijas. Las justificaciones y argumentos no mejoran la situación, porque, justificada o no, la masculinización de las mujeres será siempre una desgracia.

También la ley debe tener en cuenta la deficiencia mental fisiológica de la mujer. Nuestras leyes están hechas solamente para hombres; la legislación vela por los menores, pero la ley penal (para hablar solamente de ésta) juzga a las mujeres al nivel del hombre, y el pertenecer al sexo femenino no vale, en modo alguno, como circunstancia atenuante. Esto es injusto. Hay que añadir algo más a las consideraciones antes expuestas: que la mujer, durante un gran período de su vida, es un ser anormal. No necesito indicar a los médicos la gran influencia que ejercen la menstruación y el embarazo en la vida psíquica, señalar que estos dos estados, sin ser una verdadera enfermedad, causan, sin embargo, notables alteraciones en su equilibrio mental y perjudican el libre albedrío en el sentido legal⁵.

Luego si tenemos presentes las cualidades psíquicas de la mujer, y sobre todo la incapacidad para dominar las tempestades afectivas y la falta del sentido de equidad, debemos convencernos de que es una gran injusticia juzgar a los dos sexos del mismo modo. Solamente la escasa criminalidad femenina, explicada por las condiciones de vida de la mujer, permite que no nos demos cuenta de la dureza de nuestras leyes. Pero cuanto más se sustrae la mujer al asilo de su hogar, tanto más fácilmente entrará en conflicto con la ley, y entonces será castigada con más dureza de la que en realidad merece.

Citaré solamente algunos ejemplos: ¿es por ventura equitativo que sea juzgada de igual manera en los dos sexos la injuria simple, y sobre todo, la injuria a funcionarios públicos, lo mismo que muchos hurtos de bagatelas, que son de tanta consideración como, por ejemplo, el sustraer una pueril golosina?

Otro hecho merece particular atención; muchas mujeres, en sus manifestaciones sobre acontecimientos pasados, no saben distinguir lo que han vivido realmente de lo que creen haber vivido. Semejante ilusión de la memoria también se produce en el hombre, pero es mucho más frecuente en la mujer, y da origen a falsos testimonios.

En parte por este hecho, en los tiempos pasados se prestaba poca o ninguna fe a los testimonios femeninos. Los antiguos exageraban en un sentido; nosotros exageramos en el opuesto; *damos demasiada importancia a la mujer como testigo, y la tratamos con excesiva severidad como acusada.*

II

Si juzgamos necesario declarar que la mujer es mentalmente inferior al hombre, no por eso creemos haber dicho nada que sea perjudicial para ella. Simplemente, ella tiene otros méritos, y la diferenciación de los sexos es una creación de la naturaleza, favorable tanto para los hombres como para las mujeres.

Sin embargo, considerando la vida de la mujer con más atención, hemos de convenir en que la naturaleza ha sido con ella muy dura, ciertamente. En efecto, la mujer está dotada de una capacidad mental inferior a la del hombre y, además, la pierde prematuramente.

Este es el segundo significado en que puede hablarse de la deficiencia mental fisiológica de la mujer; debemos comparar la mujer envejecida prematuramente con la mujer joven y normal.

A mi parecer, hasta ahora no ha sido bastante notada la frecuencia y la precocidad de la decadencia mental de la mujer⁶.

También aquí, el mejor método es el procedimiento teleológico.

La mujer debe ser madre, pero para serlo debe ante todo hallar un hombre que provea a las necesidades de ella y de sus hijos.

Necesita, por consiguiente, medios para inducir al hombre a someterse a esas condiciones. Schopenhauer dice: "En la joven parece que la naturaleza ha querido hacer lo que en la jerga teatral se llama un golpe de escena, pues la ha dotado por pocos años de extraordinaria belleza, gracia y plenitud, a expensas de todo el resto de la vida, a fin de que en el breve período de tiempo que se le concede acapare la fantasía de un hombre y lo induzca a proveer lealmente a sus necesidades por toda su existencia".

A esta observación es preciso agregar que las dotes de la joven no son solamente cualidades corpóreas y que el decaimiento relativamente precoz que las mujeres sufren no se refiere tan sólo a estas cualidades. Lo exterior está más ligado a lo interior de lo que suele creerse.

Así, el florecer y marchitarse de la belleza femenina corresponde también a modificaciones psíquicas

paralelas. El espíritu de la virgen es terso, fogoso, agudo, por lo que su fuerza de atracción aumenta, participando activamente en la elección sexual, y logra una paridad de fuerzas con su adversario en las luchas y juegos amorosos. Toda la suerte de la vida de la mujer depende de que la joven encuentre el hombre que le conviene. Todas sus fuerzas se dirigen a este momento, verdadero punto culminante de su vida, y todas las facultades mentales se hallan concentradas hacia este fin.

Es cosa demostrada que el intelecto es esclavo de la voluntad, o, de otro modo, que nuestra inteligencia sirve a nuestros instintos, y en efecto, sólo somos perspicaces cuando seguimos nuestras tendencias; el interés hace inteligente. Cada uno es diestro en la esfera que le agrada y no en otra. Ahora bien, el talento femenino por excelencia es su especial disposición para los asuntos de amor, en ellos la voluntad impulsa a la inteligencia. La aguja y le da tensión; lo demás adquiere valor solamente en cuanto se halla en relación con el asunto capital.

Cuando una joven encuentra a un joven, se halla en la posición de un general que avanza hacia un ejército enemigo; éste es el momento de actuar; de pocos minutos depende acaso todo el porvenir.

Y también fuera de la batalla (para seguir con las comparaciones militares) podemos comparar a la joven con una tropa en pie de guerra. Está siempre alerta, con su armamento, preparada para el ataque; en cada uno de sus actos se refleja la tensión de su espíritu.

La joven se apenará por cosas que no la atañen, se interesará, aunque sólo sea en apariencia, seriamente en todas las cuestiones posibles; formará juicios, combatirá; en suma, aparecerá llena de esprit y genial en los asuntos amorosos.

Luego, dejadla que tenga marido y la veréis distinta. La joven fogosa y a menudo brillante se transforma en una mujer afable y simple; claro está que no siempre acontece de esta manera, pero es indudable que ocurre con frecuencia.

El pueblo ha notado esta metamorfosis perjudicial y la explica a su modo; creíase que con la pérdida de la virginidad se rompía un encanto; que las fuerzas misteriosas desaparecerían. En el Cantar de los Nibelungos, la virgen Brunilda vence a todos los hombres, pero apenas queda sometida a Sigfrido se convierte en una mujer como las demás. Una idea similar aparece en otras muchas leyendas. En la vida moderna se explica más sencillamente; ella no necesita ya nada, la vivacidad física y mental sólo tenía por objeto atraer al hombre.

De todos modos, no se trata sólo de un acto voluntario del cual pueda dar cuenta la mujer; ella pierde realmente, ciertas facultades que poseía al principio y aun con la mejor voluntad don podría emprender muchas cosas que antes hallaba fáciles. A lo sumo, podrá quedar la duda de si esta disminución de las facultades mentales puede explicarse solamente por la desaparición de los estímulos que espoleaban a la inteligencia.

Del mismo modo, en las mujeres que se han conservado bien durante los primeros años de matrimonio, no tarda en presentarse la decadencia a los pocos partos; con decrecimiento de la belleza y la fuer-

za física, desaparecen también las facultades mentales, y la mujer, como suele decirse, "se entontece".

Muchas veces el hecho escapa a la observación, o por lo menos, no perturba a nadie, porque las cualidades del sentimiento modifican, y en la vida común, por lo general, no se pretende nada de la mujer desde el punto de vista intelectual. Pero un atento observador no se deja engañar, y bien a menudo se percata de este proceso.

Las señoras emancipadoras han aludido a esta metamorfosis, no sin cierta acrimonia, y naturalmente la han atribuido a la *degradant* imitación al cuidado de los niños y a la cocina, que supone una pérdida de las facultades mentales.

Aquí, como en otros casos, la vieja explicación de los hechos por el medio ambiente es superficial. En verdad, semejante limitación no debe tener lugar cuando existen especiales necesidades intelectuales; en efecto, un número relativamente grande de mujeres, cuyos cerebros tienen fundamentos más sólidos, no sufren esa limitación, y cuando las circunstancias no conceden más que lo necesario, la frescura del espíritu permanece, a pesar del cuidado de los niños y de la cocina.

Es indudable que no todas las mujeres recaen en esa decadencia mental, proceso que tiene su origen en cualidades congénitas si bien a menudo resulta difícil darle explicación.

Prescindiendo de las verdaderamente ineptas, cuyas vida mental es mínima y en las cuales ni aun en el período de la juventud se nota el florecer del espíritu, las mujeres pueden compararse a un batallón que debe hacer frente a repetidos asaltos del enemigo, que en este caso es el tiempo. Unas caen en las primeras escaramuzas; otras se vuelven deficientes después de algunos años de matrimonio; las restantes se tienen en pie más tiempo, pero al fin son vencidas, ya sea volviéndose tontas, ya sea disecándose en una vida de viejas solteras extravagantes. Pero incluso aquellas que han resistido la batalla deben sufrir el ataque final de un enemigo: la edad crítica. Cuanto más superior es un ser, tanto más tarde madura. La naturaleza hace madurar al hombre más tarde que a la mujer y da a entender, con este privilegio, que le ha asignado metas más elevadas.

Esta predilección en pro del hombre es aún más evidente porque puede conservar las facultades adquiridas casi hasta el término de su existencia. Por el contrario, la mujer se desarrolla pronto, pero no tiene más que unos treinta años de plenitud.

La edad crítica significa la desaparición de la actividad sexual; ahora bien, el organismo es una unidad y las funciones están coordinadas. En particular, existe una estrecha relación entre la actividad sexual y la cerebral; cuando una despierta, la otra se modifica y cuando ésta desaparece, aquélla se modifica de nuevo. La primera modificación es un *más*, la segunda un *menos*. Es decir, del climaterio, por el cual la mujer se hace vieja, no podemos esperar más que un debilitamiento de las facultades mentales.

La experiencia, en verdad, no desmiente esta hipótesis. Debo anticipar que existen excepciones, porque algunas señoras ancianas gozan hasta una edad

muy avanzada de una sorprendente lucidez intelectual. Sin embargo, éstas no son más que la *vieja guardia* que no se rinde y resiste también el asalto final del enemigo, pero el grueso del ejército sucumbe.

Repetimos una vez más que lo exterior es el espejo de lo interior. Muchos se burlan de la ciencia fisiognómica, y en verdad, no estamos en condiciones de fundar sobre un procedimiento lógico nuestros juicios fisiognómicos. Se trata de un conocimiento instintivo; pero a pesar de esto, muchas veces podemos dar fe a lo que un rostro expresa. Observemos sin prejuicios a las mujeres ancianas y meditemos sobre el involuntario juicio que de ellas nos formamos; son de todos conocidos los escarnios y observaciones llenas de acritud que se han dirigido contra las pobres viejas en versos, refranes, etcétera. ¿Habrán sido sin causa alguna? Podría decirse que se trata de un sentimiento de hostilidad, pero veamos: ¿cuál es su origen?

El hombre no profesa odio a las mujeres, a no ser que tenga que luchar con ellas; pero (excepción hecha de casos especiales) debe sentir cierta indiferencia y aun una benevolencia mezclada con compasión hacia las mujeres sexualmente ya inactivas. No hacen más daño, y el recuerdo de la propia madre debería inclinar a la dulzura. Sin embargo, si la voz popular no hace más que criticarlas en sus proverbios, alguna responsabilidad tendrán. Se las califica unánimemente de supersticiosas, cobardes, mezquinas, locuaces, pendencieras, y maldicientes, cualidades todas que indican un bajo nivel de las facultades mentales, y que, por lo tanto, demuestran la deficiencia mental de la mujer. Es necesario agregar para ser justos, que la opinión popular sería más benévola si las viejas fuesen menos feas. Feo quiere decir odioso, y el pueblo odia verdaderamente lo feo, como se observa en el modo de tratar a los animales así considerados. La opinión general exagera cuando las señala y las moteja de viejas maléficas, viejas brujas, etc. Esas viejas maléficas, antes tampoco servían para nada, pero nadie criticaba su malicia mientras sus encantos físicos seguían intactos. Sin duda, la deficiencia mental hace resaltar desnuda su malignidad, que adquiere formas ridículas, pero no la produce.

Afortunadamente, la simple deficiencia mental de la mujer no modifica sus cualidades realmente positivas, conserva íntegro el sentimiento materno, y las ancianas entrañan pese a toda su simpleza, tesoros de ternura.

Después de este resumen general, sería preciso demostrar con mayor precisión de qué modo se expresa la deficiencia mental adquirida por la mujer.

Otros han notado ya que en ellas la facultad de aprender, su facultad más desarrollada, decae relativamente pronto. Es en verdad muy difícil determinar algo exacto a este respecto, pero es bastante demostrativo el hecho del aumento gradual de la miopía intelectual. Ellas ven solamente lo que está más próximo y le dan un valor excesivo. Otra característica de ellas es un desmesurado espíritu ahorrativo; muchas veces es preciso someterse a grandes gastos porque las mujeres no han sabido decidirse por los pequeños, y así, por salvar el céntimo se pierde la peseta.

En relación con esta tendencia característica, está

el hábito de conceder especial atención a asuntos insignificantes. Pequeñas bagatelas momentáneas la hacen olvidar el pasado y el presente, y la desconciertan. Las cuestiones más serias y las minucias son tratadas con la misma exaltación, y lo que es verdaderamente importante queda postergado por amor a una nadería. Las experiencias más duras no modifican nada y las demostraciones más persuasivas provocan teóricos asentimientos, pero no consiguen cambiar el estado de las cosas.

"Al fin y al cabo, yo soy así"

La debilidad de la capacidad de juicio resalta especialmente, porque con la edad el instinto se debilita. A menudo no puede observarse esto porque la mujer lo oculta, apoyándose en los juicios ajenos, mas si este sostén llega a faltarle, nos horrorizamos frente a los increíbles errores en las circunstancias más sencillas.

Poco a poco disminuye la sugestionabilidad; entonces dominan las autosugestiones monótonas, que dan origen a obstinaciones tan radicadas que la razón nada puede contra ellas.



La mente se hace inflexible, apoya el *status quo*, se desarrolla el *misoneísmo* y las reacciones se producen mecánicamente.

De sobra sabemos que estos rasgos característicos son propios de la vejez, pero en las mujeres se manifiestan precozmente y toman un colorido especial en su habla.

Quien no ha tenido el placer de escuchar a señoras ancianas, difícilmente se hará una idea de la duración y vacuidad de sus discursos; el tema más tonto viene a ser tratado con infinitas variaciones; predominan los ritmos rápidos. La imagen del flujo de la charla experimenta infinitas variaciones: el goteo, el murmullo de las olas, etc., la mejor es, tal vez, la comparación con el molino de agua girando en vacío.

El conocimiento de los varios aspectos de la deficiencia mental fisiológica puede también tener una importancia clínica cuando se trata de delimitar la deficiencia mental patológica, y el que sólo conoce la norma tomada del hombre, corre el riesgo de diagnosticar en una mujer un estado patológico que no existe.

Juzgar una leve deficiencia mental, es una de las tareas más difíciles, y nuestros métodos clínicos sólo observan las alteraciones más bastas.

Es claro que un examen practicado a la manera de nuestros exámenes escolares, orientado sobre los conocimientos preexistentes, resulta insuficiente.

Los métodos de indagación que miden la rapidez de los más sencillos procesos mentales tampoco suministran datos satisfactorios.

Lo más importante será conocer la capacidad para las combinaciones. Rieger⁷ ha hecho una proposición en este sentido. También se han empleado ensayos fáciles, problemas del género de las adivinanzas, etc. Sin embargo, sería de desear que todas las tentativas en este sentido encontrasen el apoyo general.

Con todo, el perfeccionamiento de los métodos de indagación tampoco nos permitirá confiar en el examen clínico. Este nunca será exhaustivo: los estados anímicos pueden influir en los resultados, y siempre será indispensable observar al hombre en las situaciones de la vida corriente. Especialmente, el juicio sobre las facultades mentales no deberá fundarse tan sólo en los ensayos de laboratorio, sino en el conocimiento de la historia personal ■

Notas

1. C. Lombroso y G. Ferrero. *La mujer como delincuente y prostituta*.

2. He encontrado muchas veces en las mujeres de mediana estatura una circunferencia craneana de 51 centímetros. Este hecho no se registra en los hombres físicamente normales, sino sólo en los deficientes mentales o idiotas. Las mujeres antes citadas son, por el contrario, perfectamente capaces, según demuestra su examen.

3. *Ein Beitrag zur Anatomie des sprachenzentrums*, Stuttgart, 1882.

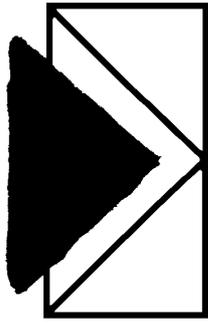
4. Véase el discurso conmemorativo del Sr. Runge (*Männli-*

che und weibliche Frauenkeilkunde, Göttingen, 1899) que llega a mis manos después de la publicación de este libro. Véase también H. Schelenz, *Frauen im Reiche Aes Kulap*, Leipzig, 1900.

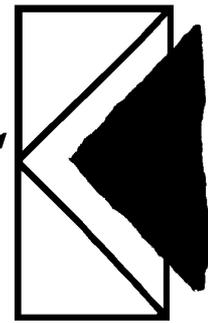
5. Krafft-Ebing y otros muchos han tratado repetidas veces este argumento.

6. Según Matiegka, el cerebro masculino supera al femenino en 145 gr entre los 20 y 60 años, y en 173 gr entre los 60 y 90.

7. Beschreibung der Intelligenz-Störungen infolge einer Hirnverletzung, etc. "Verh der phgsik-med. Ges. Zu Würzburg", 1888-89.



confrontaciones



La psicoterapia en los Sistemas prepagos de Salud

Martín Agrest

Lic. en Psicología (UBA), Master en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud (Fundación Universitaria R. Favalaro),
Ex Residente del Hospital "T. de Alvear".
Gurruchaga 2463, 1º "B" (1425). Tel./fax: 4-833-5485. E-mail: grecoagrest@yahoo.es

Introducción

La medicina –en general– y las psicoterapias –en particular– asisten a una transformación que no tiene precedentes dentro de la historia de estas prácticas. Uno hubiese esperado que fuese algún descubrimiento el que cambiase para siempre la práctica clínica, pero no. Si ésta llegó a un punto de inflexión ha sido por el encuentro de la cultura asistencial con una cultura –radicalmente distinta– que podemos denominar de "gerenciamiento empresarial". Dicho cruce da lugar a conflictos, malestares y oportunidades que exigen un detallado estudio si no queremos reducir la cuestión a que esta es una nueva historia de "nosotros, los buenos sometidos, y ellos, los malos sometedores" –tal como podría desprenderse de un interesante artículo de Daniel Izrailit–(8).

Es posible que el mejor término de comparación para comprender el cambio que estamos atravesando, y también el que se avecina, sea el advenimiento del capitalismo industrial durante los siglos XVII y XVIII. El área de la Salud –junto a la de la Educación– probablemente sea la más demorada en la implementación de un cambio que oportunamente afectará al conjunto de la sociedad pero del que la Salud y la Educación hubieron de permanecer al margen por mucho tiempo. Su retraso, no exento de conjeturables causas y múltiples consecuencias, permite tomar como ejemplo otras actividades que primero se adaptaron al funcionamiento como industria y, ahora, a nuevos estilos de gerenciamiento.

La consabida mercantilización de todos los bienes de la sociedad ha dado por tierra el mito de que la salud y la Educación no podían sufrir idéntico destino.

Por más que nos cause dolor, ¿por qué el capitalismo no iba a avanzar sobre un área que se desarrolló tanto como el de la Salud? ¿Por qué se iba a quedar al margen de un movimiento de dinero que en los EE.UU. representa el 15% de su PBI –cuando hace 60 años sólo representaba el 1%– y en la Argentina ronda el 7%, algo así como 20.000 millones de dólares anuales? ¿Por qué iba a ser ajeno al 10% del gasto en salud que representa el gasto en Salud Mental? Durante mucho tiempo el campo de la salud creció, no solo por el empuje del capital, y bajo su paraguas fueron muchos los profesionales que disfrutaron de su prestigio y de la posibilidad de ascender socialmente. Pero ese crecimiento "descontrolado" llamó la atención de un socio poderoso, "las empresas", que ahora reclama su parte y el control.

Hasta hace pocos años era muy difícil escuchar que la salud o la educación eran "mercados" o que la Salud o la Educación eran "industrias" y que conformaban un "negocio". Para quienes formamos parte del "mercado de la salud", como aprendimos a decirle en esta última década, hemos empezado a entender de otra manera lo que ya venía sucediendo en "otras industrias". Pero, paradójicamente, ahora que "los hemos alcanzado" y que la salud es "un negocio más", uno puede leer las recomendaciones de Sérieyx para un "management en la complejidad"(11) o las recomendaciones de Deming para la calidad, y encuentra demasiadas similitudes entre la situación que se quiere revertir en las otras industrias y el estado crítico y conflictivo al que se está arribando en "nuestro mercado". Para decirlo de otro modo, estamos llegando al estado de situación que nos asemeja a los otros negocios justo cuando éstos se dan cuenta de los

efectos nefastos que ese mismo estado les provocó.

Si queremos comprender en qué está consistiendo la lucha entre terapeutas y gerenciadore, y sobre todo en qué va a consistir durante la próxima década, es necesario que hagamos un repaso de cómo las psicoterapias pasaron a formar parte de las empresas y cuál es el eje del actual conflicto.

Ingreso y egreso del psicoanálisis en las empresas de medicina Prepaga

Parecen ser épocas pasadas aquellas en las que la preocupación por el costo y la duración de una psicoterapia corrían por cuenta del particular o, a lo sumo, de su familia. Hasta hace aproximadamente quince años, los psicoterapeutas, en su mayoría psicoanalistas, solían acordar con sus pacientes para llevar a cabo un tratamiento cuya modalidad gozaba de amplio consenso entre sus colegas: el psicoanálisis de varias sesiones semanales a lo largo de algunos años. Nadie más participaba de este acuerdo cuyo resultado solía ser una terapia de tiempo y costo indefinido. Salvo muy raras excepciones era aceptado el principio que decía: "para un tratamiento, 'cuanto más, mejor'"(1). Más duración, más sesiones semanales, más profundidad en el análisis, etc. Pocos pacientes, a quienes ver con alta frecuencia, con la técnica analítica clásica y durante largos períodos; éstas eran las reglas. Dentro de la liberalidad de la profesión médica, el psicoterapeuta bien podía ser el prototipo de profesional independiente. Sin embargo, los cambios que se han producido y se están produciendo en el ejercicio profesional llevaron a cuestionar varios de los principios más fundamentales con los que los terapeutas trabajaban en el seno de un conjunto de profesionales independientes.

Aquellas mismas psicoterapias que ganaron creciente difusión y popularidad fueron incluidas como prestación regular de las Obras Sociales(13) (durante la década del '70) y de las Prepagas (durante la década del '80). Afiliados y terapeutas propugnaron tales inclusiones, sin conocer las consecuencias de esos actos hasta mediados de la década del '90. Con leves modificaciones, en un principio, seguía siendo la misma terapia de antaño: el paciente podía explayarse todo cuanto su psicoterapeuta estuviese de acuerdo. Los honorarios podían haberse reducido, pero la duración no. De cualquier modo aún eran tiempos en los que la práctica privada seguía teniendo gran difusión y atender pacientes de "Prepagas" no significaba gran esfuerzo de adaptación. Las puertas se abrían para pacientes y terapeutas que progresivamente iban migrando del ámbito privado a estas otras organizaciones.

No me referiré en esta ocasión a la inclusión de las psicoterapias en las Obras Sociales (que por ser organizaciones sin fines de lucro y que fueron tradicionalmente subvencionadas tuvieron características gerenciales diferentes) sino específicamente a lo que sucedió en el encuentro entre los paradigmas de los psicoterapeutas y los de las Prepagas.

Hubo un tiempo que podemos denominar de "buen romance" en el que unos pocos profesionales formaban parte de las cartillas de las Prepagas. Éstas

se dedicaban a garantizar a sus afiliados que sus profesionales eran idóneos y que sólo les cobrarían un monto predeterminado de dinero –y no más que eso– lo que en el ambiente empresarial se llamó "fijar un precio máximo". Los terapeutas, en su mayoría psicoanalistas, todavía podían pensar que en esos ámbitos desarrollarían algunas de las actividades que antes tenían en sus instituciones y asociaciones. Era una fuente de trabajo pero también un lugar de pertenencia. Allí se podría supervisar, tener ateneos y jornadas, presentar trabajos, etc. El ingreso estaba sumamente restringido y es posible que recordase a las épocas en las que algunas instituciones psicoanalíticas ponían muchos requisitos para pertenecer a ellas.

Los pilares del buen romance podrían formularse del siguiente modo: "Uds. no me significan un costo muy elevado y me permiten satisfacer a mis clientes" –decían las prepagas–; "Uds. me dan un caudal de pacientes sin pedirme demasiado a cambio y yo podré sentir que pertenezco a una sucursal de 'la Asociación' (psicoanalítica)" –decían los terapeutas–.

Pero los tiempos cambian y el buen romance entró en crisis. A mediados de la década del 90 el *managed care* norteamericano cada vez sonaba con más fuerza por el Río de la Plata(9, 12). El "hospital de autogestión", la "libre competencia entre las Obras Sociales", la "desregulación del mercado de la salud", los contratos "capitados", comenzaron a ser los términos ineludibles de cualquier reflexión sobre la salud en la Argentina y tarde o temprano llegarían a los pies de los divanes. Podemos llamar a nuestra época actual, el tiempo del "trío desconfiado". Los pacientes que usan los servicios de sus prepagas descubren cuán a menudo éstas les ponen barreras o les niegan algunas prestaciones (amparándose en la "letra chica") o que éstas no tienen la calidad que les habían prometido. Aprendieron, entonces, a no confiar en su Prepaga. Los profesionales, acostumbrados a cobrar por cada prestación que realizaban, son mirados con desconfianza por las empresas que creen que éstos facturan por trabajos que no realizan o que si los realizan no tienen un verdadero justificativo. A su vez, reciben un honorario cada vez menor, sus opiniones son tomadas en cuenta sólo si sirven para fundamentar un recorte en los gastos, progresivamente tienen menos poder y sus pacientes se quejan a sus "superiores" (los admisores) si el servicio que brindan no satisface las expectativas. Para colmo, sus pacientes ahora pueden desconfiar también de ellos porque no es claro que les defiendan sus intereses si deben responder ante los intereses de sus "empleadores". ¿Qué ha pasado?

De los tiempos en los que todo el mundo afirmaba: "para la salud no hay que cuidarse en gastos", se pasó, prontamente, a la preocupación por cómo contener los costos. Se tomó conciencia de que los recursos no eran ilimitados: lo que se usara para una práctica asistencial no estaría disponible para otra. Lo que antes era o bien "un bolsillo infinito" (sin que nadie se cuidase en gastos) o bien "bolsillos distintos" –la gente podía gastar en otras cosas pero en salud, decían, no hay gasto sino que es todo "inversión", o podían pagar a su Prepaga para los diferentes tratamientos médicos y por otro lado pagar a un psicoanalista de modo particular– pasó a ser un bolsillo unificado y controlado. Entre los pacientes y los

prestadores pasó a existir un intermediario que cada vez "hablaba" más. Y como el tratamiento que recibía el afiliado le implicaba un gasto mayor, este intermediario pronto comenzaría a introducir nuevas reglas.

El viejo sistema por el cual el paciente pagaba al profesional por cada "prestación realizada", dejó cada vez más su lugar a un nuevo sistema donde el profesional recibe su dinero de manos de una empresa "capitada" –que cobra un monto fijo por afiliado, consulte o no, y que debe afrontar los costos que representa cada consulta que se realice–.

Las empresas prepagas comenzaron a negociar con otras grandes empresas. Estas últimas preguntaban: ¿por cuánto dinero por empleado me darían la cobertura de cuáles cosas? En esta negociación podían decir: "Odontología vale X", "Salud Mental vale Y", etc. Si cada uno de estos "módulos" era caro, otra Prepaga podía "ganarle" y darle la cobertura a varios miles de empleados de esa gran empresa. Las psicoterapias psicoanalíticas tenían cada vez menos espacio y aumentaban las prácticas resultantes de complejas disputas entre empleadores, administradores, clientes y terapeutas.

Lo que comenzó como una alianza de gran provecho para los psicoanalistas, ya que las Prepagas podrían aportar gran cantidad de usuarios a los millares de practicantes del psicoanálisis, está cambiando de signo. El drenaje de la práctica privada a la intermediación de la Prepaga, si bien bajó los honorarios, permitió que mucha gente accediese a tratamientos que a los honorarios anteriores le hubiese resultado imposible. Pero ahora que la Prepaga intenta controlar los gastos también controla la clase de prestación efectuada. El nuevo principio es: "¿cuánto es el menor tiempo que pueden ser tratados los pacientes para seguir obteniendo iguales resultados?" Hemos pasado del viejo "más es mejor" a un nuevo "menos es igual".

Las estrategias de las empresas son fáciles de imaginar: **A.** Poner barreras para el acceso y/o la continuidad de los tratamientos y necesitar comunicar que se efectuará una prestación antes de realizarla; **B.** Revisar las tasas de uso de los profesionales: obtener el promedio de la cantidad de sesiones por paciente y comprar a los profesionales entre sí, lo que en la jerga de la administración es hacer una *utilization review* o "revisión de utilización" y *benchmarking* "comparación de *performances*"; **C.** Gerenciar los casos de los pacientes que consumen muchos recursos –*case management* "gerenciamiento de casos"–.

En este panorama de transformaciones e intereses contrapuestos, el psicoanálisis y las psicoterapias en general deben producir un cambio sin precedentes para adecuarse a las nuevas exigencias gerenciales, lo cual involucra un choque de culturas organizacionales que tampoco tiene precedentes. Por supuesto que queda la opción de resistir cuestionando desde adentro e intentando imponer un modelo de tratamiento a la vieja usanza, o de retirarse, una vez más hacia el campo privado. Sin embargo, la resistencia puede tener muchas "bajas" y nada garantiza que sea posible su implementación dada la necesidad de trabajo que caracteriza al ambiente. Por su parte, la retirada, debido a la cantidad de profesionales, la pauperización de su práctica en términos económicos por la caída de la clase media, y la dificultad de renunciar a una

importante población potencial de pacientes, no parece una opción para nada sencilla.

Lo que en el ámbito más amplio de las prestaciones médicas podrá ser un encuentro de culturas al enfrentarse a los gerenciadore, mostrará particularidades y efectos aún más notables en el área de la Salud Mental. En una especialidad basada tan fuertemente en el tiempo de escucha y la privacidad del paciente, ¿cómo serán las transformaciones a producirse si se respetan las exigencias de eficiencia y efectividad? ¿Cómo serán las transformaciones para que las prestaciones puedan ser controladas y cómo para que dejen de necesitar del control? ¿Cómo se harán las mediciones para evaluar el desempeño de los profesionales y cómo se pasará a la facilitación del desempeño de ellos?

Si durante años se discutió si era posible el psicoanálisis en el Hospital público, es posible que ahora, con coordenadas absolutamente inéditas y de un modo aún más radical, la discusión más actual sea "¿es posible el psicoanálisis en las prepagas?". Solo que el interesado en una respuesta a este interrogante se parece muy poco al que la esperaba algunas décadas atrás. El Estado nunca se preocupó por saber la respuesta y los profesionales, parte demasiado interesada en el asunto, tenían un interés casi exclusivamente intelectual. Las empresas privadas, si es que queda alguna verdaderamente interesada en una respuesta –porque en su mayoría ya creen tenerla– son por cierto interlocutores muy distintos de los anteriores.

Pero antes de avanzar con estos interrogantes debemos revisar qué cultura empresarial enfrenta hoy a los psicoterapeutas y qué otras opciones podrían existir.

El gerenciamiento empresarial en lo que va de ayer a hoy

Las empresas de ayer se parecen poco a lo que las empresas de hoy pretenden ser. Cuánto han cambiado seguramente será tema de largas discusiones pero es posible que tengamos más consenso sobre cómo se han modificado las aspiraciones de las empresas. Tradicionalmente, las empresas –sin particularizar sobre las empresas de Salud– se centraban en cómo responder mejor a la demanda de sus clientes –externos–, veían a sus empleados como personas que había que controlar, cuya única misión era la de ser instrumentos para la ganancia del empresario, y centraban su competencia por el mercado de ese momento.

En la actualidad las empresas intentan cada vez más satisfacer tanto a sus clientes externos como a sus empleados –a los que llaman "clientes internos"–, intentando ver en sus empleados personas que si no están comprometidos con la misión y comparten los valores de la empresa nunca podrán trabajar a gusto; se busca verlos más como socios que como alguien que acate órdenes(5), que no necesitan ser controlados y a los que se les debe delegar todo el poder que sea posible –el tan mentado "*empowerment*" y se centran en competir por el mercado del futuro(7).

Este cambio de enfoque, que para algunos puede ser un simple discurso o un cambio más cosmético que de fondo, ha generado transformaciones interesantes en diferentes empresas. Si no se ha materializado todo el cambio pregonado al menos queda cla-

ra una preocupación por el tema: ya se sabe que si se gastan energías controlando empleados que trabajan a disgusto la empresa en cuestión difícilmente tendrá alguna oportunidad en el futuro. Nadie pretende que este cambio tenga un contenido altruista. Por el contrario, se ha llegado a la conclusión de que para beneficiarse más, para perdurar en el tiempo como empresa exitosa y para "construir el futuro", es posible que deban mejorar la situación de sus empleados.

En esta línea de pensamiento, W. Edwards Deming(4), propone 14 puntos para una mejora continua de la calidad en las empresas.

1. Los empleados y todos en la empresa deben tener un compromiso con los fines institucionales. La "misión" de la empresa debe ser conocida y compartida por todos.

2. La calidad no debe ser un mero discurso: es necesario adoptarla como si fuera una nueva filosofía.

3. Es necesario pensar que los procesos e incentivos deben ser tales que sea posible acabar con la dependencia de los procedimientos de inspección. El control es un proceso muy costoso y todo debe tender a reducirlo lo más posible.

4. La prioridad no deberá ser pensar sólo en comprar a bajo precio. La calidad es tanto o más importante que el precio: "lo barato suele salir caro".

5. Mejora continua y para siempre de todos los procesos de planificación y producción. Aun lo que funciona bien debe revisarse para ver si no se podría hacer mejor.

6. Implantar la formación en el trabajo. Los empleados deben poder mejorar continuamente en su trabajo, aprender y cambiar dentro de la organización.

7. Adoptar y establecer el liderazgo. Los líderes no necesitan obligar ni imponer; su herramienta más poderosa es su capacidad para estimular e inculcar una visión compartida entre la gente.

8. Desechar el miedo: éste solo sirve para que la gente trabaje peor, use su tiempo para esconder lo que hace y se resienta contra la organización.

9. Eliminar las barreras entre el personal: sólo si la gente trabaja en equipos puede haber verdadero enriquecimiento. Cuando los distintos sectores de una empresa se echan culpas recíprocas es imposible que la organización pueda seguir funcionando.

10. Eliminar los discursos y eslogans para los trabajadores. Los empleados están cansados de discursos que no se materializan, de "gatopardismos" y frases huecas. Si los mismos trabajadores son engañados, ¿cómo puede esperarse que se comprometan con la organización y no pretendan engañarla?

11. Eliminar las cuotas para los trabajadores y los objetivos numéricos para los directivos. Mientras los empleados cobran un sueldo y los directivos fijan sus metas en cuánto dinero quieren ganar, el resentimiento y la desconfianza estarán a la orden del día. Escucharemos decir a los empleados: "lo único que les interesa es la plata", "mientras sigan ganando plata no les importa que todo se haga mal", etc.

12. Suprimir las barreras que impidan a las personas sentirse orgullosas por su trabajo. Nadie que no esté orgulloso de lo que hace podrá hacerlo de la mejor manera posible.

13. Establecer un programa de formación y de desarrollo personal. Cada empleado tiene que poder

crecer dentro de la empresa y ver en dicho crecimiento una verdadera oportunidad personal.

14. Poner a trabajar a todos en la transformación. El cambio hacia la calidad no es de la gerencia ni de los dueños: sólo si todos trabajan para ello, el intento de transformación tendrá algún sentido.

En consonancia con estos 14 puntos, Séríeyx(11) propone que si queremos ver cómo es el *management* de una empresa podemos considerar 15 áreas que son factibles de ser categorizadas en cinco grupos o niveles cada una. Más allá de que pueda haber profesionales que, de poder elegir, no querrían trabajar para ninguna empresa, es difícil sostener que daría lo mismo hacerlo en una organización que explicita su proyecto a largo plazo (entre 8 y 15 años) –aclarando los valores que se sostienen, las políticas que desea emprender respetando esos valores, habiendo elaborado el proyecto con la real participación de todos los niveles de la empresa, con referencia a éste en cada decisión importante que se adopte, y en consonancia con los distintos proyectos a mediano plazo que realizan los diferentes departamentos de la empresa– que hacerlo en otra empresa que no tiene proyecto, en donde la Dirección General sólo piensa que su formulación es dinero y tiempo perdidos ya que la dirección solo debe dar órdenes para que sean cumplidas por sus empleados. Tampoco puede ser lo mismo trabajar para una empresa que apoya el sentido de pertenencia permanentemente con signos exteriores –convenciones, jornadas científicas y/o recreativas, etc.– con principios éticos recordados y practicados, con un estilo de relaciones cotidianas entre las personas, dando lugar a este tema y estudiándolo en profundidad anualmente para lograr que este sentido exista sin ningún tipo de coerción, que hacerlo en otra que sólo evalúa a sus empleados con parámetros objetivos y cuantitativos, que no se preocupa por la adhesión a la empresa de sus empleados y carece de signos exteriores que favorezcan la conciencia de pertenencia. Aún menos puede dar lo mismo trabajar en una empresa que cada 3 ó 4 años realiza un examen riguroso de todos sus sistemas de gestión del personal, que hacerlo en donde la Dirección General crea que este es un tema para los técnicos, despreocupándose absolutamente por todo ello.

Hay empresas en las que se alienta la responsabilidad individual y colectiva, todos y cada uno conocen su función y cómo ésta se enlaza al proyecto global de la empresa, el departamento y el servicio, donde los equipos tienen margen para la autoorganización, donde se privilegia el compromiso con la misión de la empresa y la iniciativa y se realizan círculos de calidad; pero hay otras que ni siquiera consideran la responsabilidad, donde la cohesión de los equipos y las iniciativas personales son vistas como peligrosas y como posibles emergencias de contrapoderes, donde se ubican agentes para controlar y extinguir tales iniciativas, como si la obediencia pasiva garantizase la *performance*. En algunas empresas existe la "confianza, la transparencia y la ejemplaridad", en donde las reglas del juego son conocidas por todos, confiables, que no cambian año a año, de una categoría del personal a otra, de unos departamentos o sedes a otros, donde los directivos dan el ejemplo, donde se respeta la palabra y donde la dirección año a año destaca su importancia para que la empresa pueda tener competitividad.

En otras, el nivel jerárquico se reserva el derecho de hacer cambios, promover o cambiar al personal como mejor les parezca, no creen en la honestidad ni la buena fe –y se mofan de ellas– actuando pura y exclusivamente en aras de la "eficacia". Por último, no es lo mismo una empresa que "valorice las oposiciones creadoras no destructivas", que permita la expresión de puntos de vista contradictorios y hasta pueda llegar a buscarlos; se busquen ideas de afuera y se les participe de datos importantes para que puedan aportar las mejores alternativas; en donde la participación de un empleado en las oposiciones creadoras, tales como los sindicatos, sea vista como una oportunidad de llegar a ser un dirigente más lúcido y con mayor discernimiento", que otra en donde la dirección general está oficialmente en contra de toda forma de contradicción, de todo punto de vista "transgresor", de toda instancia de interpelación.

El gerenciamiento de la Salud Mental

Poca duda cabe de qué gerenciamiento hablamos en las empresas de Salud. Si tuviésemos que caracterizarlo usando los parámetros de Deming, habría que decir que:

1. Los profesionales, pese a que son quienes hacen el único trabajo que le da sentido de ser a la empresa, no están comprometidos con los fines institucionales, desconocen dichos fines o desconfían de ellos. El compromiso del profesional con la institución puede llegar a estar mal visto. "Es preferible que esté libre de ataduras para bregar siempre en beneficio del paciente". Para colmo, ¡trabajan simultáneamente para varias organizaciones competidoras entre sí! Sería impensable imaginar a los profesionales fundamentales de Coca Cola que a su vez trabajasen para Pepsi.

2. La única filosofía que se expande por toda la organización –muy lejos de pensar en la calidad– es la de la supervivencia.

3. Si bien esto ya no es patrimonio de las organizaciones de Salud (mental), en todo el país impera el lema de que "mientras nadie se dé cuenta...". Todos son expertos en escapar a los controles, único sistema utilizado para combatir las "desviaciones".

4. "El precio manda" y es raro que se piense en la calidad.

5. Nadie se preocupa por los resultados, no hay siquiera mediciones y, por lo tanto, se está muy lejos de ver qué se puede hacer mejor. Los números que algunas veces se llegan a considerar nada tienen que ver con la calidad, de cómo se está trabajando.

6. El trabajo se rutiniza, no hay formación y la que hay es mal vista por los profesionales: "para lo único que sirve es para que bajen línea".

7. No hay líderes, los que existen son ajenos a las organizaciones, y abogan, en muchos casos, por combatir a estas organizaciones.

8. El miedo es algo generalizado y está referido a "que la cosa empeore", a "que ruede la cabeza propia" y "perder una importante fuente de trabajo" –con lo cual prima el resentimiento– o a que "se enteren lo que piensan respecto de la organización".

9. De un lado están los prestadores y del otro los administradores, profundamente enfrentados y

echándose culpas respectivas.

10. La misión y visión son tomados como eslogans vacíos por los profesionales, en los pocos casos en que se llegan a formular.

11. Los trabajadores quieren llegar a fin de mes y los gerenciamientos también. La tendencia es que todos tengan objetivos numéricos.

12. Los profesionales cada vez se enorgullecen menos de su trabajo. De ser posible, reparten su actividad en varios lugares competidores (por las dudas...) y descreen de los cambios en su práctica tal como se les está imponiendo.

13. Todos saben que no podrán crecer dentro de la organización, y la mayoría piensa que ¡tampoco afuera!

14. La transformación es vista como la victimaria de los profesionales y no como un producto que éstos quieran emprender. Suelen decir que la "cosa está cada vez peor", esperan que empeore día a día y, en ocasiones, la transformación los sorprende o es reconocida abiertamente mucho después de estar en funcionamiento. De poder elegir, la mayoría preferiría volver a un estado de situación correspondiente a la época en que el trabajo privado estaba en su apogeo (Ver Tabla N° 1).

La Salud Mental no es una excepción sino que algunos de los problemas inherentes a la salud recién esbozados se agudizan en nuestro campo: **A.** Los profesionales *psis* suelen ser más combativos que los de otras especialidades –y su enfrentamiento con los empresarios es más intenso y de larga data–. **B.** Los modelos norteamericanos de tratamiento siempre fueron muy cuestionados y el *managed care* visto como una versión condensada y empeorada de un pragmatismo denostado en el ambiente *psilocal*. **C.** La ausencia casi total de parámetros objetivos e indicadores –siendo los existentes también frecuentemente cuestionados– deja a los psicoterapeutas a merced de una lógica más propia de contadores y con muy escasos elementos de justificación que estos últimos puedan comprender. **D.** La falta de criterios consensuados más allá de los pequeños grupos –y en constante discusión– torna imposible hacer frente a decisiones arbitrarias de reducción de coberturas o a presiones a los terapeutas. **E.** Las guías de tratamiento son parcialmente útiles y muchas veces están acotadas a determinados asuntos, más psiquiátricos o de psicofarmacología. **F.** La enorme cantidad de profesionales *psi* por habitante –sobre todo en Buenos Aires y sus alrededores(2)– incide desfavorablemente para jerarquizar el trabajo, para pelear por mejores retribuciones o para balancear el poder de la empresa versus el de los terapeutas(6). **G.** Éstos hacen con sus pacientes lo que saben hacer sin atender demasiado a lo que algunos trabajos van señalando que pueda ser más beneficioso hacer. **H.** El tiempo de atención de los pacientes es difícil de reducir si tenemos en cuenta que esta especialidad está muy fuertemente basada en la escucha. **I.** La asistencia en Salud Mental habría demostrado ser muy elástica(3) (es decir, que las variaciones en lo que deben abonar los pacientes tienen gran incidencia en la demanda de tratamientos y en el tiempo que éstos permanecen en los mismos). **J.** Dada esta elasticidad, los teóricos de la economía(10) asumen que aumenta el "azar moral" (es decir, que aumenta el riesgo de que quien usa el servicio no sea quien "lo ne-

Tabla Nº 1	
<i>Management ideal</i>	<i>Management en empresas de Salud</i>
<i>Se genera y existe un compromiso con los fines institucionales</i>	Falta de compromiso y desconocimiento de los fines institucionales
<i>Se adopta la calidad como una nueva filosofía</i>	La filosofía que impera es la de la supervivencia
<i>Se acaba con los procedimientos de inspección</i>	Se intenta controlar a los profesionales que sólo buscan cómo sortear las inspecciones
<i>No se guía únicamente por el precio</i>	El precio es soberano
<i>Se adopta la mejora continua y para siempre de todos los procesos de planificación y producción</i>	No hay preocupación ni por la calidad ni por ver qué se podría hacer mejor. Lo que está bien, mejor dejarlo como está
<i>Se implanta la formación en el trabajo</i>	El trabajo se rutiniza y la formación es "bajar línea"
<i>Se adopta y establece el liderazgo</i>	Los líderes están fuera de las organizaciones y abogan por combatirlas
<i>Se desecha el miedo dentro de la organización</i>	El miedo está generalizado junto con el resentimiento
<i>Se eliminan las barreras entre el personal y se trabaja en equipo</i>	Prestadores y administradores están enfrentados y se echan culpas recíprocas
<i>Se eliminan los discursos y slogans para los trabajadores</i>	La misión y la visión son tomados como meros discursos no creíbles por los profesionales
<i>Se eliminan las cuotas para los trabajadores y los objetivos numéricos para los directivos</i>	Sólo importa que cierren los números (de ambas partes)
<i>Se suprimen las barreras que impiden a la gente sentirse orgullosa por lo que hace</i>	Los profesionales cada vez se sienten menos orgullosos por lo que hacen
<i>Se establece un programa de formación y desarrollo dentro de la empresa para cada profesional</i>	Todos saben que no podrán crecer dentro de la organización
<i>Todos deben participar de las transformaciones</i>	Las transformaciones cobrarán muchas víctimas dentro de los empleados (quienes sólo querrían volver a los tiempos del trabajo privado)
<i>Se explicita el proyecto a largo plazo y se revisa periódicamente que las decisiones respeten ese proyecto</i>	No hay proyecto a largo plazo; no se explicita el que pueda existir ni se facilita que los profesionales puedan participar de su construcción
<i>Se apoya el sentido de pertenencia con signos exteriores</i>	No se preocupa por la pertenencia sino por objetivos de corto plazo y cuantitativos
<i>Los directivos mismos se ocupan de revisar periódicamente todos los sistemas de gestión del personal</i>	Se deja en manos de los técnicos (cuando existen) los temas vinculados a los miembros de la organización
<i>Se alienta la responsabilidad individual, dando toda la libertad que sea posible</i>	Se ve en la libertad individual un riesgo para la empresa
<i>Predomina la transparencia, la confianza y la ejemplaridad</i>	Las reglas son diferentes para los directivos que para los profesionales

cesita" sino quien se quiera beneficiar con el mismo) .

Atendiendo a estas particularidades, es casi imposible hallar un profesional de Salud Mental que "tenga puesta la camiseta" de la Prepara para la que trabaja, que no sospeche que los directores sólo están interesados en el dinero y no en la calidad de la asistencia, que lo único que les importa es "que les cierren los números" y que no hay ningún progreso futuro posible den-

tro de la empresa. A la compleja tarea de gerenciar las prestaciones de Salud Mental –otra tarea que acaso sea imposible– se le debe sumar que sus profesionales aún añoran el trabajo independiente y que la mejor de las condiciones laborales seguiría significando haber perdido el dominio total y absoluto de cuanto sucede en los tratamientos, renunciar a parte de los honorarios en función de que la administración "ocupe su lugar"

(con sus contadores, sus auditores y sus secretarías bien parecidas), y tener que "satisfacer" a un cliente en vez de "atender" a un paciente.

De la misma manera que los sastres vieron desaparecer sus pequeños talleres y crecer monumentales fábricas que reproducían sus trajes por millares (versiones bastardeadas de genuinas artesanías, debían pensar aquéllos), hoy proliferan tratamientos y circulan numerosos fantasmas que amenazan el trabajo artesanal del psicoterapeuta: el del paciente "prepagado"(8), el del terapeuta "adaptado a las prepagas" y el de la empresa todopoderosa que puede "poner en el *freeze*" al terapeuta y no enviarle más pacientes/clientes.

El malestar va en aumento, y éste es tanto mayor cuanto: **1.** mayor sea la proporción de dinero que la empresa paga a los terapeutas respecto del monto de la consulta (en los casos en que no hay copagos o que éstos son mínimos); **2.** mayor sea la proporción que represente lo que le paga la empresa al profesional respecto de sus ingresos totales, y **3.** menores sean las opciones laborales fuera de la empresa.

Conclusiones

Las psicoterapias dentro de las prepagas no podrán sobrevivir tal como se desarrollaban cuando era el paciente quien pagaba por su tratamiento ni tampoco podrán hacerlo en empresas que sólo tengan objetivos numéricos.

Existiendo un "tercer pagador", teniendo éste el poder de concentrar buena parte de la demanda de tratamientos de esta naturaleza y habiendo una sobreoferta de profesionales de Salud Mental necesitados de trabajo, la posibilidad de "luchar" para que las prestaciones se parezcan a los psicoanálisis de antaño son prácticamente nulas. Por otra parte, el sentimiento de perjuicio que abunda entre los psicoterapeutas que reciben su dinero de las prepagas y no de los pacientes (y por lo tanto son más fuertemente controlados en su accionar) pone en peligro de naufragar a las psicoterapias junto con las empresas.

Es justo reconocer que este resentimiento debe

contrastarse con los beneficios que trajo a los terapeutas (sobre todo en un principio) el gran caudal de pacientes que estas empresas podían aportarles. La época de buen romance existió, aunque era inevitable la crisis.

Sería esperable que los nuevos sistemas de control, vividos tan persecutoriamente por los profesionales, cedieran su lugar a una forma de gerenciamiento más inteligente. De otro modo, a corto plazo, las prestaciones de Salud Mental podrían llegar a ser un verdadero campo de batalla. Ninguna empresa puede funcionar con miembros que lo único que quieren es irse –pero que no lo hacen porque no tienen a dónde ir– que sólo pueden ver qué extraen de la empresa y cómo sortean sus controles, que desprecian el trabajo que ésta espera que realicen y que tienen la convicción de que lo único que importa para los directivos es el dinero. El gran desafío será imaginar un sistema en donde los profesionales puedan crecer dentro de la empresa, compartan los valores y la misión de ésta, puedan discutir y auditar su marcha, se sientan identificados con lo que su empresa espera que ellos hagan y se valore su capacitación permanente.

Es discutible si es o no posible el gerenciamiento de las prestaciones de Salud Mental. Las prácticas en nuestro campo están muy escasamente consensuadas, proliferan escuelas que reclaman éxitos completamente negados por quienes no pertenecen a ellas, apenas si se puede esbozar en qué consistiría un servicio de calidad (mucho menos medirlo y asegurarlo), los psicoterapeutas permiten la mirada de sus pares con mucha mayor dificultad que cualquier otra especialidad ligada a la salud y, aun si en un hipotético caso se "descubriese científicamente" cómo curar los trastornos mentales, la mayoría de sus practicantes serían singularmente reuentes a modificar sus hábitos terapéuticos. De cualquier modo, antes de poder afirmar o negar que sea posible gerenciar las prestaciones de Salud Mental, alguien tendrá que diseñar una empresa con características que hoy no existen. El problema no es que la Salud Mental está comenzando a gerenciarse sino que nadie parece poder pensar cuáles son los verdaderos obstáculos y cómo debiera hacerse si queremos intentar sortearlos ■

Referencias bibliográficas

1. Agrest, M. La psicoterapia en la era de la prestación controlada ("managed care"). *Acta psiquiátr. psicol. Am. lat.* 1997, 43(1): 10-13
2. Alonso, M. (ed.) *Psicología en las Américas*, Sociedad Interamericana de Psicología, Caracas, 1999
3. Anderson, D.; Berlant, J.; et al. *Managed Behavioral Health Care*. En *Best Practices in Medical Management*. Aspen Pub., Maryland, 1998
4. Deming, W. E. *Out of the crisis*. MIT/CAES, 1986
5. Drucker, P. Los nuevos paradigmas del management. *Revista Mercado*, Noviembre 1998: 172-192
6. Feldman, S. (ed.) *Managed Mental Health Services*. Charles C. Thomas Publisher, Illinois, 1994
7. Hamel, G. y Prahalad, C. K. *Compitiendo por el futuro*. 1994, Ed. Ariel, Buenos Aires, 1995.
8. Izrailit, D. Los nuevos escenarios de la clínica: Salud Mental y Sistemas Prepagos. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*, 2000, 11 (39): 69-75
9. Pérez-Stable, E.J. *Managed Care arrives in Latin America*. *New England Journal of Medicine*, 1999, 340: 1110-1112
10. Phelps, Ch. *Health Economics*. Addison-Wesley Pub., New York, 2º ed, 1997.
11. Sérieyx, H. *El Big Bang de las Organizaciones*, 1993, Ed. Granica, Madrid, 1994
12. Stoker, K.; Waitzkin, H.; Iriart, C. *The exportation of Managed Care to Latin America*. *New England Journal of Medicine*, 1999, 340: 1131-1136
13. Stolkner, A.; Clara, M.; et al. *Atención de la Salud Mental en el subsistema de Obras Sociales*. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*, 1997, 8 (30): 293-310

Inauguramos esta nueva Sección de Vertex con el propósito de brindar un servicio a nuestros lectores. Sabemos que el tiempo es escaso y la incommensurable red de redes (www) es una gran aventura, a veces difícil de abordar. Por eso es que a partir de este número Vertex presenta algunos sitios que resultan de interés para todos/as. El mundo no se divide solamente entre norte/sur, ricos/pobres, los que investigan o no, sino también entre aquellos quienes tienen el acceso a la información y saben discriminarla y los que simplemente son receptores acríticos.

Es nuestra intención rescatar sitios tanto en idioma castellano, como en inglés o en francés. También desarrollaremos búsquedas sobre sitios vinculados al tema del dossier de cada número de la revista

Deseamos que este sea un espacio interactivo y es por eso que invitamos a todos nuestros lectores/as a enviarnos sus sitios favoritos o sus sugerencias por correo electrónico a: civertex@hotmail.com

Journals

Archives of ...

HTTP://Harchpsyc.ama-assn.org

Una de las mas prestigiosas revistas de psiquiatría editadas en los EE.UU.; tiene la particularidad de que se puede entrar a sus páginas de manera libre y leer los artículos completos. Si lo desea puede recibir en su correo electrónico vía mail el índice de la revista.

• *Journal of Clinical Psychiatric*
http://www.psychiatrist.com

Acaba de lanzar en su sitio la versión completa de sus artículos. Si recibe esta revista sólo tiene que activar su suscripción. Puede suscribirse a la versión electrónica, exclusivamente. Su perfil clínico y la gran cantidad de dossier sobre temas específicos esponsorados por distintos laboratorios, le dan popularidad.

• *Scientific American*
http://sciam.com

Prestigiosa revista de ciencia. Esta página es especial para aquellos cuyas inquietudes vayan mas allá de la psiquiatría.

El sitio del mes

PsicoNet

http://www.psiconet.com

Es uno de los principales sitios de habla hispana dedicado al desarrollo e intercambio de contenidos sobre temáticas relativas a la Salud Mental y orientada al público profesional.

• *Psychosomatics.*

http://intl-psy.psychiatryonline.org

Una revista de la Asociación Americana de Psiquiatría presenta un período limitado de tiempo para el acceso gratuito a sus artículos originales.

Asociaciones

AAP: http://www.aap.org.ar

Es la página de la Asociación Argentina de Psiquiatras presenta links con los hospitales Borda y Moyano y con las publicaciones de la Asociación. Desde esta página se puede acceder a la ley de Salud Mental que se redactó con el asesoramiento de la Asociación.

APSA: http://www.apsa.org.ar

Es la página de la Asociación de Psiquiatras Argentinos brinda información acerca de todas las actividades llevadas a cabo por la Asociación: congresos, capítulos, publicaciones, instituto de formación.

IPA: http://www.ipa-online.org

En esta página de la *International Psychogeriatric Association* se puede encontrar abundante información acerca de la psiquiatría de la vejez; dentro de todo el material ofrecido se destacan dos espacios de inusual calidad: una sección dedicada a la evaluación de pacientes con enfermedad de Alzheimer y otra dedicada exclusivamente a los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias.

Scientific American

HTTP://www.sciam.com.

Esta página es especial para aquellos cuyas inquietudes vayan mas allá de la psiquiatría.

Usuarios

Psiquiatría.com

HTTP://www.psiquiatria.com.

Uno de los mejores portales de psiquiatría en lengua castellana; está armado por colegas españoles y da la posibilidad de realizar búsquedas en nuestro idioma. Se puede encontrar información acerca del "Segundo Congreso Virtual de Psiquiatría".

A propósito del Dossier

Género HTML

• *Foro Mundial de Salud Reproductiva*
http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/frame4

Página ideal para aquellos interesados en los estudios sobre la mujer; muy completa y en español, información acerca de temas como géénero, VIH/SIDA, aborto. También tiene links con páginas afines

Sitio de sitios

Healthlink

http://www.healthlinkusa.com

Aquí se puede encontrar información sobre cerca de 1000 de los mejores sitios de salud con actualizaciones diarias. Las distintas enfermedades son presentadas por orden alfabético. Es una fuente de consulta imprescindible para cuestiones de medicina general.

Sitios de interés general

• *Coalición de antipsiquiatría*

http://www.antipsychiatry.org/espanol.htm

Para aquellos que creían que los viejos ideales de los '60 habían desaparecido no tienen más que consultar esta "virulenta" página para sorprenderse. Una verdadera perla.

• *Ciberterapia*

http://www.cop.es/delegaci/baleares/trabajo2/ciberterapia.htm

El futuro de las intervenciones psicoterapéuticas electrónicas es todavía incierto pero según algunos especialistas en el tema la psicoterapia "on line" es ya un hecho y es de esperar que en un futuro inmediato siga expandiéndose.

lecturas y señales



LECTURAS

Peter Decalmer y Frank Glendenning (compiladores) "El maltrato a las personas mayores" Paidós, Buenos Aires, 2000. 244 págs.

Esta obra, publicada originalmente en inglés en Londres en 1993, nos llega en su traducción española con unos cuantos años de demora, probablemente en consonancia con la "demora" que en este tema tenemos en nuestra sociedad. Al respecto, vale para nosotros la cita del prólogo de María Teresa Bazo para la publicación en España: "...aparece en un momento sumamente oportuno al menos por dos razones principales: porque todavía no existen publicaciones originales en español fruto de investigaciones realizadas en nuestra sociedad, y porque alerta sobre un problema social que en España tarda más en "descubrirse" que en otros países europeos, como es el de los malos tratos a las personas ancianas".

En el primer capítulo se dan las definiciones de negligencia y maltrato a los ancianos, mostrando la falta de consenso sobre las mismas: no sólo hay disparidades con respecto a la forma de conceptualizar el fenómeno entre los diversos investigadores canadienses, australianos e ingleses sino también en la edad mínima utilizada o la ubicación en el ámbito privado de residencia y/o institucional(1); asimismo se especifican los diferentes tipos de maltrato y sus indicadores y se recalca el importante papel del médico de cabecera en la detección y planificación de programas de aten-

ción y prevención de esta problemática.

Un punto fundamental es la diferenciación que se establece respecto del maltrato infantil, enfatizando los rasgos específicos y distintivos en cuanto a que se considera a las personas mayores como individuos adultos, independientes y muchas veces es el cuidador quien se encuentra en una situación de dependencia con respecto a la víctima(2).

El segundo capítulo profundiza las definiciones ilustrando los diversos tipos (maltrato físico, psicológico, abuso material, negligencia activa y negligencia pasiva) con viñetas clínicas. También se menciona el perfil de la víctima y del abusador. Un punto de importancia es aquel que trata el maltrato institucional, en relación con las situaciones de personas particularmente vulnerables por sus dificultades para comunicarse, como los dementes o aquellos con discapacidades sensoriales.

El capítulo 3 se ocupa del maltrato a los ancianos y la ley, y el capítulo 4 aborda las perspectivas sociológicas del tema, examinando las cuestiones subyacentes al maltrato derivadas de diferentes marcos teóricos que enriquecen notablemente la comprensión del tema.

Los capítulos subsiguientes se dedican al trabajo social, con recomendaciones para recoger la información e investigar el maltrato y pautas para ayudar a compensar algunas de las deficiencias en los pacientes con enfermedad de Alzheimer cuando deben ser evaluados; otro capítulo guía al personal de enfermería en la detección de casos aportando un protocolo de evaluación, y un capítulo sobre el trabajo multidisciplinar enriquecido con ejemplos de casos clínicos(3).

Finalmente resulta fundamental el capítulo sobre las relaciones cuidador-persona dependiente, teniendo en cuenta que la dependencia es un factor elemental a la hora de tratar este tema.

Para aquellos que desean comenzar a interiorizarse en la compleja trama del maltrato a los mayores esta lectura resulta de sumo interés.

Referencias bibliográficas

1. Matusevich, D., Szulik, J., Aspectos teórico-clínicos del abuso en la vejez. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. 9, No 34:252-259, 1999.
2. Quinn, M., Tomita, S., Elder Abuse and Neglect second edition, causes diagnosis, and intervention strategies. *Springer Publishing Company*, New York, 1997.
3. Sadler, P., What helps. Elder abuse interventions and research. *Australian Social Work*, Vol. 47, No 4:27-36, 1994.

Judith Szulik

Luis Horstein, "Narcisismo. Autoestima, identidad, alteridad" Paidós, Buenos Aires, xx págs.

El libro de Horstein repasa, a lo largo de sus casi 300 páginas, distintas conceptualizaciones freudianas y postfreudianas acerca del narcisismo. El punto de partida es la necesidad, proveniente de una clínica cambiante, de revisar un concepto que ha sido significado de muy diversas maneras.

El recorrido teórico parte de la formulación de narcisismo en la obra de Freud, pero no se queda allí. Recupera también los aportes de autores como Donald Winnicott, Silvia Bleichmar, Piera Aulagnier, Heinz Kohut, Otto Kernberg, Hugo Bleichmar, Jacques Lacan, André Green y Jean Laplanche, entre otros. Es destacable la articulación entre estos distintos esque-

mas referenciales, puesta al servicio de una comprensión más profunda y enriquecedora del tema. Recurre además, con una mirada original, a conceptos provenientes de otras disciplinas, tales como el de sistemas abiertos o el de complejidad.

Las distintas secciones abordan el tema por área de problemas: las pulsiones, la tópica, las relaciones objetales, la clínica, la historización.

El trabajo de Luis Horstein es una manera fértil de responder a las demandas de la clínica contemporánea, ya que se aleja de posiciones de clausura teórica que obstaculizan la comprensión y el desarrollo psicoanalíticos.

Silvia Wikinski

Otros libros recibidos

Eduardo Kalina, "Adicciones. Aportes para la clínica y la terapéutica", Paidós, Buenos Aires, 158 págs.

Enrique Gracia Fuster – Gonzalo Muisitu Ochoa, "Psicología social de la familia", Paidós, Buenos Aires, 206 págs.

Jorge Bekerman – Pablo Amstutz "La carta robada y su introducción. En torno del Escrito Uno de J. Lacan", Russell, Buenos Aires, 112 págs.

Pablo Peusner "El sufrimiento de los niños", JVE Psiqué, Buenos Aires, 94 págs.

Martín H. Smud, "En guardia. Crónica de una residencia en Salud Mental", Letra Viva, Buenos Aires, 230 págs.

Jordi Font, "Religión, psicopatología y salud mental. Introducción a la psicología de las experiencias religiosas y de las creencias", Paidós, Barcelona, 232 págs.

Peter Decalmer – Frank Glendenning (comp.), "El maltrato a las personas mayores", Paidós, Buenos Aires, 244 págs.

Leslie S. Greenberg – Sandra C. Paivio, "Trabajar con las emociones en psicoterapia", Paidós, Buenos Aires, 392 págs.

Hugo Mayer "Adicciones: un mal de la posmodernidad", Corregidor, Buenos Aires, 190 págs.

Mabel Burin – Irene Mele, "Varones. Género y subjetividad masculina", Paidós, Buenos Aires, 370 págs.

SEÑALES

Cátedra "Salud Mental de la Mujer" *

Elena Levin

Médica psiquiatra. Profesora de "Salud Mental de la Mujer" (APSA-UBA). Presidenta del Capítulo de Salud Mental de la Mujer (APSA). Supervisora en la Carrera de Médicos especialistas en Psiquiatría, Unidad Académica (APA), Facultad de Medicina (UBA).

Una leyenda talmúdica dice así:
"de barro hizo Dios al hombre y le sopló su aliento, mujer hizo de hueso y le insufló vida. Cualquier aguacero dispersa la arcilla y apaga el aliento. La mujer es hueso duro de roer se aferra a la vida y la da..."

* Esta iniciativa docente se dicta en el Instituto Superior de Formación de Postgrado de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), que es Centro Colaborador de la OMS para Investigación y Adiestramiento en Salud Mental y Unidad Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Su director es el Dr. Roger Montenegro, el subdirector es el Dr. Juan Carlos Ferrali, Prof. Titular la Dra. Elena Levin, y cuenta como Prof. Invitados con la Dra. Aurora Pérez, la Dra. Lía Ricón y la Dra. Cecilia Sinay Millonschik.

"Ser mujer (o lo femenino) es, sin duda, un hecho cultural; pero, además es un destino biológico" (1).

La Revolución Francesa en 1789 alzó las consignas de libertad, fraternidad e igualdad, permitiéndonos vivenciar la ilusión de sentirnos copartícipes de los destinos de las naciones. Sin embargo hubo de pasar mucho tiempo antes de que la mujer pudiera intervenir en los distintos ámbitos científicos, educativos y de conducción política. En nuestro país, el voto nos fue otorgado a nosotras las mujeres en septiembre de 1947.

Habiendo recorrido un largo periplo y pudiendo hacer uso de los avances de las neuro-ciencias en este fin del siglo XX, es que hoy estamos en condición de remarcar

nuestras diferencias, de decir y sostener que somos distintas, tanto en lo que respecta al género como al sexo; o sea, en el constructo socio-cultural y en lo biológico. Comprensión que plantea la gran distancia que existe entre los aspectos biológicos y culturales del sexo.

Por un lado, los antropólogos han comprobado la existencia de un comportamiento universal femenino y masculino en las distintas culturas, si bien todas atribuyen actitudes y personalidades diferenciales a mujeres y varones. Podríamos decir que lo universal es la creencia en las bases biológicas de la masculinidad y femineidad pero no en las características que se atribuyen a uno y otro sexo ni al estilo de relaciones sociales que se establecen en ellos (2).

Para el nuevo feminismo el desafío sería demostrar que la naturaleza no encadena a los seres humanos y les fija su destino: "no se nace mujer, se llega a serlo", al decir de Simone de Beauvoir(3).

Extraño destino éste de una minoría tan mayoritaria. Sin pretender una reivindicación feminista "somos un grupo de población con características culturales y sentido de identidad que ocupa un estatus político subordinado", definición que corresponde al concepto de minoridad.

Será objeto de nuestro estudio en la Cátedra de Salud Mental de la Mujer, todo aquello relacionado a las funciones femeninas: menstruación, concepción, fertilidad, lactancia; los ciclos vitales de la mujer y ese gran interrogante que es el de comprender cómo se procesan psíquicamente nuestras diferencias biológicas.

Teniendo todo esto presente, comenzamos a revalorizar toda la riqueza inscripta en estas diferencias.

Esta primera Cátedra dictada en una Carrera de Postgrado de la Facultad de Medicina tiene diversas metas:

- Proporcionar a los cursantes conocimientos sobre psicopatología y psiquiatría de la mujer.
- Ofrecer una perspectiva integradora de aspectos históricos, sociales, culturales, psico-dinámicos y biológicos.
- Favorecer el adecuado diagnóstico y el correcto tratamiento

de los problemas del campo.

- Estimular una fuerte tendencia hacia el desarrollo de agentes de alta capacitación de prevención primaria del grupo familiar.

Esta cátedra que se dictará en la sede de la Asociación de Psiquiatras Argentinos tendrá una carga horaria de actividades teóricas de una clase semanal de dos horas de duración y un trabajo práctico (una mañana) de un taller mensual de cuatro horas con casos clínicos proporcionados por el equipo docente y por los alumnos

La evaluación será con una monografía final y un coloquio en defensa de la monografía y exposición de temas del programa a requerimiento de los docentes.

Programa de clases teóricas

- 1° clase: *La mujer en la filosofía*
- 2° clase: *La mujer y el feminismo*
- Comienzos
- Situación actual
- 3° y 4° clase: *La enfermedad en la psiquiatría clásica*
- El enfermar en la mujer
- Charcot y la histeria
- 5° y 6° clase: *Diferencia de morbilidad psiquiátrica entre géneros.*
- Aportes estadísticos
- Fundamentos teóricos desde lo biológico, familiar, sistémico.
- Psicodinámico y social.
- 7° y 8° clase: *Mujer y género.*
- 9° y 10° clase: *Síndromes específicamente femeninos y lo específicamente femenino de algunos síndromes.*

- Diagnóstico y tratamiento.
- 11° y 12° clase: *Embarazo-parto- puerperio a través de la historia.*
- Intento de una "normalidad"
- 13° clase: *Ansiedad.*
- 14° clase: *Depresión*
- 15° clase: *Esquizofrenia y bipolaridad.*
- 16° clase: *Reflexión grupal. Cierre del curso.*

Programa de talleres

1. Síndrome premenstrual
2. Abuso sexual
3. Aborto
4. Menopausia

Referencias bibliográficas

1. Sinay Millonschik, C., Cien años de soledad. Acerca de la omisión de lo femenino, *publicación interna de ApdeBA*, Buenos Aires, Junio 1997.
2. Schmukler, B., en Torcuato S. Di Tella. *Diccionario de Ciencias Sociales y Políticas*, Puntosur. Buenos Aires 1989.
3. Susana Gamba, S., en Torcuato Di Tella. *Diccionario de Ciencias Sociales y Políticas* Puntosur. Buenos Aires 1989.

Bibliografía

- Langer, M., *Maternidad y Sexo* Ed. Paidós, Buenos Aires 1976.
- Ricón, L., La mujer profesional en nuestro medio, *publicación interna APSA*, Mar del Plata, 1997.
- Levin, E., *Capítulo Salud Mental de la Mujer* Sinopsis, Bs. As., 1998.
- Fernando Ulloa "Una utopía con tónica actual" *Página 12*, Bs. As., 28/7/2000.

X Aniversario de Vertex



Apertura de la jornada a cargo de J. C. Stagnao

El 8 de julio de 2000, en el Hotel Bauen de la Ciudad de Buenos Aires **Vertex** organizó junto con la *Editorial Polemos* una Jornada científica con motivo de su décimo aniversario.

Bajo el título "El efecto mutativo de la interpretación psicoanalítica. Una investigación clínica compartida" se reunieron más de 500 participantes, entre los que se contaron colegas provenientes de Brasil, Uruguay y diversos países de Europa.

Durante la mañana se escucharon las conferencias de Graciela Brodsky, R. Horacio Etchegoyen, Eric Laurent, Jacques Alain Miller, Elizabeth Tabak de Bianchedi y Samuel Zysman, quienes presentaron en las mismas sus posiciones teóricas –ilustrándolas en algunos casos con ejemplos clínicos– sobre el tema central en discusión. El panel estuvo coordinado por el director de **Vertex** para Europa, Dominique Wintrebret.

Por la tarde se generalizó el de-



De izquierda a derecha: Eric Laurent, Elizabeth Tabak de Bianchedi, R. Horacio Etchegoyen, Dominique Wintrebert, Jacques Alain Miller, Graciela Brodsky, y Samuel Zysman durante el panel de la mañana.

bate, coordinado por Ricardo Nepomiachi y Rodolfo Moguillansky, en el que intervinieron una serie de invitados especiales entre los que se destacaron Asbed Aryan, Silvia Bleichmar, Mirta Casas de Pereda, Gabriela D'Argenton, Roberto Doria Medina Ponce, Abel Fainstein, Héctor Ferrari, Vicente Galli, Germán García, Juan Carlos Indart, Aníbal Leserre, César Merea, Carlos Moguillansky, Julio Moreno, Frida Nemirovsky, Janine Puget, Carlos Ríos, Mónica Torres y Raquel Zak de Goldstein.

El evento contó también con la presencia del Prof. Héctor Ferrari, Director del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, del Agregado de Cooperación Científica y Técnica de la Embajada de Francia, Sr. Jean Pierre Tihay y del Dr. Carlos Berger en representación de la Dirección de

Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

La Jornada realizada, que contó con el auspicio de un arco de instituciones altamente representativo del mundo psicoanalítico argentino (ver recuadro en la página siguiente), tuvo su origen hace cuatro años.

En aquella oportunidad, **Vertex** realizó una entrevista conjunta a los Dres. R. Horacio Etchegoyen y Jacques-Alain Miller, que fue publicada en nuestra revista en diciembre de 1996, y reproducida en sendas ediciones en Francia ("*Silence brisé*", Agalma/Seuil, París, 1997); España ("*Se rompe el silencio*", Eolia, Barcelona, 1997) e Italia ("*Rivista Italiana della Scuola Europea de Psicoanalisi*", N° 21, gennaio-giugno 1997).

Al cabo de la misma, los participantes estuvieron de acuerdo en que el diálogo establecido había

constituido un acontecimiento de gran interés y que las voces que habían comenzado a escucharse allí podían, y debían, multiplicarse en el futuro. El resultado de los esfuerzos organizativos posteriores culminó con el encuentro que estamos reseñando.

La fundamentación de la convocatoria de **Vertex** fue presentada en el discurso de apertura por su Director, Juan Carlos Stagnaro, en los siguientes términos:

"Muchas veces nos han preguntado sobre los motivos por los que la Redacción de una revista de psiquiatría se interesa hoy en explorar y discutir temas psicoanalíticos. Por qué pone sus esfuerzos en contribuir a tareas como la que hoy nos convoca y publica con frecuencia artículos y entrevistas que incursionan en la interfase psiquiatría/psicoanálisis. Para nuestro Comité Editorial la respuesta

VISITE NUESTRO NUEVO SITIO EN INTERNET



editorial
POLEMOS

REVISTA ARGENTINA DE PSICOANÁLISIS

VERTEX

www.editorialpolemos.com.ar

debe encontrarse en la situación actual de nuestra especialidad y, por extensión, en la del conjunto del campo de la Salud Mental.

Ante la presión del reduccionismo biológico, de las nosografías pretendidamente "a-teóricas" y la creciente influencia de factores económicos ligados a los sistemas gerenciados de salud, entre otros fenómenos contemporáneos concurrentes, el equipo de Vertex, en tanto, emergente de un inmenso número de colegas del campo de la Salud Mental, entiende que nuestra labor clínica requiere de la apoyatura teórica en una psicopatología que acoja el sufrimiento mental en sus dimensiones subjetivas, y para ello considera indispensable la referencia psicoanalítica como un pilar mayor de esa estructura.

En efecto, nuestra publicación se inscribe en el espacio conceptual de lo que se ha dado en llamar psiquiatría dinámica, y pretende acoger en sus páginas todo saber positivo emanado de la investigación científica epidemiológica, terapéutica y nosológica, siempre y cuando se inscriba en los datos de la clínica sin olvidar las consideraciones éticas que impone la dimensión humana de la locura.

Asimismo, si pensamos en nuestras prácticas como psiquiatras, rápidamente veremos que cuando sugerimos a un paciente la conveniencia de una consulta psicoanalítica, cuando abordamos en articulación con el trabajo de un psicoanalista un tratamiento bifocal, cuando encomiamos en la formación de los psiquiatras el pasaje por un tratamiento psicoanalítico, cuando escuchamos a nuestros pacientes e intervenimos con nuestra palabra, estamos obligados, más allá de nuestras preferencias teóricas, a dar cuenta del descubrimiento freudiano con todas sus consecuencias.



Ricardo Nepomiachi y Rodolfo Moguillansky coordinaron el debate de la tarde

Auspiciaron la Jornada organizada por Vertex

Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo (AAPPG)
Asociación de Epistemología del Psicoanálisis (ADEP)
Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados
Asociación Psicoanalítica Argentina (APA)
Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (AP deBA)
Asociación Psicoanalítica de Córdoba
Escuela de Orientación Lacaniana (EOL)
Sociedad Psicoanalítica de Mandoza
Sociedad Psicoanalítica del Sur

Nos alienta, entonces, la convicción de que los psicoanalistas y psiquiatras que compartimos estas preocupaciones –en un particular momento de nuestra cultura en el que vertiginosos cambios sociales generan inquietudes justificadas sobre el destino del ser humano, sus anhelos y sus sufrimientos– nos debemos un estudio cuidadoso de las premisas teóricas que sustentamos y de las prácticas que se desprenden de ellas".

Las conferencias de la mañana y el debate vespertino fueron de

una gran riqueza y sus contenidos difíciles de sintetizar en este espacio. Nos exige de ello la inminente aparición, bajo la forma de libro en *Editorial Polemos* del conjunto de lo acontecido con la desgrabación de las intervenciones de todos los participantes.

Que este encuentro haya tenido lugar el mismo año en el que celebramos el décimo aniversario de **Vertex** constituye para nosotros una feliz coincidencia en el camino que viene recorriendo nuestra publicación ■

