



VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

71



**PREJUICIO Y ESTIGMA
EN PSIQUIATRÍA**

*Bleichmar / Fantin / Gagliesi
Kaufman / Sobredo*

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

Volumen XVIII - Nº 71 Enero - Febrero 2007

VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSQUIATRÍA, VOL. XVIII N° 71, ENERO - FEBRERO 2007

71

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

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, S. Bermann, M. Cetcovich Bakmas, I. Berenstein, R. H. Etchegoyen, O. Gershnik, A. Goldchluk, M. A. Matterazzi, A. Monchablon Espinoza, R. Montenegro, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, L. M. Zieher, P. Zöpke. **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADA:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz, L. F. Ramírez. **ESPAÑA:** V. Baremblit, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, J. Pérez. **PERU:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusevich, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Fabián Triskier, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CORDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RIOS:** 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:** J. Portela. **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. Artilles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erasquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

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:
Sol Print. Aráoz de Lamadrid 1920. Buenos Aires

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XVIII N° 71, ENERO – FEBRERO 2007

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

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

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

SUMARIO

Vertex
*Revista Argentina de
Psiquiatría*

Aparición
bimestral

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

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

*Ilustración de tapa
Juan Marcos Ventura
"Sin título "
80 cm x 90 cm
óleo sobre tela
2006*

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- Alcohólicos Compulsivos y Función Serotoninérgica,
N. Szerman Bolotner, L. Peris Diaz pág. 5
- El trastorno bipolar en España: Estado funcional y
consumo de recursos según la muestra española del estudio
observacional paneuropeo EMBLEM. A. Montoya y otros pág. 13
- Prevalencia de trastornos de ansiedad en pacientes con
hipertensión arterial esencial, G. Vetere y otros pág. 20
- Endocannabinoides: la plantita interior, E. Adler pág. 26

DOSSIER

LOS NOMBRES DE LA LOCURA

NOSOGRAFIAS PSIQUIATRICAS CONTEMPORANEAS

- Prejuicio y evidencia, oposiciones y convergencias
en la psiquiatría actual, J. C. Fantin pág. 35
- De la creencia al prejuicio, S. Bleichmar pág. 42
- Sobre vocablos necesarios pero insuficientes, A. Kaufman pág. 46
- Los prejuicios, las mujeres y la psiquiatría.
Loca como tu madre, L. D. Sobredo pág. 50
- Familias venidas del ropero en psicoterapia, P. Gagliesi pág. 57

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- Prejuicio, estigma y eutanasia. El exterminio de
enfermos mentales en la Alemania nazi pág. 67

CONFRONTACIONES

- Acerca de una nueva ley en la Provincia de San Luis,
J. L. Pellegrini pág. 70

LECTURAS Y SEÑALES

- Lecturas pág. 75
- Señales pág. 76
- Índice alfabético de autores del tomo XVII pág. 79

VERTEX

71

EDITORIAL

L

as cifras de los muertos en las rutas de la Argentina han alcanzado niveles inusitados. Grupos de jóvenes, familias enteras, pasajeros de ómnibus de larga distancia, choferes profesionales, indiscriminadamente, son todos víctimas de accidentes fatales todos los días de este aciago verano. Sin contar el cortejo de heridos graves, probables discapacitados de por vida, de los costos sanitarios y de las pérdidas productivas que se agregan al saldo del siniestro balance. En búsqueda de explicaciones a tamaña carnicería humana caben múltiples hipótesis.

Una de ellas es una forma de corrupción, de irresponsabilidad o de desidia; la categoría puede ser variada según cada caso siempre que le agreguemos el calificativo criminal. Porque es así: corrupción criminal, irresponsabilidad criminal, desidia criminal, de los responsables de la supervisión y entrega de los permisos de conducir en muchísimas municipalidades del país. En efecto, en muchos lugares del interior inclusive a pocos kilómetros de la ciudad de Buenos Aires o de algunas capitales de provincias, en donde se cumplen, mal que bien, las normas para obtener el registro de conducir previo examen psicofísico (hace poco tiempo en un canal de televisión se registró con una cámara oculta, cómo se entregaba un permiso de conducir a un no vidente que se prestó a realizar el trámite) y de destreza en el manejo del vehículo. Mediando unos pesos, conociendo a algún "gestor", o simplemente haciendo el trámite, se puede conseguir, en esos distritos, la autorización legal para sentarse al volante de un automóvil o de un camión y salir a los caminos de la Argentina. Otro factor es el estado de muchas rutas por las que circulan vehículos —y esta es otra causa del desastre— que alcanzan velocidades exageradamente superiores a las que requiere el desplazamiento normal. La magnitud del fenómeno es tal que no se pueden dejar de considerar, también, las causas psicosociales implicadas en él. Porque un factor fundamental denunciado como inductor de los accidentes es el humano. ¿Qué ocurre en la mente del conductor que viaja a sabiendas de no tener la capacitación suficiente para manejar en ruta? ¿Qué en la del que lo hace luego de consumir alcohol, o después de una comilona, o sin haber dormido lo suficiente? ¿Qué en la de sus desaprensivos acompañantes que no se lo impiden? La imprudencia campea en la conducta de miles de nosotros entre los que se cosecha la lista de los que "no pensaron en las consecuencias" o "calcularon mal". Es como para reflexionar sobre este curioso rasgo antropológico de los argentinos ¿Habremos devaluado el precio de la vida a tal punto? ¿Qué entendemos por seguridad? ¿Nos habremos acostumbrado tanto a la compañía de la muerte evitable como para invitarla a partir de vacaciones? ¿Será una manifestación perversa y retrofleja de la violencia social? La psiquiatría contemporánea ha desarrollado un interés particular por un nuevo capítulo de su quehacer: los fenómenos de catástrofes. Las hay no evitables, aunque muchas veces previsibles, como las naturales; y están las otras, las que se pueden eludir con las medidas adecuadas de prevención. Lo que denunciamos, junto a muchas entidades de la sociedad civil y a los miles de espantados ciudadanos que transitan las rutas nacionales, pertenece a la segunda categoría. Se impone la toma de medidas inmediatas: educativas, campañas de concientización, legislación draconiana para los contraventores, honestidad en los agentes que tienen la responsabilidad de controlar. Ahora, no después como en Cromañón ■

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

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

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2007

*Vertex 71 / Enero – Febrero
PREJUICIO Y ESTIGMA
EN PSIQUIATRÍA*

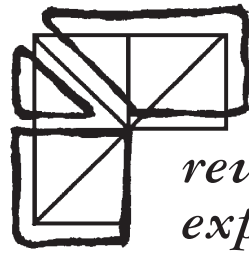
*Vertex 72 / Marzo – Abril
CALIDAD DE VIDA
EN PACIENTES
CON TRASTORNOS MENTALES*

*Vertex 73 / Mayo – Junio
EDUCACIÓN EN PSIQUIATRÍA*

*Vertex 74 / Julio – Agosto
SUEÑO/SUEÑOS*

*Vertex 75 / Septiembre – Octubre
BIOÉTICA EN PSIQUIATRÍA*

*Vertex 76 / Noviembre – Diciembre
LAS CLÍNICAS GERIÁTRICAS*



revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



Alcohólicos Compulsivos y Función Serotoninérgica

Néstor Szerman Bolotner

Médico Psiquiatra, Consulta Patología Dual, Hospital Virgen de la Torre - Madrid España - c/ General Gallegos 1, 28036 Madrid, España.
nestorszerman@wanadoo.es

Lola Peris Diaz

Médico Psiquiatra, IDN Instituto de Neurociencias, Barcelona España

Introducción

La dependencia del alcohol es un trastorno complejo y, sobre todo, multidimensional aunque, como toda conducta adictiva, es una enfermedad cerebral(17).

En los últimos años un número importante de estudios, tanto en animales de experimentación como en humanos, han aumentado nuestra comprensión de los efectos neuroquímicos del alcohol(1), permitiendo identificar los circuitos y las estructuras cerebrales involucrados en la recompensa y pérdida de control.

Resumen

Objetivo: La revisión de los diferentes subtipos de alcohólicos sobre la base de la modificación de la tipología de Jellinek, revisada por Babor, de alcohólicos gamma y delta, y la relación del primero de ellos, al que llamamos "alcohólicos compulsivos", con la función serotoninérgica, es el propósito primario de este trabajo, incluyendo en tal sentido un estudio con sertralina con dosis semejantes a las usadas en el trastorno obsesivo-compulsivo. **Método:** El estudio, abierto, prospectivo y multicéntrico, de seis meses de duración, con 91 pacientes alcohólicos (53% Gamma, 20% Delta y 27% mixtos) tratados con 200 mg de sertralina, pretende evaluar su efectividad y tolerancia en ambos subgrupos, con especial atención a los alcohólicos compulsivos. El Cuestionario sobre Componentes Obsesivo-Compulsivos de Bebida (CCOCB), la Escala de Impulsividad de Barratt, la Evaluación del Craving y, especialmente, la Impresión Clínica Global de Gravedad (ICG-G) y Mejoría (ICG-M) de la dependencia fueron las medidas empleadas. **Resultados:** ICG-G e ICG-M presentaron una mejoría estadísticamente significativa. El 76% fueron respondedores. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos Gamma y Delta. **Conclusiones:** Los pacientes Gamma mostraron una tendencia ligera a mayor mejoría respecto a los Delta, sin alcanzar significación estadística. Estos resultados podrían ser producto de un sesgo estadístico, al reclutar en la muestra pocos pacientes Delta. Revisadas las teorías neurobiológicas, futuros estudios deben intentar validar estas diferencias tipológicas de alcoholismo.

Palabras clave: Alcohólicos compulsivos – Sertralina – Función serotoninérgica – Hipótesis neurobiológicas

COMPULSIVE ALCOHOLICS AND SEROTONERGIC FUNCTION

Summary

Objective: Different alcoholism subtypes from Jellinek's modified typology reviewed by Babor of gamma and delta alcoholics and former one group (compulsive alcoholics) relationships with serotonergic function are the main purpose of this work, presenting in that sense our study with sertraline at obsessive-compulsive disorder treatment doses. **Method:** Open-label multicenter six-month study with 91 alcohol dependent patients (53% gamma, 20% delta, 27% mixed) treated with sertraline 200 mg to evaluate its effectiveness and tolerance in both subgroups, focusing specially on compulsive alcoholics. Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS), Barratt Impulsivity Scale (BIS), Craving Evaluation and Clinical Global Impression of Severity (CGI-S) and of Conclusions: Gamma patients showed a slight tendency to recovery than delta, without statistical significance. These results could reflect a statistical bias, as few delta patients were included. According to neurobiological hypotheses, future studies should try to evaluate these types of alcoholism. Improvement (CGI-I) were the measures employed. **Results:** CGI-S and CGI-I showed a statistically significant improvement. Seventy-six per cent of patients were responders. No statistically significant differences were observed between gamma and delta groups.

Key words: Compulsive alcoholics – Sertraline – Serotonergic function – Neurobiological hypotheses

Tabla 1
Datos sociodemográficos

Datos demográficos		Global	
Edad ^a		42,5±10,7	
Peso ^a		70,6±15,4	
Sexo ^b	Hombre	65	(71)
	Mujer	26	(29)
Convivencia ^b	Sólo	22	(24)
	Pareja e hijos	43	(47)
	Parientes o vecinos	24	(26)
	Residencia	2	(3)
Estado Civil ^b	Soltero	28	(31)
	Casado / en pareja	39	(44)
	Separado / Divorciado	20	(22)
	Viudo	2	(2)
Grado Escolaridad ^b	Estudio primarios	38	(43)
	Diplomaturas grado medio	18	(20)
	Estudios de comercio y otros no reglados	20	(22)
	Universitario	11	(12)
	Analfabeto	1	(1)
	Otros	1	(1)
Situación laboral ^b	En activo	41	(47)
	Baja por enfermedad	17	(20)
	Jubilado	11	(12)
	Desocupado	7	(8)
	Ama de casa	7	(8)
	Incapacidad Largo Plazo	5	(5)

La investigación neurobiológica ha permitido establecer algunas hipótesis entre los conocimientos de la clínica que nos indica una sola sustancia, el alcohol, pero diferentes tipos de sujetos bebedores, aunque todos con conductas adictivas definidas por la búsqueda de la sustancia.

Este conocimiento no impide que las tasas de recaídas sigan siendo elevadísimas, ya que cerca del 65-70% de los pacientes alcohólicos en tratamiento recaen antes del año, y la mayoría en los primeros tres meses(19), y uno de los motivos de estas recidivas es la evidente heterogeneidad del trastorno, lo que ha vuelto a centrar el interés en valorar los distintos subgrupos de bebedores.

Las polémicas sobre las clasificaciones del alcoholismo son antiguas y siguen sin estar resueltas. Trabajos recientes en clasificación psiquiátrica, genética y epidemiológica han renovado el interés en las clasificaciones dimensionales, sobre todo por sus implicaciones clínicas. En contraste con estos conocimientos, el tratamiento del alcoholismo ha sido planteado sobre la base de un modelo categorial unitario que enfatiza los aspectos comunes de los alcoholismos, lo que dificultaría la selección de los pacientes para el tratamiento farmacológico más adecuado(13).

Las más usuales y mencionadas de estas clasificaciones han sido construidas empíricamente de forma dicotómica, como la de Babor(3, 4) y Cloninger(6).

Babor y col. distinguen el tipo B. Son aquellos de comienzo precoz (antes de los 30 años) del alcoholismo, gran severidad de la dependencia, uso de otras drogas, historia de tratamiento crónico (pese a la juventud),

gran psicopatología y un pronóstico más pobre ("alcohólicos antisociales"); frente al tipo A, que son los de comienzo tardío de su alcoholismo, pocos factores infantiles de riesgo, dependencia menos severa, menos uso de otras drogas, menor grado de psicopatología y mejor respuesta al tratamiento ("alcohólicos ansiosos"). Distintos estudios han dado a esta tipología buena validez predictiva(3).

En contraste con la clasificación de Babor, Cloninger basa sus subtipos (tipo 1, tipo 2) sobre la estructura de la personalidad y la edad de comienzo, aunque existe un importante solapamiento con los subtipos definidos por Babor, entre el tipo B y el tipo 2 de alcohólicos y el tipo A con el tipo 1(24). Este último, el 1 de Cloninger, son descritos como bebedores con sentimientos de culpa asociados que puntúan alto en las dimensiones "evitación del daño" y "dependencia de la recompensa", y bajo en "búsqueda de novedades", y que presentan pérdida de control. Ya otros autores(31) habían clasificado a los alcohólicos según la edad de comienzo, relacionándola con los mecanismos neurobiológicos subyacentes.

No debemos olvidar, sin embargo, que una de las clasificaciones más populares es la de Jellineck(9), descrita en la década de los sesenta del siglo pasado, y su distinción crucial entre bebedores Gamma-Delta:

– Grupo Delta: bebedores cuya característica fundamental es su incapacidad para abstenerse; sí pueden limitar o controlar la cantidad de alcohol consumida por ocasión, pero son incapaces de abstenerse incluso por períodos cortos de tiempo. Suelen presentar síndrome de abstinencia de gravedad variable.

– Grupo Gamma: bebedores episódicos, habitualmente de fines de semana, con pérdida de control o incapacidad para detener el consumo una vez iniciado. Son sujetos muy vulnerables psicológicamente y mantienen la abstinencia entre estos "atacones" de alcohol. Han sido descritos como sujetos reticentes, depresivos, hostiles y emocionalmente inestables.

Babor(3) sugirió, respecto a esta clasificación, que la mayoría de los alcohólicos observados pertenecían a un grupo denominado "Gamma-Delta", es decir, pacientes que evolucionaban desde una forma de beber compulsiva, con pérdida de control, a otra más regular y con incapacidad de abstenerse. También que los pacientes de mejor pronóstico eran los que no se ajustaban a ninguna de estas tres características y que denominó "no Gamma, no Delta".

Jellineck, desconociendo en ese entonces las bases neurobiológicas, había atribuido las diferencias a factores culturales y psicológicos, siendo más "mediterráneos" los del grupo Delta y mas "anglosajones" los del grupo Gamma.

Tabla 2
Datos consumo y otras patologías

Duración de la dependencia del alcohol ^c		15,0 (9,0 / 20,0)	
Forma de consumo ^b	Continua	46	(52)
	Episódica	42	(48)
Circunstancias de consumo ^b	En grupo	7	(8)
	Sólo	48	(54)
	Sólo y en grupo	34	(38)
Tóxicos ^b	Bebidas alta graduación	27	(30)
	Vino	15	(16)
	Cerveza	13	(14)
	Cerveza / Vino	8	(9)
	Bebidas alta graduación / Cerveza	12	(13)
	Bebidas alta graduación / Vino	9	(9)
	Bebidas alta graduación / Vino / Cerveza	13	(14)
Otros	1	(1)	
Duración máxima del período de abstinencia (meses) ^c		5,5 (2,0 / 18,0)	
Duración del último período de abstinencia (días) ^c		25,0 (10,0 / 60,0)	
Pacientes con trastorno depresivo además de su Dependencia del alcohol^b	Sí	40	(44)
	No	51	(56)
Enfermedades médicas del paciente ^b	Sí	31	(34)
	No	60	(66)
El paciente fuma ^b	Sí	75	(82)
	No	16	(18)
El paciente consume drogas ^b	Sí	18	(20)
	No	73	(80)
<i>a Media ± Desviación estándar - b Número de sujetos (porcentaje). - c Media (P25 / P75).</i>			

Pese al evidente interés clínico de esta clasificación, no ha sido utilizada en la investigación aplicada, que al diferenciar entre subgrupos de alcohólicos ha seguido utilizando las de Babor (tipo A, tipo B) o Cloninger (tipo 1, tipo 2). Los investigadores han asimilado el grupo Gamma al tipo B de Babor, muy impulsivos, con inicio precoz y características psicopáticas.

Por el contrario, en nuestra experiencia, el grupo Gamma de Jellinek se encontraría más cercano a los grupos A de Babor y 1 de Cloninger, aunque con evidentes diferencias. Se trata de sujetos muy vulnerables psicológicamente, que mantienen la abstinencia entre estos "ataques" de alcohol y no presentan deseo por beber (*craving*), al menos de forma manifiesta, antes de entrar en contacto con el alcohol, ni tampoco síndrome de abstinencia (a diferencia del grupo Delta). Suelen salir para beber fuera de casa con la firme determinación de tomar sólo una o dos copas, pero al pasar de unos niveles variables de alcohol ya no pueden frenar el consumo, fenómeno denominado "*priming*". Suelen ser sujetos controlados, bloqueados, depresivos, emocionalmente inestables, autoagresivos y que bajo los efectos del alcohol pueden presentar heteroagresividad e impulsividad. Al finalizar estos

episodios de ingesta compulsiva (consumo egosintónico dentro del episodio), suelen presentar sentimientos de culpa, autorreproches e ideación depresiva (consumo egodistónico al finalizar éste).

Esta descripción clínica tiene quizás un correlato con los nuevos hallazgos de las neurociencias, y es que estamos comenzando a comprender que el alcohol y otras drogas ejercen su efecto más allá de los centros de placer y recompensa del cerebro medio, llegando a alterar el córtex prefrontal, región cerebral que interviene en funciones humanas tan críticas como el ajuste social, el control del humor, la conducta y la responsabilidad, donde se toman decisiones y se sopesan riesgos y beneficios(32).

Nuestra hipótesis es que estos alcohólicos compulsivos presentan una fenomenología que los aproxima a los pacientes con sintomatología obsesivo-compulsiva y a aquellos que sufren de episodios de descontrol de la ingesta (34), los cuales han sido objeto de tratamiento con fármacos serotoninérgicos con cierta eficacia probada.

Estudios preclínicos han demostrado el importante papel de las vías serotoninérgicas y, en especial, su relación con la función dopaminérgica, que media la recompensa inducida por el alcohol asociada con su

Tabla 3
Resultados

	Pacientes Grupo Gamma	Pacientes Grupo Delta	Pacientes grupo No-gamma No-delta	Pacientes grupo Gamma-Delta	P-Valor Grupo Gamma versus Grupo Delta
Puntuación ICG -gravedad dependencia (media+SD)					
Basal	4,69±0,63	4,71±0,72		5,40±0,82	
6 meses	3,09±1,17	2,57±1,34		3,53±1,45	
P-valor basal vs. 6 meses	<0,0001	0,0003		0,0006	0,1577
Puntuación ICG –mejoría dependencia (media+SD)					
6 meses	2,00±0,75	1,78±0,89	2,5±2,12	1,93±1,34	0,3821
P-valor basal vs. Sin cambios	<0,0001	0,0001	0,5000	0,0011	
Puntuación ICG -gravedad depresión (en los que tienen depresión) (media+SD)					
Basal	4,04±0,84	3,50±1,08		3,60±1,51	
6 meses	2,20±1,00	2,00±1,24		2,00±1,00	
P-valor basal vs. 6 meses	<0,0001	0,0119		0,0161	0,4819
Puntuación ICG –mejoría depresión (en los que tienen depresión) (media+SD)					
6 meses	1,61±0,66	1,83±0,98		2,25±0,95	0,5387
P-valor basal vs. Sin cambios	<0,0001	0,0029		0,0354	
Cuestionario Componente Obsesivo--Compulsivo de bebida (media+SD)					
Basal	19,61±5,35	18,60±10,09		20,40±10,42	
6 meses	6,25±4,83	4,80±5,39		4,10±3,10	
P-valor basal vs. 6 meses	<0,0001	0,0019		0,0009	0,4243
Escala Impulsividad Barratt (media+SD)					
Basal	72,48±11,40	69,12±9,20		78,25±12,22	
6 meses	68,42±9,48	67,00±9,85		70,62±7,57	
P-valor basal vs.6 meses	0,0020	0,1815		0,0305	0,7071
Craving: ¿Hubiera bebido algo de alcohol si hubiera tenido la oportunidad?					
Basal	5,72±2,91	5,39±3,31	4,10±4,10	6,03±3,56	
6 meses	2,66±2,45	2,45±2,61	0,50±0,70	2,78±2,48	
P-valor basal vs. 6 meses	<0,0001	0,0029	0,3743	0,0079	0,7914

riesgo de abuso(10). Naturalmente estos conocimientos han conducido al estudio de agentes serotoninérgicos como posible tratamiento del alcoholismo.

Ensayo con Sertralina

Así, decidimos estudiar la efectividad de un ISRS en el subgrupo de alcohólicos Gamma –en los que el consumo compulsivo de alcohol está probablemente relacionado, entre otras causas, con una disfunción serotoninérgica– con el objetivo de evaluar su respuesta frente a la de los pacientes tipo Delta, con la hipótesis de que ese subgrupo de alcohólicos compulsivos, bebedores intermitentes o de fines de semana, que presentan “*priming*”, que no presentan síndrome de abstinencia, responderían mejor que los alcohólicos que rara vez se abstienen (alcohólicos Delta), que controlan la ingesta de alcohol, presentan *craving* y beben para evitar el síndrome de abstinencia.

Entre los ISRS elegimos la sertralina por haber sido utilizado ampliamente en ensayos en alcohólicos y también en trastornos psicopatológicos que creemos de interés para nuestra hipótesis, como son el trastorno obsesivo compulsivo(12) y el trastorno por atracón (“*binge eating disorder*”)(18).

También por ser el único de los ISRS que presenta una inhibición de la recaptación de la dopamina relativamente potente, aunque sigue siendo 100 veces menor que la de la serotonina(29). Se ha demostrado que la sertralina inhibe la recaptación de dopamina *in vitro* con un tercio de la potencia de la d-anfetamina y, asimismo, que tiene potentes afinidades por el transportador de dopamina en humanos; estas propiedades dopaminérgicas hacen de ella una molécula apropiada para tratar una patología como la conducta adictiva, donde existe una disfunción del sistema dopaminérgico, lo que le confiere en este sentido una relevancia especial en trastornos como los hasta ahora referidos. También ofrece la ventaja de ser un fármaco bien tolerado en estos pacientes alcohólicos, no tener metabolitos activos y tener un impacto muy modesto sobre las enzimas hepáticas(7).

Método

Estudio abierto, prospectivo y multicéntrico para evaluar la efectividad y tolerabilidad de sertralina en un subgrupo de pacientes alcohólicos compulsivos (que lla-

mamos tipo Gamma) durante 6 meses de seguimiento.

Se incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años (ver Tabla 1), que cumplieran diagnósticos de abuso-dependencia de alcohol (ver Tabla 2) de acuerdo con criterios DSM-IV, en los que estuviera indicado el tratamiento con sertralina a juicio del investigador. Fueron reclutados en unidades hospitalarias y consultas ambulatorias de Psiquiatría, así como en dispositivos específicos para el tratamiento de dependencias. Los pacientes fueron informados del objetivo del estudio y el carácter voluntario de su participación, obteniéndose el consentimiento informado verbal para su inclusión.

Se clasificaron de acuerdo con la clasificación de Jellinek y Babor, modificada, que distingue entre bebedores del Grupo Delta, Grupo Gamma, Grupo Gamma-Delta y Grupo no Gamma-no Delta, tal como se expuso anteriormente. En ese sentido se establecieron dos grupos de comparación entre los del Grupo Gamma y los del Grupo Delta.

Aquellos con un valor de bilirrubina = bilirrubina directa x 3 y los que siguieran tratamiento con anticonvulsivantes, antipsicóticos o naltrexona fueron excluidos del estudio; igualmente quedaron excluidos quienes tuvieran patología orgánica grave, psicosis, hipersensibilidad a la sertralina y aquellos en los que el tratamiento con esta molécula estuviera contraindicado según lo establece la ficha técnica.

Todos los pacientes recibieron durante la primera semana una dosis inicial de sertralina de 25 mg/día, incrementada a 50 mg/día en la segunda semana. Posteriormente la dosis diaria se siguió incrementando de 50 en 50 mg. cada semana hasta alcanzar una dosis máxima de 200 mg/día en el primer mes.

La aplicación de las escalas de evaluación y los controles se realizaron de forma basal y, posteriormente, al mes, tres, y seis meses.

Como medida principal de la efectividad clínica de sertralina se utilizó el cambio en la puntuación en la visita final con respecto a la basal en la Escala de Impresión Clínica Global (ICG) de gravedad y mejoría para la dependencia de alcohol y el Cuestionario sobre Componentes Obsesivos Compulsivos de Bebida (CCOCB). Otras medidas utilizadas en las visitas basal y final fueron el Test de Hamilton para la Depresión (HAM-D), la Escala de Impresión Clínica Global (ICG) de gravedad y mejoría para trastornos depresivos asociados y la Escala de Impulsividad de Barratt, así como una Escala analógica para la evaluación del *craving* (todas las visitas). También se registraron las medicaciones concomitantes así como los acontecimientos adversos mediante la comunicación espontánea de los pacientes o tras una pregunta abierta al respecto formulada por el investigador.

Resultados

La población analizada fue restringida a los pacientes que completaron el período de tratamiento (o si no lo completaron al menos cumplieron con los criterios de eficacia), tuvieron adecuadamente cumplimentados

los parámetros de eficacia en las fechas prefijadas y en condiciones apropiadas y no cometieron violaciones fundamentales del protocolo. Se realizó un análisis estadístico descriptivo, incluyendo medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, y frecuencias absoluta y relativa para las categóricas. El *time-point* para el análisis de eficacia es el final del tratamiento. Se aplicó la regla "Last-Observation-Carried-Forward" (LOCF) de tal forma que el valor seleccionado como valor *end-point* para el análisis es el último dato no perdido en la ventana de visitas. Se utilizó la prueba de la t de Student para datos apareados con la finalidad de contrastar la evolución de los pacientes a lo largo de las diferentes visitas de seguimiento, y se utilizó la t de Student para datos independientes con la finalidad de contrastar diferencias en la evolución entre los grupos Gamma y Delta.

Los pacientes en estudio (ver tabla 3) fueron 65 hombres y 26 mujeres, con una edad media de 42,5 años y una duración media de Dependencia al alcohol de 15 años; grave en algo más de la mitad de ellos (52%), moderada en un 41% y leve en un 7%. Se debe destacar que un 53% de los pacientes pertenecían al grupo Gamma, un 20% al Delta, 24% Gamma-Delta y 2% no Gamma-no Delta. Por otro lado, además de su dependencia al alcohol, un 44% presentaban un trastorno depresivo comórbido. En un 34% existía también patología médica asociada

En las tablas 1 y 2 se recogen con más detalle los datos sociodemográficos y los de dependencia al alcohol, respectivamente.

Se produjeron 36 abandonos, 13 en el primer mes, 9 en el tercero y 11 en el sexto. Las causas más frecuentes fueron pérdida de seguimiento(17), abandono voluntario(12), enfermedades intercurrentes(2), mala cumplimiento(1), mala tolerancia(1) y otras causas(3).

En cuanto a la evolución clínica general de los resultados en las escalas utilizadas:

- La ICG de Gravedad de la Dependencia presentó una mejoría estadísticamente significativa (p-valor <0.0001) de la puntuación, pasando de un 4,8+/-0,7 (valor que se situaría entre las categorías de "moderadamente enfermo" y "notablemente enfermo") a un 3,1+/-1,1 en la visita final (valor que equivale aproximadamente a la categoría "ligeramente enfermo"); no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos Gamma y Delta. Y en la ICG de Mejoría de la Dependencia se registró una puntuación media final igual a 1,9+/-0,9 (valor que se situaría aproximadamente en la categoría "Bastante mejor"), que es estadísticamente significativo (p-valor<0.0001) respecto del valor 4 (equivalente a "Sin Cambios"); el 76% de los pacientes fueron respondedores (siendo respondedor aquellos pacientes que puntuaron 1 ó 2 en la ICG - Mejoría).

-En la Escala Obsesivo Compulsiva de Bebida se apreció una mejoría significativa (p-valor<0.0001) de la puntuación, pasando de un 19,4+/-7,6 en la visita basal a un 5,5+/-4,7 en la visita final; por subescalas, la subescala obsesiva pasó de un 8,4+/-4,4 inicial a un 2,7+/-2,4; mientras que en la subescala compulsiva la puntuación

osciló entre un 11,0+/-3,7 en la visita basal a un 2,8+/-2,6 al sexto mes, siendo en ambas subescalas el valor: $p < 0,001$. También en la valoración del *craving* se aprecia una mejoría significativa (p -valor $< 0,0001$) de la puntuación, pasando de un 5,7+/-3,1 en la visita inicial a un 2,6+/-2,4 en la visita final. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos Gamma y Delta en ninguna de las dos escalas.

– La Escala de Impulsividad de Barratt también mostró una mejoría significativa (p -valor $< 0,0001$) de la puntuación, pasando de un 73,8+/-12,1 en la visita basal a un 68,6+/-8,9 en la visita final. No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre las evoluciones de los grupos Gamma y Delta.

– La Escala de Hamilton para la Depresión mostró igualmente una mejoría significativa para los 48 pacientes que la presentaban, pasando de una puntuación de 13,9+/-7,4 en la visita basal a 5,3+/-4,1 al mes 6

– En la ICG de Gravedad de la Depresión se aprecia una mejoría estadísticamente significativa (p -valor $< 0,0001$) de la puntuación, pasando de un 3,8+/-0,9 (valor que se situaría aproximadamente en la categoría de "moderadamente enfermo") a un 2,1+/-1,0 en la visita final (valor que se situaría aproximadamente en la categoría "en el límite de la enfermedad"). En cuanto a la ICG-Mejoría de la Depresión se registró una puntuación media final igual a 1,7+/-0,8 (valor que se situaría entre las categorías "bastante mejor" y "mucho mejor"), que es estadísticamente significativo (p -valor $< 0,0001$) respecto del valor 4 (equivalente a "sin cambios"); el 81% de los pacientes fueron respondedores (siendo respondedor aquellos pacientes que puntuaron 1 ó 2 en la ICG - Mejoría).

Más en concreto en cuanto a los resultados evolutivos por grupos, recogidos en la tabla 3, se debe destacar que, pese a lo esperado por los investigadores, la mejoría se produjo por igual en ambos subtipos de alcohólicos, tanto gamma como delta.

Un total de 18 pacientes (19,8%) experimentaron eventos adversos. Destacaron por una mayor frecuencia: temblor 3 pacientes (3,3%), cansancio 2 (2,2%), diarrea 2 (2,2%), eyaculación precoz 2 (2,2%), malestar abdominal 2 (2,2%), malestar gástrico 2 (2,2%), ansiedad 2 (2,2%). En 3 de los eventos adversos se consideró, por parte de los investigadores, que la relación con el tratamiento antidepressivo era segura: ansiedad (2 casos), cansancio (1 caso); en 7 se consideró que la relación era probable: dificultad en la eyaculación (2 casos), disminución de la libido (1 caso), diarrea (1 caso), dolor abdominal (1 caso), malestar gástrico (1 caso), gastralgia (1 caso). La intensidad fue importante en 3 de los eventos adversos referidos: ansiedad (2 casos), dificultades en la eyaculación (1 caso), pero no se produjeron eventos de intensidad grave.

Discusión

Los resultados indican una tendencia ligera a mayor mejoría en pacientes Gamma versus Delta, aunque sin alcanzar significación estadística, lo cual podría deberse a que o bien la sertralina mejora la evolución en ambos subgrupos –lo cual la investigación previa en ensayos controlados ha demostrado que no es así– o, lo que resultaría más probable, que estos datos podrían ser pro-

ducto de un sesgo estadístico, al reclutar en la muestra muy pocos pacientes Delta. El estudio multicéntrico se realizó mayoritariamente en dispositivos psiquiátricos y de forma muy minoritaria en dispositivos de drogas, con la consigna de los investigadores de incluir a los pacientes alcohólicos que aceptaran entrar en el ensayo, sin discriminar por patología. Para nuestra sorpresa eso provocó reclutar más pacientes Gamma, que acuden más a centros de salud mental y presentan más patología psiquiátrica que los pacientes Delta (el alcohólico típico) que demandan ayuda en centros para alcohólicos.

Otro dato controvertido es que el grupo "no Gamma-no Delta" fue minoritario, a diferencia de los hallazgos de Babor que lo encontró el más numeroso. Y también lo fue el hallazgo de que en el 52% la dependencia era continua, como suele ser habitual en los alcohólicos Delta pero no en los Gamma. En cambio, la alta comorbilidad con depresión apoyaría los buenos resultados obtenidos con la sertralina.

La impulsividad basal medida con la escala de Barratt fue similar en ambos grupos y la evolución mostró una mejoría leve en ambos, con significación estadística.

Desde una perspectiva neurobiológica se ha intentado conceptualizar estos diferentes subtipos de dependencia alcohólica y diversos autores han publicado trabajos al respecto. Modell(20) planteó que esta pérdida de control se debería a una disfunción del circuito fronto-estriado-pálido-tálamo-frontal semejante a la que subyace en el trastorno obsesivo-compulsivo cuando estos sujetos se enfrentan a ideas obsesivas, pensamientos, impulsos o imágenes que les llevan a conductas compulsivas. Esta fenomenología recuerda a la que sufren estos alcohólicos compulsivos, que luchan firmemente por no beber. Cuando no lo consiguen se entregan a su conducta compulsiva (sin oponer resistencia), pierden el control de los impulsos, aparecen conductas destructivas, que se siguen de culpas y reproches. Este autor localiza en dos circuitos relacionados estos trastornos psicopatológicos: un componente impulsivo, basado en el circuito órbitotálamico, y un componente de control o inhibitorio, basado en el circuito formado por los ganglios de la base, el estriado y la región límbica (núcleo accumbens y caudado ventromedial y pálido ventral). Modell sugiere que este componente de control sería disfuncional (la serotonina tendría un efecto inhibitorio sobre la corteza y el circuito estriado-núcleo accumbens), de forma hereditaria, en estos pacientes alcohólicos.

Otro autor, Anton(2), afirma que existen elementos racionales para considerar algunos aspectos del *craving* vinculados a características obsesivo-compulsivas, en cuanto existencia de una superposición neuroanatómica entre ambos.

Volpicelli(33) introduce el concepto de "priming" para referirse al deseo en ocasiones irrefrenable que sufren estos sujetos, que cuando prueban el alcohol ya no pueden parar. El mecanismo sugerido hace referencia al papel mediador de los opioides puestos en marcha por el etanol, que provocarán la liberación de dopamina en el núcleo accumbens

Oldham(23) por su parte señala que la disfunción serotoninérgica podría explicar la dificultad para controlar el deseo por el alcohol.

Rubio y col(28) afirman que esta pérdida de control está relacionada con el condicionamiento de los fenó-

menos reforzantes de tipo cultural (patrón de bebida anglosajón) y que el sustrato neurobiológico es la vía mesotelencefálica dopaminérgica (el núcleo accumbens y el área tegmental ventral) y el neurotransmisor responsable la dopamina, en cuyo proceso de liberación intervienen los opioides endógenos.

Es evidente que las propiedades reforzantes del etanol, al igual que todas las sustancias adictivas, están mediadas por la neurotransmisión dopaminérgica del núcleo accumbens, núcleo que recibe no sólo inervación dopaminérgica desde el área tegmental ventral, sino también serotoninérgica desde los núcleos del rafe dorsal. Y evidencias conductuales, farmacológicas y bioquímicas sugieren que la serotonina puede modular la actividad de las células dopaminérgicas(35).

Robinson and Berridge(27) afirman que "la preeminencia del incentivo (*Incentive salience*) es un proceso psicológico que transforma la percepción de estímulos dándoles relevancia, haciéndolos atractivos, deseados, en definitiva, incentivados. En algunos individuos el uso repetido de drogas adictivas produce neuroadaptaciones del sistema neural haciéndolo hipersensible, quizás de forma permanente, a las drogas y los estímulos asociados. La sensitización del sistema dopaminérgico provoca una preeminencia excesiva al incentivo, que transforma el "querer" ordinario o normal en un deseo excesivo (*craving*)".

Habría que preguntarse quizá si estos pacientes no podrían asimilarse a los del tipo Gamma, como se definió anteriormente. De hecho, se ha valorado la densidad de receptores dopaminérgicos D2 en el estriado y en el cortex según la tipología alcohólica. Un estudio(30) que valora la tipología de Cloninger, encuentra que el tipo 1 (*binge drinkers*) tenía un 18-35% menor densidad de receptores D2 en todas las áreas corticales comparados con los controles, lo que podría aportar una evidencia de que presentan un déficit dopaminérgico previo.

Sin embargo, el sistema serotoninérgico y los ISRS son indudablemente los más estudiados en relación con la dependencia al alcohol, aunque la mayoría de los datos disponibles sugieren que su eficacia es al menos limitada en reducir el consumo de alcohol en sujetos no depresivos(14). La relación precisa entre función serotoninérgica y dependencia del alcohol no resulta suficientemente aclarada en cuanto a su acción sobre el *craving*, la reducción de los afectos negativos, la impulsividad y otras variables de este complejo trastorno(21).

Según nuestro conocimiento existen cuatro ensayos aleatorizados con ISRS que han investigado el consumo de alcohol en diferentes subtipos de alcoholismo. Dos estudios examinan la tipología de Cloninger con sus tipos: 1 (comienzo tardío) y 2 (comienzo precoz y mayor impulsividad). En el primero de ellos Irwin et al(8) no encuentran resultados significativos respecto al consumo, mientras que en el segundo, más reciente, Chick et al(5) valoran la administración de 300 mg de fluvoxamina en ambos tipos y, aunque tampoco hay resultados positivos significativos, si encuentran una peor evolución en el consumo de etanol para el tipo 2.

Los otros dos estudios examinan la tipología de Babor ya referida. En el primero de ellos Kranzler et al(15) evalúan el consumo de alcohol en pacientes que respondían a los tipos B (mayor gravedad y comienzo precoz) y A (comienzo tardío), que fueron tratados con 60

mg al día de fluoxetina o placebo durante 12 semanas. Pese a su expectativa, los alcohólicos tipo B bebieron más que los tratados con placebo (igual que los alcohólicos tipo 2 de Cloninger en el anterior estudio mencionado) y, por el contrario, los tipo A tuvieron una tendencia a beber menos frente a placebo, aunque sin alcanzar significación estadística.

Pettinati et al(25) intentan replicar el anterior estudio en otro ensayo controlado usando 200 mg de sertralina frente a placebo en una muestra de 100 pacientes, y el estudio confirma que los alcohólicos tipo B bebieron más que los tratados con placebo, pero los alcohólicos tipo A tuvieron un 64% de abstinencia frente al 10% de los tratados con placebo durante las 14 semanas que duró el tratamiento.

En conjunto, los últimos tres estudios indican que los ISRS no resultan de utilidad en los alcohólicos tipo B (o 2 de Cloninger), en los cuales se pensó que podrían tener mayor utilidad por su probable disfunción serotoninérgica(16) y, en cambio, podrían ser útiles en ciertos subgrupos de alcohólicos de "menor gravedad" según lo define Babor. Estos resultados fueron opuestos a las hipótesis previas que especularon que estos alcohólicos de comienzo precoz, mas "psicopáticos", más impulsivos y con una menor capacidad de sintetizar serotonina (5-HT), lo que daría lugar a un aumento adaptativo (*up-regulation*) de los receptores de serotonina 5-HT₂, serían más sensibles a los agonistas serotoninérgicos. De hecho mejoran con un antagonista del receptor de serotonina 5HT₃, el ondansetrón(11). La explicación para Chick et al(5) podría ser que la impulsividad de estos pacientes de comienzo precoz se agravaría por el aumento de disponibilidad de serotonina, mientras que según Pettinati(26), estaría en que en los subtipos alcohólicos respondedores un circuito serotoninérgico singular se altera y los ISRS pueden restaurar algún balance, mientras que en los no respondedores la alteración de múltiples sistemas serotoninérgicos podrían agravar antes que mejorar la disfunción 5HT. En estos últimos, alcohólicos "antisociales", esta disfunción postsináptica de la función serotoninérgica podría ser premórbida y quizás también distinta a las presentes en localizaciones presinápticas(22).

Conclusiones

De todas las certezas y dudas que aporta la investigación faltaba, a nuestro entender, el papel que pueden desempeñar los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en este grupo de alcohólicos compulsivos que denominamos tipo Gamma, si son tratados a semejanza de los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo. Es decir, con dosis elevadas de estos fármacos durante un tiempo suficiente, de al menos seis meses, para valorar sus efectos. En definitiva, compartimos la opinión de la mayoría de los investigadores de que los ISRS (quizá en especial la sertralina), tienen un papel, aunque no exclusivo, en el tratamiento de subtipos de alcohólicos como es el caso de los denominados compulsivos.

Futuros estudios deberían intentar validar la diferencia entre estos subtipos de alcoholismo, cuyo no reconocimiento se remonta a las hipótesis sociogenéticas y

de alcoholismo primario frente a los avances de las neurociencias, que ponen de manifiesto mecanismos biológicos comunes para conductas adictivas y otros trastornos, situación clínica que se denomina patología dual.

El desarrollo de paradigmas clínicos que puedan predecir la utilidad previa de agentes farmacológicos será crítico para los resultados, lo que permitiría diseñar estudios con dianas farmacológicas más precisas ■

Referencias bibliográficas

1. Antón RF. Neurobehavioral basis for the pharmacotherapy of alcoholism: current and future directions. *Alcohol & Alcoholism*, 1996, vol 31, suppl1,43-53.
2. Anton RF. Obsessive compulsive aspects of craving: development of the obsessive compulsive drinking scale. *Addiction* 2000, suppl.2: 5, 211-217.
3. Babor TF, Dolinsky ZS, Meyer RE, Hesselbrock M, Hofmann M, tennen H. Types of alcoholics: concurrent and predictive validity of some common classification schemes. *Br. J. Addict* 1992,87,1415-1431.
4. Babor TF, Dolinsky ZS, Rousanville B, Jaffe J. Unitary versus multidimensional models of alcoholism treatment outcome: an empirical study *J. Stud Alcohol* 1988, 49,167-177.
5. Chick J., Aschauer H, Hornik K., Investigators' Group. Efficacy of fluvoxamine in preventing relapse in alcohol dependence : a one year, double-blind, placebo-controlled multicentre study with analysis by typology. *Drug Alcohol Depend.* 2004 apr 9, 74(1):61-70).
6. Cloninger CR. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholics. *Science*, 1987, 236, 410-416.
7. Gual A, Balcells M, Torres M, Madrigal M, Diez T, Serrano L. Sertraline for the prevention of relapse in detoxicated alcohol dependent patients with a comorbid depressive disorder: a randomized controlled trial. *Alcohol & Alcoholism* 2003, 38, 6, 619-625.
8. Irwin M, Schuckit M, Smith TL. Clinical importance of age at onset in type 1 and type 2 primary alcoholics. *Arch. Gen. Psychiatry* 1990, 47, 320-324.
9. Jellinek EM. *The disease concept of alcoholism*. New Haven, CI College and University Press, 1960.
10. Johnson BA. Role of the serotonergic system in the neurobiology of alcoholism: implications for the treatment. *CNS Drugs* 2004, 18 (15):1105-18.
11. Johnson BA, Roache JD, Javors MA, Diclemente CC, Cloninger CR, Prihoda TJ et al Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients *JAMA* 2000; 284: 963-971.
12. Koran LM, Hackett E, Rubin A, Volkow R, Robinson D. Efficacy of sertraline in the long-term treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J. Psychiatry* 2002, 159, 88-95
13. Kranzler HR, Anton RF. Implications of recent neuropsychopharmacologic research for understanding the etiology and development of alcoholism. *J.Consult Clin Psychol.* 1994, 62, 1116-1126
14. Kranzler HR. Pharmacotherapy of alcoholism: gaps in knowledge and opportunities for research. *Alcohol and Alcoholism* 2000, 35, 537-547
15. Kranzler HR, Bureson JA, Brown J, Babor TF Fluoxetine treatment seems to reduce the beneficial effects of cognitive-behavioural therapy in type B alcoholics *Alcohol Clin Exp Res* 1996, 20, 1534-1541
16. Lee MA, Meltzer HY. Neuroendocrine responses to serotonergic agents in alcoholics *Biol. Psychiatry* 1991,30, 1017-1030.
17. Leshner AI. Addiction is a brain disease and it matters. Focus: *Substance related disorders*, 2003, I (2):190-193.
18. Mc Elroy S, Casuto LS, Nelson EB, Lake KA, Soutullo CA, keck PE Jr. et al. Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of Binge Eating Disorder. *Am J Psychiatry* 2000, 157, 1004-1006.
19. Miller WR, Walters ST, Bennett ME. How effective is alcoholism treatment in the United States? *J. Stud. Alcohol* 2001, 62, 211-220
20. Modell JG, Mountz JM, Beresford TP. Basal ganglia/limbic striatal and thalamo-cortical involvement in craving and loss of control in alcoholism. *The J. of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences.*1990,2,123-144
21. Naranjo CA, Knoke DM. The role of serotonin reuptake inhibitors in reducing alcohol consumption. *J. Clin Psychiatry* 2001, 62 (suppl 20),18-25
22. Naranjo CA, Chu AY, Tremblay LK. *Neurodesarrollo y vulnerabilidad a la dependencia del alcohol: disfunción serotoninérgica y dopaminérgica central*, Patología Dual, editores Palomo T, Beninger RJ, Jiménez Arriero MA, Huertas E. Editorial CYM, Madrid 2004
23. Oldham JM. Personality Disorders: Current perspectives. *J. of American Medical Association* 1994, 272, 1770-1776
24. Pettinati HM. Use of serotonin selective pharmacotherapy in the treatment of alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 1996,20,23A-29A.
25. Pettinati HM, Volpicelli JR, Kranzler HR, Luck G, Rukstalis MR, Cnaan A Sertraline treatment for alcohol dependence: interactive effects of medication and subtype. *Alcohol Clin Exp Res* 2000, 24, 1041-1049.
26. Pettinati HM. The use of selective serotonin reuptake inhibitors in treating alcoholic subtypes *J. Clin. Psychiatry* 2001, 62 (suppl 20), 26-31.
27. Robinson TE, Berridge KC. Incentive-sensitization and addiction. *Addiction* 2001, 96(1):103-114.
28. Rubio G, Ponce G, Jiménez MA, Santo-Domingo J. Significación de la pérdida de control en la dependencia alcohólica, en *Trastornos Adictivos*, editores : Palomo T, Beninger RJ, Jiménez Arriero MA, Archer T, editorial Síntesis, Madrid 2001
29. Stahl SM. *Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Applications*. Cambridge University Press, Cambridge 2000, p 256.
30. Tupala E, Hall H, Halonen P, Tiihonen J. Cortical D2 receptors in Type 1 and 2 Alcoholics. Poster, *APA 157 Annual Meeting*, New York 2004.
31. Virkkunen M, Linnoila M. Serotonin in early onset male alcoholics with violent behavior. *Ann.Med.*1990, 22, 327-331
32. Volkow N. The addicted brain. Why such poor decisions?. *NIDA Notes* 1999, 14: 1
33. Volpicelli JR, Davis MA, Olguin JE. Naltrexone blocks the post-shock increase of ethanol consumption. *Life of Sciences* 1986, 38, 841-847.
34. Wang GJ, Volkow ND, Logan J et al. Brain dopamine and obesity. *Lancet* 2001, 9, 357 (9271): 1883.
35. Yashimoto K, McBride WJ, Lumeng L, Li TK Ethanol enhances the release of dopamine and serotonin in the nucleus accumbens of HAD and LAD lines of rats. *Alcohol Clin Exp Res* 1992, 16, 781-785.

El trastorno bipolar en España: Estado funcional y consumo de recursos según la muestra española del estudio observacional paneuropeo EMBLEM

Alonso Montoya, Inmaculada Gilaberte, Maria Costi

Laboratorios Lilly. España - Av. De la Industria 30, 28108 Alcobendas, Madrid, España - Email: montoya_alonso@lilly.com Tel: 34 91 623-3640

Jesús Pérez Sánchez-Toledo

Cambridgeshire and Peterborough mental health NHS partnership trust. - Department of Psychiatry. University of Cambridge. U.K.

Ana González-Pinto

Servicio de Psiquiatria. Hospital Santiago Apostol, Vitoria, Red de Enfermedades Mentales (REM-TAP)

Josep M^a Haro

Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental, Sant Boi, Barcelona, Red de Enfermedades Mentales (REM-TAP)

Mercè Comes

Hospital Clinic, Universitat de Barcelona.

Eduard Vieta

Hospital Clinic, Universitat de Barcelona. Red de Enfermedades Mentales (REM-TAP)

Resumen

Fundamento: Existen pocos datos respecto a la adaptación social y laboral de los pacientes con trastorno bipolar en España, y todavía menos del consumo de recursos que éstos generan. **Objetivo:** Determinar, a través de la muestra española de pacientes bipolares en fase maníaca o mixta del estudio paneuropeo EMBLEM, el estado funcional y el consumo de recursos de estos pacientes. **Método:** El estudio EMBLEM reclutó 3536 pacientes, 312 de los cuáles (8.82%) fueron incluidos en España. Los pacientes tenían que ser adultos con diagnóstico de trastorno bipolar que iniciaran tratamiento para una fase maníaca. Se les evaluó con las versiones españolas de escalas para la gravedad de la manía (Escala de Young), del trastorno bipolar (CGI-BP) y de la depresión (versión nuclear de la escala de Hamilton), y para la evaluación funcional se utilizaron el Life Chart Method (LCM) y 2 ítems de la SLICE of LIFE. Se recogió información sobre utilización de recursos sanitarios en el año previo. **Resultados:** El 63 % de los pacientes mostró dificultades de moderadas a absolutas para trabajar en el año previo a su episodio maníaco. Un 40 % de los pacientes incumplía total o parcialmente el tratamiento prescrito. Los pacientes requirieron un promedio 1,5 hospitalizaciones en el año previo a su inclusión, con una estancia media de alrededor de 10 días, y entre 7 y 8 visitas ambulatorias anuales. **Conclusiones:** Los pacientes bipolares sufren graves disfunciones sociales y laborales, y comportan un elevado consumo de recursos sanitarios. Son necesarios programas especializados para mejorar el cumplimiento terapéutico y la adaptación psicosocial de las personas que sufren trastorno bipolar en España.

Palabras clave: Trastorno bipolar – Funcionalidad – Manía – Consumo recursos

BIOLAR DISORDER IN SPAIN: FUNCTIONAL STATUS AND RESOURCE USE ON THE BASIS OF THE SPANISH SAMPLE OF THE OBSERVATIONAL, PAN-EUROPEAN EMBLEM STUDY

Summary

Rationale: There are very few data as to the social and occupational adaptation of patients with bipolar disorder in Spain and even less is known about the resource use they generate. **Objective:** To determine the functional status and healthcare resource use of the Spanish sample of the pan-European EMBLEM (European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication) study of bipolar patients in manic or mixed phase. **Method:** The EMBLEM study recruited 3536 patients, 312 of whom (8.82%) were enrolled in Spain. Patients had to be adults with a diagnosis of bipolar disorder who were initiating at the discretion of their treating psychiatrist oral treatment for an acute manic phase. They were evaluated using the Spanish versions of rating scales for the severity of mania (Young Mania Rating Scale), bipolar disorder (CGI-BD) for mania, depression and hallucinations/delusions, and depression (HAMD-5 item version of the Hamilton Scale); the Life Chart Method (LCM) and 2 items of the SLICE of LIFE were used to evaluate functioning. Information was collected on healthcare resource utilization during the preceding year. **Results:** Sixty-three percent of the patients presented with moderate to very severe work-related difficulties in the year preceding his/ her manic episode. Forty percent of the patients failed to comply either totally or partly with their prescribed treatment. Subjects required an average of 1.5 hospitalizations during the year prior to enrollment, with a mean stay of approximately 10 days, and between 7 and 8 outpatient visits per year. **Conclusions:** Bipolar patients suffer serious social and occupational dysfunction and generate a high degree of healthcare resource utilization. Specialized programs are needed to improve treatment compliance and the psychosocial adaptation of people suffering from bipolar disorder in Spain.

Key words: Bipolar disorder – Functionality – Resource use

Introducción

La clásica descripción psicopatológica que considera al trastorno bipolar como una unidad nosológica independiente(1, 20), con evolución fásica(9) y mejor perspectiva evolutiva en comparación a la *Daementia Praecox*(14), pudo, involuntariamente, pasar por alto la repercusión que el trastorno puede tener en las exigencias derivadas de un mundo en continua expansión y cargado de dificultades, incluso para aquellos que son considerados "normales" desde la perspectiva psiquiátrica.

Al contrario de la esquizofrenia en la cual el deterioro cognitivo ha inducido una creciente preocupación por el funcionamiento y la calidad de vida de estos pacientes, en el trastorno bipolar este ámbito ha quedado históricamente minusvalorado, bien porque no se entendía el defecto cognitivo en esta entidad, bien porque se consideraba mínimo para provocar incapacitación(17). Solo recientemente ha sido señalado que aunque un porcentaje importante de los pacientes bipolares consigue una mejoría sindrómica, en su recuperación sintomática y funcional los porcentajes son mucho menores(22).

Aunque las habilidades cognitivas y la función ejecutiva se hallan íntimamente relacionadas con el funcionamiento global(19), en el trastorno bipolar dicho funcionamiento, no depende únicamente de esos elementos, quizá no tan afectados como en el grupo de las Esquizofrenias(13). La sintomatología afectiva y/o somática, la estigmatización inherente a la patología mental, la alta comorbilidad de este trastorno, la falta de cumplimiento al tratamiento psicofarmacológico o el impacto del uso crónico de algún psicofármaco(10) son ingredientes a añadir a la esfera cognitiva que causan un impacto funcional en estos pacientes.

Los estudios que analizan *la vida*, en el contexto expuesto, la vida de los pacientes con trastorno bipolar en España son todavía escasos y la mayoría están sujetos a condiciones controladas con limitaciones para generalizar los resultados a la totalidad de la población de pacientes bipolares. El estudio observacional paneuropeo EMBLEM (*European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication*), incluyó una serie de variables relativas al pasado reciente del paciente y a su situación basal, que de un modo descriptivo ofrecen una visión de la realidad clínica, funcional y sociosanitaria del paciente. En este estudio observacional se recogieron datos de 3536 pacientes en 14 países europeos, lo que representa uno de los estudios sobre el trastorno bipolar más extensos de la historia, en muestra y territorio. España participó con 32 investigadores que incluyeron 312 pacientes.

Metodología

Diseño

El proyecto EMBLEM, es un estudio multicéntrico, prospectivo y observacional, diseñado para observar una muestra de pacientes agudos sometidos a tratamiento para manía en el contexto del trastorno bipolar en toda Europa. El estudio se dividió en dos etapas, una fase aguda (de tres meses) y una fase de mantenimiento (seguimiento longitudinal hasta un total de dos años).

España participó únicamente en la fase aguda del estudio. El diseño del EMBLEM fue prospectivo y observacional (no intervencionista), por lo tanto no hubo intervención en el tratamiento. La metodología general del estudio completo ha sido descrita con detalle en otros artículos(6, 8). Este estudio fue evaluado y aprobado por los Comités Éticos de Investigación Clínica de los centros participantes

Participantes

Para la inclusión en el estudio se consideraron aquellos pacientes adultos (mayores de 18 años) con diagnóstico de trastorno bipolar, quienes recibían tratamiento indicado para un episodio maníaco o mixto en condiciones de práctica clínica habitual y quienes, de acuerdo al criterio de los psiquiatras participantes, fueran a iniciar o cambiar la medicación oral (sin considerar los cambios de dosis). El diagnóstico para la determinación del episodio maníaco/mixto se realizó utilizando criterios diagnósticos estándar (DSM IV, ICD 10 y diagnóstico clínico). No podían ser incluidos los pacientes que se encontraban simultáneamente participando en algún otro estudio intervencionista. La decisión de iniciar o cambiar la medicación y el tipo de medicación seleccionado fueron completamente independientes del estudio, el cual se limitó a observar las opciones de tratamiento y los resultados, en lugar de dirigir el tratamiento.

Objetivos

El objetivo primario del EMBLEM fue evaluar los cambios en los síntomas del episodio maníaco en pacientes tratados con antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo y tratamientos combinados durante la práctica clínica habitual. Como objetivos secundarios se incluyeron la evaluación del funcionamiento, la recuperación sintomática, las tasas de recaída y el impacto económico al ingreso del estudio y en el curso del tratamiento.

Medidas

Se recogieron datos sociodemográficos y de la historia psiquiátrica con la finalidad de caracterizar a la muestra de pacientes. La severidad de la sintomatología depresiva o maníaca se evaluó utilizando escalas clínicas, como la versión española de la escala de Impresión Clínica Global para Trastorno Bipolar (CGI-BP)(24), la versión española de la escala de Manía de Young (YMRS)(2) y la escala de Depresión de Hamilton de 5 ítems (HAM-D-5) definida por el análisis de componentes de González Pinto y cols. (2003)(7). El deterioro funcional y el impacto de la enfermedad en la funcionalidad de los pacientes se evaluaron mediante el *Life Chart Methodology* (LCM)(16), así como con dos ítems de la SLICE of LIFE(11) que evalúan el estado funcional en términos de funcionamiento laboral y satisfacción de vida. Se recabó información extra sobre las condiciones de vivienda, el número de dependientes, patrones de actividad social, e información referente a la medicación (dosis, vías de administración, tolerabilidad y adherencia), durante las cuatro semanas previas al ingreso. Si bien la metodología del estudio EMBLEM incluye mediciones a las 24 hrs. del ingreso al estudio, y durante la

1ª, 2ª, 3ª, 6ª, y 12ª semanas, en este trabajo sólo se presentan los resultados de las mediciones clínicas basales. Las mismas a su vez fueron comparadas con información acerca del estado funcional y consumo de recursos de los pacientes durante el año previo, lo que se obtuvo mediante preguntas simples que evaluaban hasta qué grado el estado de ánimo del paciente había repercutido en su habilidad de desempeñar sus funciones sociales y ocupacionales habituales o de interactuar en su casa, el trabajo o la escuela en el año previo a su inclusión en el estudio.

Análisis

Todas las mediciones iniciales del estudio se incluyeron en un análisis de carácter exploratorio y descriptivo.

Resultados

Datos sociodemográficos/clínicos basales

Del total de 312 pacientes incluidos en España, un 88% fueron pacientes hospitalizados para el tratamiento de un nuevo episodio maníaco/mixto y el 12% restante recibió medicación y seguimiento en consultas externas. El 55% de los pacientes eran mujeres con una edad media de 44 años, que descendió hasta 37,7 años en los hombres. La edad de comienzo del trastorno fue de 28,1 años y un 14% de los pacientes debutaba con un primer episodio maníaco/mixto. Al momento de ser incluidos en el estudio, la escala CGI BP general fijó una gravedad (media, d.e.) de 4,6 (1,04), la YMRS de 30.6 (9,83) y la HAM-D-5 reportó un 1,7 (2,01). Las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes se presentan en la tabla 1.

Acerca del año previo

Historia psiquiátrica y gravedad clínica

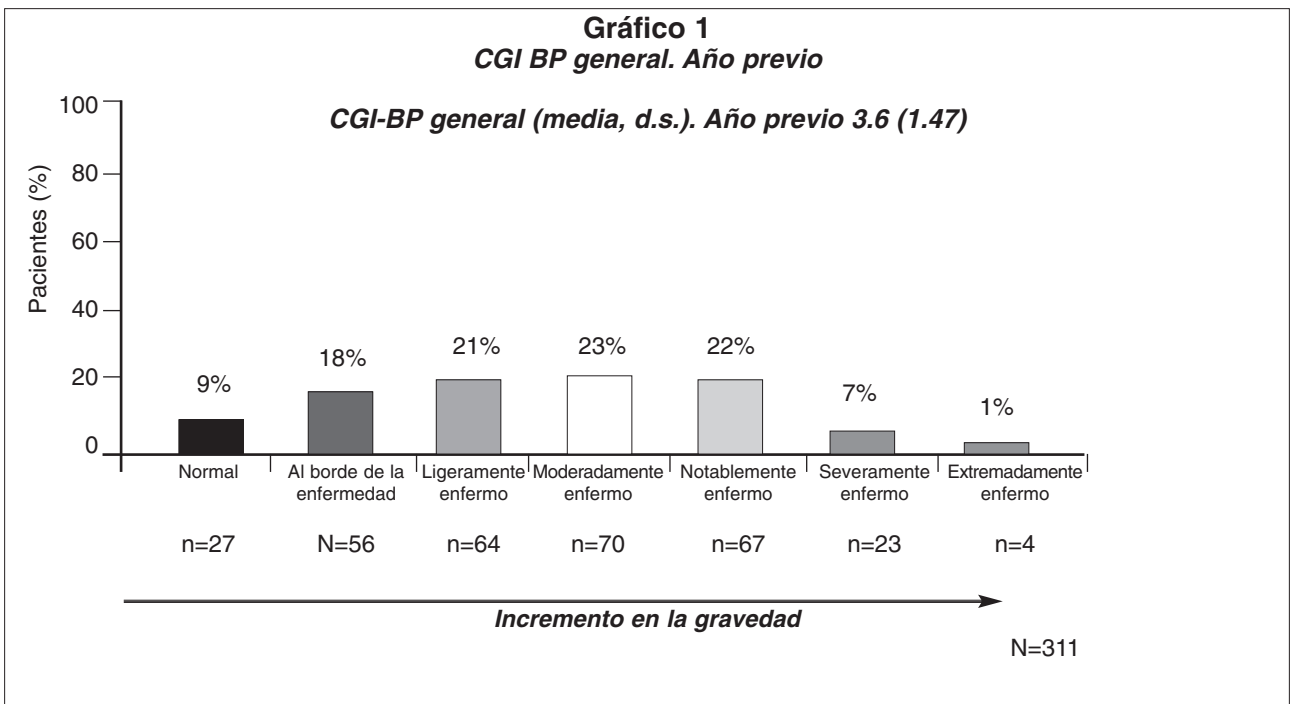
Durante el año previo a EMBLEM, el 62% de la muestra sufrió, únicamente, el episodio maníaco/mixto que hizo factible su inclusión en el estudio, el 20% fue diagnosticado en 2 ocasiones con la categoría de episodio maníaco/mixto, mientras que los enfermos

Tabla 1
Características clínicas y sociodemográficas de los pacientes incluidos en la muestra española del EMBLEM

Variable/Característica	Pacientes con Trastorno Bipolar (n=312)
Edad media, años	41.3 ± 13.39
Masculino	37.7±13.44
Femenino	44±13.93
Género, número (%)	
Masculino	140 (45)
Femenino	168 (55)
Estado civil, número (%)	
Casado	117 (38)
Nunca casado	195 (62)
Nivel educacional, número (%)	
Primaria	113 (37)
Superior	125 (41)
Universidad	61 (20)
Edad de inicio del TB, años	28.1±10,08
Con un primer episodio maníaco/mixto, número (%)	35 (14)
ICG general para el TB, puntuación total	4,6± 1.04
ICG Manía	4.9± 0.91
ICG Depresión	1.3± 0.83
YMRS	30.6± 9.83
HAM -D 5	1.7± 2.01
Funcionalidad laboral, número (%)	
Disfunción leve	51 (16)
Disfunción moderada	90 (29)
Disfunción grave	60 (19)
Incapacidad	48 (15)
TB = Trastorno bipolar	
ICG = Impresión clínica global	
YMRS = Versión española de la escala de Manía de Young	
HAM -D 5 = Escala de Depresión de Hamilton de 5 ítems	

con más de 4 episodios, incluyendo el actual, fue el 4% del total. En lo referente a la clínica depresiva, cerca del 25% del total de enfermos tuvieron un episodio depresivo en los doce meses anteriores y un 6% sufrieron 2 episodios.

La globalidad de los episodios maníacos, mixtos y depresivos, mostró una distribución (porcentaje, número) en la que el 46% (123) de los pacientes sufrió 1 episodio previo al recogido en el estudio, el 43% (115) más de un episodio y un 11% (30) fueron diagnosticados como ciclotores rápidos (4 ó más episodios). La gravedad sintomatológica recogida por la escala CGI BP general (media, desviación estándar -d.e.-), que pretendía analizar longitudinalmente el año previo a la primera visita, se cifró en 3,6(1, 47) (ver gráfico 1).



Estado funcional/laboral y satisfacción vital

La valoración del funcionamiento laboral fue recogida desde la respuesta a una pregunta simple y directa al investigador: *¿cómo consideraría la dificultad del paciente para llevar a cabo las actividades laborales en el año previo? (SLICE of LIFE)*. La opinión clínica del terapeuta colocó al mayor número de pacientes en una disfunción moderada (n=90; 29%). Un 19% (60) de los pacientes presentó, a juicio del investigador, graves dificultades de funcionamiento laboral y en un 15% (48) fueron considerados incapacitados para desarrollar cualquier tarea laboral debido a la enfermedad (ver gráfico 2).

La satisfacción vital, se calificó con las respuestas a otra pregunta clínica convencional, dirigida, en esta ocasión, al paciente: *¿con qué grado de satisfacción califica el paciente su vida durante los últimos doce meses? (SLI-*

CE of LIFE). El 38% consideró su vida satisfactoria, un 25% no la percibió satisfactoria ni insatisfactoria, el 23% se sumó al sentimiento de insatisfacción, mientras que a los extremos, muy satisfactoria o muy insatisfactoria, se adscribieron el 7% y 6% respectivamente (ver gráfico 3).

Utilización de los servicios sanitarios

El estudio centró la utilización de recursos sanitarios en la cuantificación de hospitalizaciones, estancias medias, estancias en hospitales de día y número de consultas ambulatorias en el año previo. El número de hospitalizaciones (media, d.e.) para el global de la muestra resultó en una media de 1,5 (1,06), con estancias medias de 9,9 (20,92) días. Los días en hospital de día para los 27 pacientes que fueron destinados a este tipo de actuación terapéutica fueron 12,1

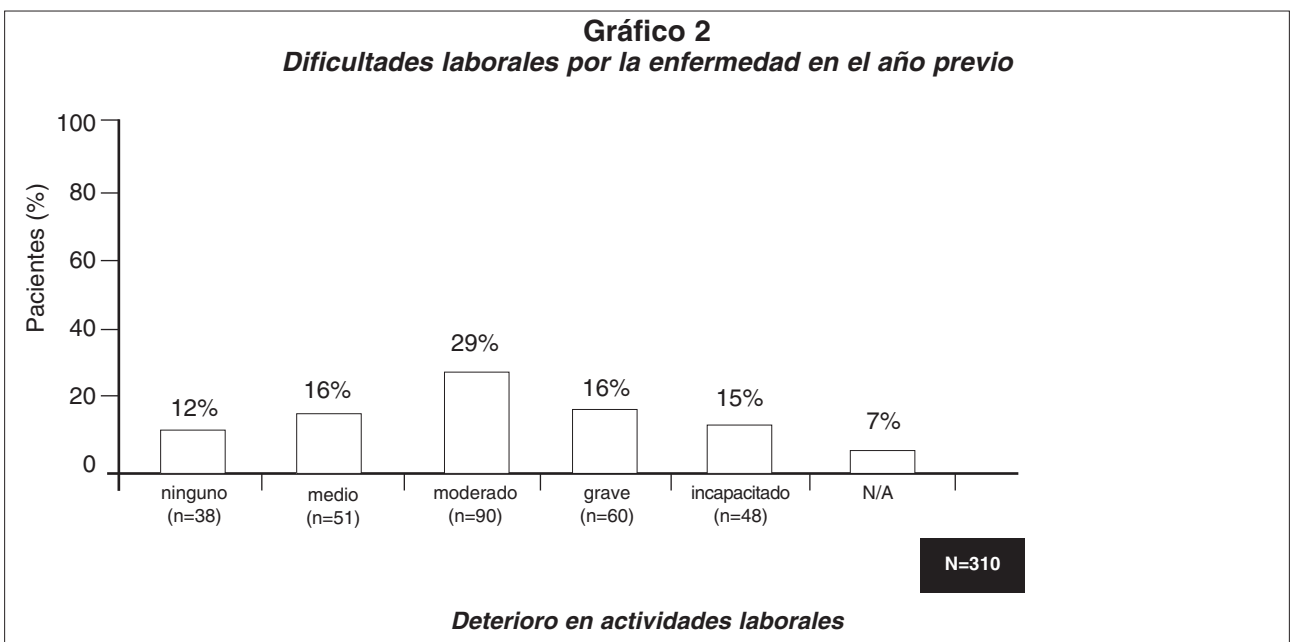


Tabla 2
Utilización de servicios en pacientes que los requirieron en el año previo

Número total de...	Media (d.e.)	Mediana (IQR)	n
• hospitalizaciones	1.5 (1.06)	1.0 (1–2)	280
• días de estancia	9.9 (20.92)	1.0 (1–7)	273
• días en hospital de día	12.1 (24.49)	3.0 (1–10)	27
• consultas psiquiátricas ambulatorias	7.5	6.0 (4–10)	169

(24,49) y las consultas ambulatorias sucedieron con una regularidad de 7,5 (6,11) visitas psiquiátricas durante el año (ver tabla 2).

Situación social y evolución del estado funcional

El mayor nivel educacional completado por los pacientes fue: primaria en el 37%, superior en el 41% y universitario en el 20%. El 46% de los pacientes (144) vivía, durante las 4 semanas previas a la evaluación, en ambiente o residencia familiar frente al 43% (134) que llevaba vida independiente. Sólo un mínimo de enfermos estaban en residencias supervisadas (4%), permanecían hospitalizados (<1%), o se encontraban "sin hogar" (2%). El estatus relacional descubrió que durante las 4 semanas previas el 48% (149) no tuvieron relación sentimental, el 27% (83) estaban casados y viviendo con sus parejas, el 11% (34) estaban casados pero no convivían con sus parejas, el 9% (28) tenían relación sentimental pero no vivían con sus parejas y el 6% (18) convivían con sus parejas. La media de personas a cargo o dependientes de los pacientes sometidos a la observa-

ción fue de 0,6 (1,02). El estado funcional durante el mes previo, en forma de actividades sociales/laborales, mostró que el 47 % de los participantes se involucraron en más de 5 actividades, un 40% participaron en menos de 5, y el restante 13% no interactuaron en actividades.

La conjunción del empeoramiento sintomatológico con el deterioro funcional/laboral durante las 4 semanas previas, valorada a través de *Life Chart Methodology* (LCM), mostró un incremento progresivo en el empeoramiento conforme se aproximaba la inclusión en el estudio. De una puntuación posible entre los 0 y 10 puntos, siendo 10 el mayor nivel de impacto sintomatológico sobre el nivel funcional, las medias, atendiendo a la globalidad del trastorno (LCM general), ascendieron de 3,00 en la 4ª semana anterior, a 6,80 en la semana previa a EMBLEM.

Tratamiento psicofarmacológico y cumplimiento

Tras analizar datos de 306 pacientes, el 42% (129) recibían politerapia antes de entrar en el estudio, el 35% (107) estaban en monoterapia y el 23% (70) no tomaban ninguna medicación. La adherencia a la medicación prescrita ofreció un dibujo con 40% de los pacientes con problemas en el cumplimiento y un 18% sin ninguna medicación prescrita (ver gráfico 4).

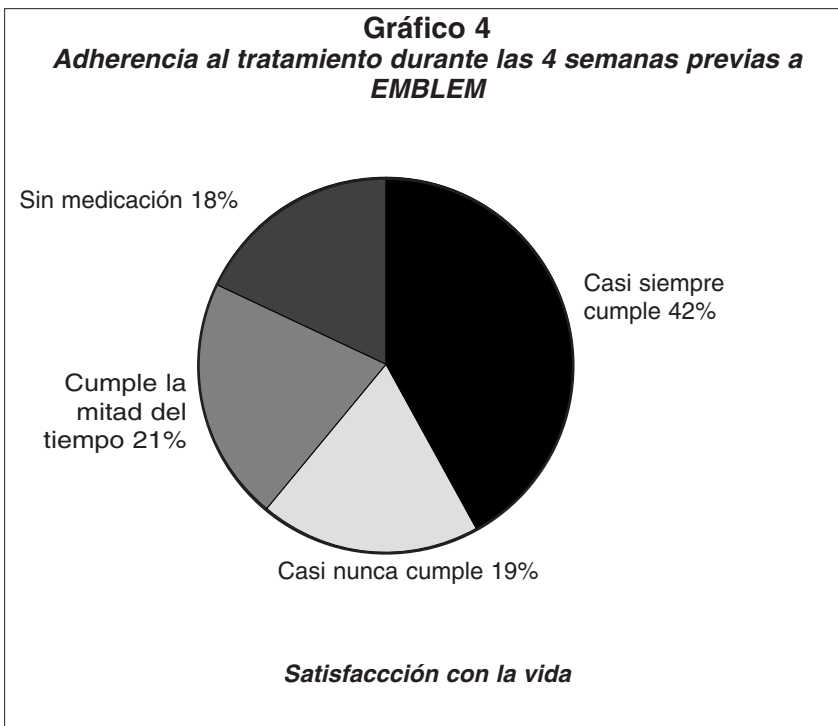
Discusión

Las variables medidas en el estudio EMBLEM ofrecen una visión holística sobre la realidad clínica de los pacientes que acuden para ser tratados de un episodio maníaco pero que arrastran tras de sí una realidad vital afectada –unas veces de manera evidente otras silente– por el trastorno bipolar.

Empezando por desgranar las implicaciones clínicas, la gravedad y evolución psicopatológica obtenida en EMBLEM, nuestro estudio describe una población sin un elevado número de episodios durante el año previo. Sin embargo, cerca de la totalidad padecieron al menos un episodio, sea cual fuere su naturaleza, maníaca/mixta o depresiva, previo al índice. Es destacable que más de la cuarta parte de los enfermos desarrollaran al menos un episodio depresivo durante los doce meses anteriores.

Gráfico 3
Satisfacción vital en el año previo





Por otro lado, la impresión clínica global, referida a la gravedad del trastorno bipolar, mostró que, en las valoraciones del año previo, tan solo un 9% de los pacientes se encontraban libres de síntomas y un 18% con síntomas escasos o leves, mientras que el resto se distribuía en un rango de grupos con síntomas importantes. La puntuación media describe un grupo de pacientes en donde la mayoría estaban moderadamente enfermos (ver gráfico 1).

Retrospectivamente, el impacto del funcionamiento sobre la vida laboral en el año previo destapó la realidad de centenares de pacientes con dificultades moderadas o graves e incluso incapacitados para trabajar. Además de las implicaciones clínicas anteriormente reseñadas, no debe olvidarse la relación entre el funcionamiento cognitivo y el estatus laboral(5), especialmente en memoria verbal y función ejecutiva, los cuales explicarían déficits funcionales incluso en remisión(17). Por otra parte, retomando la vertiente psicopatológica, la alta comorbilidad de uso de sustancias en esta población psiquiátrica es otro factor a incluir en la situación funcional/laboral(23). En la muestra EMBLEM, casi un tercio de los pacientes admitió problemas con el alcohol a lo largo de sus vidas, proporción cercana a la que también los reconoció con cannabis u otras drogas.

Aunque el trabajo constituye una parte importante de la vida en el ser humano en sociedad avanzada, el hábitat social y los vínculos emocionales son cruciales en el bienestar. En este ámbito, los pacientes observados, la mayoría en la quinta década de sus vidas, presentaron circunstancias vitales en ocasiones dispares a lo esperable en un grupo con alto estatus académico y mediana edad. Llama la atención la dis-

tribución casi en partes iguales, entre los que vivían independientes y aquéllos como miembros de una estructura familiar. Entre los últimos se deduce –dados los pobres porcentajes de casados o convivientes con pareja y el nimio número de personas a su cargo– que la mayoría no se debía a cabezas de familia. La mitad de la muestra no tenía relación sentimental estable. Si bien las interpretaciones a estos datos pueden ser variadas, al ligar las anteriores componentes vitales con la percepción que los pacientes tenían sobre sus vidas, más de la mitad de los enfermos mostró indecisión o insatisfacción, mientras que el resto se mostró satisfecho.

El lógico flujo de análisis, conduce a plantearse el abordaje terapéutico-sanitario de estos enfermos crónicos en España. Casi la mitad de los pacientes tomaban politerapia. El

patrón común de utilización de servicios para los pacientes españoles fue de una a dos hospitalizaciones anuales con ingresos inferiores a dos semanas. Pese a los avances en psicofarmacología y los nuevos tratamientos ambulatorios, la hospitalización sigue siendo el costo directo más importante para el paciente con trastorno bipolar(12). Las consideraciones acerca de si las decisiones sobre las estancias medias fueron clínicas u obedecían a otras variables, no fueron objeto de exploración; sin embargo, no es inapropiado el pensar que parte de los enfermos pudieran ser dados de alta con psicopatología subaguda. El seguimiento en consultas externas ocurrió con regularidad, empero no se tradujo en una adecuada adherencia al tratamiento. Los resultados de este estudio muestran cifras de mal cumplimiento idénticas (40%) a las encontradas en un estudio realizado en Barcelona en pacientes eufímicos(3).

Al margen de obtener conclusiones cerradas, esta primera aproximación, habla de una enfermedad y una disfunción sociolaboral que no empieza en la fase aguda sino que sigue un curso a lo largo de la enfermedad. De este modo se incita a la reflexión sobre vías para mejorar las expectativas de funcionamiento vital, la satisfacción respecto al cuidado recibido y la disminución del sentimiento de desesperanza(18), intrínseco a toda enfermedad crónica. Estos elementos junto a la detección precoz de sintomatología subsindrómica para una rápida intervención y sobre todo, el compromiso y la adherencia al tratamiento, obligan a desarrollar modelos psicosociales y educacionales(21, 4, 15, 25) además de buscar alternativas psicofarmacológicas que simplifiquen el abordaje global del trastorno(26).

En resumen, los resultados del análisis, de la muestra de pacientes españoles del estudio europeo EMBLEM, indican que estos pacientes sufren graves dis-

funciones en su adaptación social o laboral que van más allá de las fases agudas, y que comportan un consumo elevado de recursos sanitarios ■

Referencias bibliográficas

- Baillarger J. Folie à double forme, en *Recherches sur les maladies mentales*, Masson, París, 1890.
- Colom F, Vieta E, Martínez-Aran A, García-García M, Reinares M, Torrent C, Goikolea JM, Banus S, Salamero M. [Spanish version of a scale for the assessment of mania: validity and reliability of the Young Mania Rating Scale] *Med Clin (Barc)*. 2002;119:366-371
- Colom F, Vieta E, Martínez-Aran A, Reinares M, Benabarre A, Gasto C. Clinical factors associated with treatment non-compliance in euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatry*. 2000;61:549-555
- Colom F, Lam D. Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder. *Eur Psychiatry*. 2005; 20(5-6), 359-64
- Dickerson FB, Boronow JJ, Stallings CR, Origoni AE, Cole S, Yolken RH. Association between cognitive functioning and employment status of persons with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2004; 55(1), 54-8
- Goetz I, Tohen M, Reed C, Lorenzo M, Vieta E. and the EMBLEM Advisory Board. Functional Impairment in Patients with Mania: Baseline Results of the EMBLEM Study. *Bipolar Disord*, en prensa.
- Gonzalez-Pinto A, Ballesteros J, Aldama A, Perez de Heredia JL, Gutierrez M, Mosquera F, Gonzalez-Pinto A. Principal Components of Mania. *J.Affect.Disord*. 2003;76(1-3):95-102
- Haro JM, Os J, Vieta E, Reed C, Lorenzo M, Goetz I. the EMBLEM Advisory Board. Evidence for three distinct classes of 'typical', 'psychotic' and 'dual' mania: results from the EMBLEM study. *Acta Psychiatr Scand*. 2006 Feb;113(2):112-20.
- Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*, Springer, Heidelberg-Berlin. 1913.
- Kasper SF. Living with bipolar disorder. *Expert Rev Neurother*. 2004; 4 (6 suppl 2), S9-15
- Keller MB, Lavori PW, Friedman B, Nielsen E, Endicott J, McDonald-Scott, Andreasen NC. The Longitudinal Interval Follow-up Evaluation. A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry* 1987 ; 44 : 540-548
- Kleinman L, Lowin A, Flood E, Gandhi Edgell E, Revicki D. Costs of bipolar disorder. *Pharmacoeconomics*. 2003; 21(9), 601-22
- Krabbendam L, Arts B, van Os J, Aleman A. Cognitive functioning in patients with schizophrenia and bipolar disorder: a quantitative review. *Schizophr Res*. 2005 Dec 15;80(2-3):137-49. Epub 2005 Sep 23
- Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, vol. III, 8ª edición, J.A. Barth, Leipzig. 1913.
- Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright, Wright K, Kerr N, Parr-Davis G, Sham P. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60(2), 145-52
- Leverich GS, Post RM. 1993. The NIMH Life Chart Manual for Recurrent Affective Illness: *The LCM. Monograph*
- Martínez Aran A, Vieta E, Reinares M, Colom F, Torrent C, Sánchez-Moreno J, Benabarre A, Goikolea JM, Comes M, Salamero M. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic status in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2004 161(2), 262-70
- Morris CD, Miklowitz DJ, Wisniewski SR, Giese AA, Thomas MR, Allen MH. Care satisfaction, hope, and life functioning among adults with bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program. *Compr Psychiatry*. 2005; 46(2), 98-104
- Olley AL, Malhi GS, Bachelor J, Cahill CM, Mitchell PB, Berk M. Executive functioning and theory of mind in euthymic bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2005; 7 suppl 5, 43-52.
- Piquer A. *Praxis Medica ad usum Scholae Valentinae*, Benedicto Cano, Madrid. 1770.
- Scott J., Colom F., 2005. Psychosocial treatments for bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am* 28(2), 371-84
- Tohen M, Zarate CA Jr, Hennen J, Khalsa HM, Strakowski SM, Gebre-Medhin P, Salvatore P, Baldessarini RJ. The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: prediction of recovery and first recurrence. *Am J Psychiatry*. 2003 Dec; 160(12):2099-107.
- Vieta E, Colom F, Corbella B, Martínez-Aran A, Reinares M, Benabarre A, Gasto C. Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. *Bipolar Disord*. 2001 Oct;3(5):253-8.
- Vieta E, Torrent C, Martínez-Aran A, Colom F, Reinares M, Benabarre A, Comes M, Goikolea JM. [A user-friendly scale for the short and long term outcome of bipolar disorder: the CGI-BP-M] *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30:301-304
- Vieta E. Improving treatment adherence in bipolar disorder through psychoeducation. *J Clin Psychiatry*. 2005;66 Suppl 1:24-9.
- Vieta E. Maintenance therapy for bipolar disorder: current and future management options. *Expert Rev Neurother*. 2004 Nov;4(6 Suppl 2):S35-42.

Prevalencia de trastornos de ansiedad en pacientes con hipertensión arterial esencial

Giselle Vetere

Lic. en Psicología, Residente de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Tel.: 4292-5476 - Fax: 4244-5025 - E-mail: gisellevetere@hotmail.com

Luciana Ripaldi, Ezequiel Ais, Gabriela Korob

Médicos, Residentes de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.

Mariana Kes

Médica, Residente de Salud Mental del Hospital Piñero

Alberto Villamil

Médico, Jefe del Servicio de Hipertensión, División Cardiología. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Introducción

Se estima que más del 60% de los pacientes con enfermedades coronarias padece algún trastorno mental(23). No obstante, se desconoce la prevalencia de los distintos trastornos en dichos pacientes y si existe alguna relación particular entre determinados trastornos mentales y ciertas patologías cardiovasculares específicas. Una revisión bibliográfica sobre el tema, que analiza los estudios desde 1971 al 2001, sugiere que si bien puede afirmarse que existe alguna asociación entre trastorno, síntomas psiquiátricos y enfermedad coronaria, se ha prestado poca atención a la comorbilidad entre estas patologías(5). Se estima que dos tercios de los pacientes con infarto agudo de miocardio padece algún trastorno mental(23). Asimismo, diversos estudios sostienen que la prevalencia de los trastornos de ansiedad en pacientes coronarios crónicos es cercana al 50%(8).

Se ha sugerido que la ansiedad contribuye al desarrollo de enfermedad cardiovascular(22, 15), no así la depresión(15). En relación a la hipertensión arterial esencial en particular, se han encontrado correlaciones positivas entre ansiedad e hipertensión(9), así como entre elevada ansiedad y riesgo aumentado de sufrir hipertensión arterial(18,

15). No obstante, se ha sugerido que la evidencia con que contamos hasta la fecha no es suficiente para confirmar un rol causal de la ansiedad sobre la hipertensión(20).

Por otro lado, cabe recordar que la implementación de determinadas intervenciones psicológicas destinadas a reducir los niveles de ansiedad, como el entrenamiento en relajación y meditación, producen un descenso temporario de la presión arterial(2, 3, 6, 7, 16, 21, 22). En particular, la meditación trascendental produjo en estudios controlados una reducción de la presión sistólica de 10,7 mm Hg ($p < 0.0003$) y de la diastólica de 6,4 mm Hg ($p < 0.00005$)(21). La mayor dificultad con este tipo de intervención es que los resultados generalmente no se mantienen a largo plazo. Estos hallazgos sugieren que la respuesta de ansiedad podría estar involucrada de algún modo en el mecanismo que subyace a la hipertensión arterial esencial.

Tomados en conjunto, estos datos sugieren que la frecuencia de los trastornos de ansiedad en pacientes hipertensos podría ser mayor a la de personas normotensas.

Puesto que no contamos con datos epidemiológicos sobre la prevalencia de trastornos de ansiedad en la población general a nivel nacional, se diseñó este estudio con un grupo control a fin de poder realizar una comparación.

Resumen

Antecedentes: Diversos estudios hallaron una correlación elevada entre sintomatología ansiosa e hipertensión arterial esencial. **Objetivos:** Determinar y comparar la prevalencia de trastornos de ansiedad entre pacientes hipertensos y un grupo control. **Materiales y métodos:** La muestra estuvo constituida por un total de 157 personas, 57 hipertensos, no diabéticos, sin ACV ni otras complicaciones clínicas que pudieran afectar el resultado y 100 controles presuntamente sanos que concurrieron por otras razones al hospital. A ambos grupos se les administró la entrevista estructurada SCID I (subescala de trastornos de ansiedad). **Discusión:** Se encontró una mayor frecuencia de trastornos de ansiedad en el grupo de hipertensos esenciales respecto del grupo control ($p < 0,001$). **Palabras clave:** Hipertensión esencial – Trastornos de ansiedad – Prevalencia

PREVALENCE OF ANXIETY DISORDERS IN PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION

Summary

Background: Various studies found a high correlation among anxious symptomatology and hypertension. **Objectives:** To determine and to compare prevalence of anxiety disorder among patients with essential hypertension and a control group. **Methods:** The structured clinical interview (SCID I) was administered (anxiety disorder module) to 157 people including 57 essential hypertensive patients (non diabetics, without CVA and/or other complications) and 100 controls (non hypertensive people that converge to the hospital). **Results:** We observed a higher frequency of anxiety disorder in the hypertensive group than in the control group ($p < 0.001$).

Key words: Essential hypertension – Anxiety disorder – Prevalence

Tabla 1

	HTA 21 a 39 años		Control 21 a 39 años		HTA 40 a 55 años		Control 40 a 55 años	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Con Trastorno de Ansiedad	11	84.6	20	28.6	30	68.2	13	31
Sin Trastorno de Ansiedad	2	15.4	50	71.4	14	31.8	29	69

El objetivo del estudio es establecer la prevalencia y distribución de los distintos trastornos de ansiedad en pacientes con hipertensión arterial en un hospital general de Argentina durante el año 2004.

Materiales y métodos

Población:

- Grupo de pacientes diagnosticados como hipertensos compuesto por varones y mujeres de entre 21 y 65 años que consultan a la División Cardiología, Consultorios Externos de Hipertensión Arterial del Hospital Dr. Cosme Argerich, en el período comprendido entre diciembre de 2003 y mayo de 2004.

- Grupo control compuesto por varones y mujeres que no tuvieran diagnóstico de hipertensión, de entre 21 y 65 años, que concurren al Hospital Dr. Cosme Argerich, en el período comprendido entre diciembre de 2003 y agosto de 2004, ya sea para donar sangre, tramitar su Libreta Sanitaria, acompañar a algún paciente o se desempeñan como empleados del Hospital.

- Se excluyó del estudio a pacientes hipertensos o sujetos control con antecedente de patologías asociadas como Diabetes Mellitus, patologías oncológicas, mujeres embarazadas, enfermedad cardiovascular previa o cualquier otro diagnóstico clínico, agudo o crónico, que pudiera modificar por sí mismo el resultado de la evaluación.

Materiales y método:

Se seleccionaron pacientes del Servicio de hipertensión arterial de la División Cardiología que se encontraban en tratamiento en el Hospital General de Agudos "Dr. C. Argerich", que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión para el grupo en estudio y se seleccionaron personas que reunían las condiciones para integrar el grupo control.

A ambos grupos se les administró el módulo de trastornos de ansiedad de la entrevista clínica estructurada SCID I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis Disorders*)(11) para el diagnóstico de trastornos de ansiedad. Esta técnica ha sido diseñada y validada tanto para investigación en psiquiatría como para la realización de estudios epidemiológicos, y sus distintas secciones pueden dividirse en módulos a fin de administrar sólo aquellas que interesen al estudio.

Se entrevistaron en total 223 personas, 103 pacientes con hipertensión y 110 controles, quedando luego de la evaluación estadística 157 personas, puesto que al emparejarlos por sexo y edad los análisis revelaron que para que los grupos fueran homogéneos la edad de corte debía ser de 55 años, dado el bajo número de controles

mayores de esa edad. Asimismo, para ser emparejados en edad y sexo los grupos debieron ser subdivididos conforme a la edad, dando por resultado un grupo de 21 a 39 años compuesto por 13 pacientes con hipertensión y 58 controles, y otro de 40 a 55 años compuesto por 44 pacientes con hipertensión y 42 controles.

De acuerdo a las normas del Comité de bioética del Hospital, a todos los pacientes y sujetos sanos seleccionados se les informó de la posibilidad de participar en la investigación y se obtuvo un consentimiento informado firmado por los mismos en presencia de testigos. *A posteriori*, se les administró el módulo de trastornos de ansiedad de la SCID I (DSM IV), destinado a evaluar la presencia o ausencia de trastornos de ansiedad.

Los datos obtenidos a través de la SCID I fueron analizados con el programa estadístico SPSS, a fin de determinar la prevalencia y distribución de los trastornos de ansiedad en pacientes hipertensos y comparar la frecuencia de los mismos con la del grupo control. Para el análisis de los datos se utilizó la prueba no paramétrica de 2 proporciones, dado que se estudian variables cualitativas de un nivel de medición nominal que no se ajustan al modelo de distribución normal.

Resultados

La prevalencia de trastornos de ansiedad encontrada en pacientes hipertensos esenciales fue significativamente mayor en ambos grupos etarios ($p < 0,0001$ en el grupo de 21 a 39 años y $p < 0,0003$ en el grupo de 40 a 55 años).

La Tabla 1 muestra la distribución de frecuencias de trastornos de ansiedad en el grupo de hipertensos y controles separados por sexo.

Los participantes de los grupos hipertensión arterial y control fueron analizados según su edad en aquellos entre 21 y 39 años, y los participantes de 40 a 55 años; en ambos casos se constató la ausencia de diferencias significativas en edad y sexo mediante la utilización de la prueba de hipótesis para dos proporciones puesto que se estudian variables nominales. Los más jóvenes mostraron mayor presencia de trastornos de ansiedad en los hipertensos en comparación con sus controles sanos ($p < 0,0001$). En relación con los sujetos más jóvenes, entre los hipertensos se observó una mayor frecuencia de trastorno de angustia ($p < 0,0081$), trastorno de angustia con agorafobia ($p < 0,019$), fobia social ($p < 0,0081$), y trastorno de ansiedad generalizada ($p < 0,0021$).

Entre los de mayor edad también se observaron mayores trastornos de ansiedad en hipertensos en relación a sus controles ($p < 0,0003$). En este grupo etario fue más

significativo el trastorno de angustia con agorafobia ($p < 0,0147$), fobia social ($p < 0,0081$), y trastorno de ansiedad generalizada ($p < 0,0012$).

La prevalencia de trastornos de ansiedad encontrada en pacientes hipertensos esenciales fue significativamente mayor en ambos grupos etarios ($p < 0,0001$ en el grupo de 21 a 39 años y $p < 0,0003$ en el grupo de 40 a 55 años) (Tabla 2).

Discusión

El presente trabajo consiste en una investigación de tipo descriptiva, que se diseñó a partir de los datos aportados por diversos estudios(8, 9, 15, 18, 20, 22) que han demostrado una asociación significativa entre ciertos trastornos mentales y enfermedad cardiovascular. Pese a que la evidencia actual no permite establecer un nexo causal, sí se ha corroborado la marcada asociación entre elevada reactividad cardiovascular al estrés e hipertensión arterial esencial en personas con antecedentes familiares de hipertensión(19). Esta asociación puede ser sólo el reflejo de una frecuente comorbilidad, más allá de la elevada correlación entre hipertensión y trastorno de angustia(10).

Investigaciones recientes sugieren que ciertas variables psicológicas serían predictores estadísticamente significativos de incidencia de hipertensión arterial esencial. Entre ellas, la ansiedad cuando se presenta de modo crónico, podría ser de particular importancia pronóstica(19).

De hecho, estudios previos han mostrado que los pacientes con algunos trastornos de ansiedad como el trastorno de angustia y el trastorno de ansiedad generalizada, muestran menor variabilidad en el ritmo cardíaco que los controles sanos. Estos pacientes, a diferencia del grupo control, no muestran una reducción significativa del ritmo cardíaco durante descanso(10), habiéndose interpretado que estos datos sugieren una alteración en el balance simpato-vagal en la regulación autonómica del sistema cardíaco.

Ansiedad, depresión, hostilidad, aislamiento social, son las condiciones que configuran el marco psicológico que inicia o precipita la cascada de los siguientes eventos fisiopatológicos:

Respuesta aguda de alarma, activándose en este grupo el sistema simpático adrenomedular liberándose catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), esto produce como consecuencia incremento en la frecuencia cardíaca y la presión arterial, así como disminución en el volumen plasmático, aumento de la constricción coronaria y de la actividad plaquetaria. Esto produce en un paciente con disfunción endotelial o aterosclerosis previa –si estas respuestas son significativas– inestabilidad eléctrica, aumento de la demanda, de la viscosidad sanguínea, de la hemoconcentración, y disminución del aporte coronario. Esto se traduce en situaciones patológicas como taquicardia y/o fibrilación ventricular y cuadros de isquemia con posible ruptura de placa vulnerable y

consiguiente trombosis coronaria. Estas modificaciones asociadas al aumento de la actividad plaquetaria pueden conducir a eventos cardíacos duros como el infarto agudo de miocardio o la muerte súbita.

Respuesta crónica o estados de vigilancia: en esta situación la activación corresponde a cuatro niveles, sistema de vías nerviosas, hipotálamo, adenohipofisis, corteza suprarrenal y órganos efectores.

Todo esto contribuye a la activación neuroendocrina y plaquetaria, mecanismos condicionantes para el desarrollo de aterosclerosis y la consiguiente disfunción endotelial.

Los distintos trastornos de ansiedad, y especialmente el trastorno de ansiedad generalizada, implican una evaluación de peligro constante, lo cual podría explicar la activación excesiva del sistema nervioso simpático que presentan estos pacientes.

Con estos antecedentes decidimos realizar la presente investigación.

El trastorno mental es entendido tal como se lo define en el DSM-IV, como un “síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar (p. ej. dolor), a una discapacidad (p. ej. deterioro de una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad”(4).

La hipótesis que sustentó el diseño del estudio es que la prevalencia de trastornos de ansiedad en general en los pacientes con hipertensión arterial esencial es mayor a la que se encuentra en el grupo control, y que la prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en particular es significativamente mayor a la que se encuentra en el grupo control.

En este contexto, los resultados obtenidos permiten observar una elevada asociación entre algunos trastornos de ansiedad e hipertensión arterial esencial.

Estos datos alertan respecto a la alta comorbilidad entre trastornos de ansiedad e hipertensión arterial, siendo que más de la mitad de quienes padecen hipertensión presentan además al menos un trastorno de ansiedad. El porcentaje de pacientes con hipertensión que presenta además un trastorno de ansiedad es especialmente alarmante dentro del grupo etario menor, dado que más del 80% de estos pacientes presentan al menos un trastorno de ansiedad, que de no ser detectado y tratado puede evolucionar a la cronicidad provocando un detrimento en la calidad de vida.

Por otra parte, dada la alta frecuencia de trastornos de ansiedad encontrada en estos pacientes, sería relevante estudiar en un futuro si la remisión de los mismos tiene alguna implicancia en el cuadro hipertensivo.

Dado que se trata de un estudio piloto que se ha realizado en un solo centro especializado y con una muestra de sujetos reducida, los datos hallados no pueden ser generalizados. Sería de suma utilidad la replicación multicéntrica de este estudio, dada la importancia clínica y terapéutica que podría tener la confirmación de estos hallazgos ■

Tabla 2
Prueba de 2 Proporciones

FRANJA ETÁREA: 21-39 AÑOS			FRANJA ETÁREA: 40-55 AÑOS		
Two-Sample Proportion Test Con/Sin Trastorno de Ansiedad			Two-Sample Proportion Test Con/Sin Trastorno de Ansiedad		
	Sample 1	Sample 2		Sample 1	Sample 2
Sample Size	13	70	Sample Size	44	42
Successes	11	20	Successes	30	13
Proportion	0.84615	0.28571	Proportion	0.68182	0.30952
Null Hypothesis: P1 = P2 Alternative Hyp: P1 > P2			Null Hypothesis: P1 = P2 Alternative Hyp: P1 > P2		
Difference	0.56044		Difference	0.37229	
SE (diff)	0.14609		SE (diff)	0.10786	
Z (uncorrected)	3.84	P 0.0001	Z (uncorrected)	3.45	P 0.0003
Z (corrected)	3.52	P 0.0002	Z (corrected)	3.24	P 0.0006
Fisher's Exact	0.0001		Fisher's Exact	0.0005	
95% Confidence Interval of Difference			95% Confidence Interval of Difference		
Lower Limit	0.33758		Lower Limit	0.17611	
Upper Limit	0.78330		Upper Limit	0.56848	
Two-Sample Proportion Test Agorafobia			Two-Sample Proportion Test Agorafobia		
	Sample 1	Sample 2		Sample 1	Sample 2
Sample Size	13	70	Sample Size	44	42
Successes	0	1	Successes	2	3
Proportion	0.00000	0.01429	Proportion	0.04545	0.07143
Null Hypothesis: P1 = P2 Alternative Hyp: P1 > P2			Null Hypothesis: P1 = P2 Alternative Hyp: P1 > P2		
Difference	-0.01429		Difference	-0.02597	
SE (diff)	0.03295		SE (diff)	0.05048	
Z (uncorrected)	-0.43	P 0.6677	Z (uncorrected)	-0.51	P 0.6966
Z (corrected)	0.95	P 0.8291	Z (corrected)	-0.05	P 0.5214
Fisher's Exact	0.5000		Fisher's Exact	0.6637	
95% Confidence Interval of Difference			95% Confidence Interval of Difference		
Lower Limit	-0.07887		Lower Limit	-0.12491	
Upper Limit	0.05029		Upper Limit	0.07297	
Two-Sample Proportion Test Trastorno de Angustia			Two-Sample Proportion Test Trastorno de Angustia		
	Sample 1	Sample 2		Sample 1	Sample 2
Sample Size	13	70	Sample Size	44	42
Successes	3	3	Successes	3	2
Proportion	0.23077	0.04286	Proportion	0.06818	0.04762
Null Hypothesis: P1 = P2 Alternative Hyp: P1 > P2			Null Hypothesis: P1 = P2 Alternative Hyp: P1 > P2		
Difference	0.18791		Difference	0.02056	
SE (diff)	0.07821		SE (diff)	0.05048	
Z (uncorrected)	2.40	P 0.0081	Z (uncorrected)	0.41	P 0.3419
Z (corrected)	1.82	P 0.0344	Z (corrected)	-0.05	P 0.4786
Fisher's Exact	0.0231		Fisher's Exact	0.5000	
95% Confidence Interval of Difference			95% Confidence Interval of Difference		
Lower Limit	-0.04598		Lower Limit	-0.07838	
Upper Limit	0.42181		Upper Limit	0.11950	
Two-Sample Proportion Test Trastorno de Angustia con Agorafobia			Two-Sample Proportion Test Trastorno de Angustia con Agorafobia		
	Sample 1	Sample 2		Sample 1	Sample 2
Sample Size	13	70	Sample Size	44	42
Successes	3	4	Successes	9	2
Proportion	0.23077	0.05714	Proportion	0.20455	0.04762
Null Hypothesis: P1 = P2 Alternative Hyp: P1 > P2			Null Hypothesis: P1 = P2 Alternative Hyp: P1 > P2		
Difference	0.17363		Difference	0.15693	
SE (diff)	0.08393		SE (diff)	0.07205	
Z (uncorrected)	2.07	P 0.0193	Z (uncorrected)	2.18	P 0.0147
Z (corrected)	1.53	P 0.0636	Z (corrected)	1.86	P 0.0318
Fisher's Exact	0.0367		Fisher's Exact	0.0248	
95% Confidence Interval of Difference					

Tabla 2
Prueba de 2 Proporciones (Continuación)

Lower Limit	0.00913		95% Confidence Interval of Difference		
Upper Limit	0.33812		Lower Limit	0.02145	
			Upper Limit	0.29240	
Two-Sample Proportion Test Fobia Específica			Two-Sample Proportion Test Fobia Específica		
	Sample 1	Sample 2		Sample 1	Sample 2
Sample Size	13	70	Sample Size	44	42
Successes	3	10	Successes	9	6
Proportion	0.23077	0.14286	Proportion	0.20455	0.14286
Null Hypothesis: P1 = P2			Null Hypothesis: P1 = P2		
Alternative Hyp: P1 > P2			Alternative Hyp: P1 > P2		
Difference	0.08791		Difference	0.06169	
SE (diff)	0.10976		SE (diff)	0.08186	
Z (uncorrected)	0.80	P 0.2116	Z (uncorrected)	0.75	P 0.2256
Z (corrected)	0.39	P 0.3500	Z (corrected)	0.47	P 0.3194
Fisher's Exact		0.3405	Fisher's Exact		0.2864
95% Confidence Interval of Difference			95% Confidence Interval of Difference		
Lower Limit	-0.12722		Lower Limit	-0.09876	
Upper Limit	0.30305		Upper Limit	0.22213	
Two-Sample Proportion Test Fobia Social			Two-Sample Proportion Test Fobia Social		
	Sample 1	Sample 2		Sample 1	Sample 2
Sample Size	13	70	Sample Size	44	42
Successes	3	3	Successes	10	2
Proportion	0.23077	0.04286	Proportion	0.22727	0.04762
Null Hypothesis: P1 = P2			Null Hypothesis: P1 = P2		
Alternative Hyp: P1 > P2			Alternative Hyp: P1 > P2		
Difference	0.18791		Difference	0.17965	
SE (diff)	0.07821		SE (diff)	0.07475	
Z (uncorrected)	2.40	P 0.0081	Z (uncorrected)	2.40	P 0.0081
Z (corrected)	1.82	P 0.0344	Z (corrected)	2.09	P 0.0182
Fisher's Exact		0.0231	Fisher's Exact		0.0133
95% Confidence Interval of Difference			95% Confidence Interval of Difference		
Lower Limit	-0.04598		Lower Limit	0.04008	
Upper Limit	0.42181		Upper Limit	0.31923	
Two-Sample Proportion Test TEPT			Two-Sample Proportion Test TEPT		
	Sample 1	Sample 2		Sample 1	Sample 2
Sample Size	13	70	Sample Size	44	42
Successes	1	6	Successes	1	2
Proportion	0.07692	0.08571	Proportion	0.02273	0.04762
Null Hypothesis: P1 = P2			Null Hypothesis: P1 = P2		
Alternative Hyp: P1 > P2			Alternative Hyp: P1 > P2		
Difference	-0.00879		Difference	-0.02489	
SE (diff)	0.08393		SE (diff)	0.03958	
Z (uncorrected)	-0.10	P 0.5417	Z (uncorrected)	-0.63	P 0.7353
Z (corrected)	0.44	P 0.6695	Z (corrected)	-0.04	P 0.5164
Fisher's Exact		0.5000	Fisher's Exact		0.6941
95% Confidence Interval of Difference			95% Confidence Interval of Difference		
Lower Limit	-0.17328		Lower Limit	-0.10247	
Upper Limit	0.15570		Upper Limit	0.05269	
Two-Sample Proportion Test TOC			Two-Sample Proportion Test TOC		
	Sample 1	Sample 2		Sample 1	Sample 2
Sample Size	13	70	Sample Size	44	42
Successes	0	3	Successes	1	0
Proportion	0.00000	0.04286	Proportion	0.02273	0.00000
Null Hypothesis: P1 = P2			Null Hypothesis: P1 = P2		
Alternative Hyp: P1 > P2			Alternative Hyp: P1 > P2		
Difference	-0.04286		Difference	0.02273	
SE (diff)	0.05637		SE (diff)	0.02313	
Z (uncorrected)	-0.76	P 0.7765	Z (uncorrected)	0.98	P 0.1629
Z (corrected)	0.05	P 0.5194	Z (corrected)	-0.02	P 0.4907
Fisher's Exact		0.5000	Fisher's Exact		0.5000
95% Confidence Interval of Difference			95% Confidence Interval of Difference		

Endocannabinoides: la plantita interior

Edda Adler

Doctora en Química. Investigadora Superior del CONICET. Instituto de Investigaciones Farmacológicas. Junín 956, 5° piso. Buenos Aires 1113.
Email: eadler@ffyba.uba.ar

Introducción

El cannabis (marihuana o hashish) es un producto natural extraído de la planta del cáñamo, o *Cannabis sativa*, que ha sido usado con fines médicos o recreativos desde hace varios miles de años y que ha provocado grandes controversias tanto en el dominio público como en la investigación médica. Desde el punto de vista de su potencial uso terapéutico el cannabis posee efectos analgésicos, antieméticos y estimulantes del apetito.

En 1992, un grupo de investigadores de la Universidad Hebrea de Jerusalem describió que en el cerebro, y en varios tejidos periféricos, el organismo fabricaba una sustancia que se unía a iguales sitios receptores que el principal compuesto psicoactivo de la marihuana, o delta 9-tetrahidrocannabinol (THC). Este cannabinoide endógeno fue denominado anandamida, palabra sánscrita que significa portador de paz o de felicidad interna(7) y se encontró que era sintetizado en respuesta a un aumento de la actividad nerviosa o de la actividad física moderada, tal como cincuenta minutos de ejercicio en una cinta o en una bicicleta fija(22).

Aunque pueda parecer sorprendente que el organismo posea su propia "plantita interior" –tal como fuera planteado por uno de los personajes de la historieta Mafalda frente a un cartel de "prohibido pisar el césped"– no es el primer caso de sustancia psicoactiva presente tanto en mamíferos como en vegetales. Ejemplo de ello son los opioides, analgésicos endógenos que se unen a iguales sitios receptores que la morfina. Un hallazgo interesante es que la morfina y el THC tienen efectos analgésicos sinérgicos en voluntarios humanos para los componentes afectivos del dolor(20).

Los endocannabinoides y la dependencia a la droga

Estudios recientes han mostrado que el sistema endocannabinoide no sólo reproduce las acciones de la marihuana sino que además está involucrado en mecanismos neurobiológicos comunes para la adicción a varias drogas(14).

Resumen

En el cerebro, y en varios tejidos periféricos, el organismo fabrica una sustancia que se une a iguales sitios receptores que el principal compuesto psicoactivo de la marihuana, el delta 9-tetrahidrocannabinol (THC). El cannabinoide endógeno fue denominado anandamida sobre la base de la palabra sánscrita ananda, que significa portador de paz o de felicidad interna. La anandamida reproduce las acciones de la marihuana, se sintetiza en respuesta a la actividad física y está involucrada en mecanismos neurobiológicos comunes para la adicción a drogas. Los receptores cannabinoide CB1 y sus ligandos endógenos están presentes en áreas del cerebro relacionadas con el circuito de recompensa. El bloqueo de los receptores CB1 es anorexígeno, y está siendo empleado en la terapéutica de la obesidad. Por el contrario, la activación de los receptores CB1 estimula el apetito y también tiene propiedades antieméticas y analgésicas, que ameritan el estudio de su probable empleo terapéutico.

Palabras clave: Cannabinoide – Anandamida – Marihuana – Recompensa – Adicciones

ENDOCANNABINOIDS: THE INSIDE PLANT

Summary

An endogenous compound that binds to the same receptor sites activated by the main psychoactive constituent of marijuana, delta 9-tetrahydrocannabinol (THC), is synthesised in the brain and in several peripheral tissues. The endogenous cannabinoid was named anandamide on the basis of the Sanskrit word ananda, that means bringer of inner bliss. Anandamide reproduces marijuana effects, is synthesised in response to physical activity, and is involved in neurobiologic mechanisms common to drug addiction. Cannabinoid CB1 receptors, and their endogenous ligands, are present in brain areas linked to reward circuits. The blockade of CB1 receptors causes anorexia and is being employed to treat obesity. On the contrary, activation of CB1 receptors has appetite stimulant, antiemetic and analgesic properties, that deserve to be studied for putative therapeutical uses.

Key words: Cannabinoids – Anandamide – Marijuana – Reward – Addictions

La adicción a drogas es un desorden crónicamente recurrente, caracterizado por cambios neurobiológicos que llevan a la búsqueda compulsiva y al consumo de la droga a pesar de sus consecuencias negativas. Las sustancias adictivas provocan inicialmente estados placenteros, tales como euforia o alivio de situaciones aflitivas. Su uso continuado induce cambios de adaptación en el sistema nervioso central, que llevan a la tolerancia, la dependencia física, la sensibilización, el deseo vehementemente y la reincidencia(1).

En términos generales todas las sustancias de abuso, entre ellas los opiodes, los cannabinoides, el etanol, la cocaína, las anfetaminas y la nicotina, interactúan con el así llamado sistema cerebral de recompensa, que consiste en un circuito de neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral y del núcleo accumbens, así como de la porción del haz del cerebro medio que une estas dos áreas(9).

Las drogas que activan los circuitos de recompensa en el cerebro, y que tienen en consecuencia potenciales acciones adictivas, aumentan el tono y la descarga de las neuronas dopaminérgicas, son auto-administradas por animales de experimentación y provocan la recaída en la búsqueda de droga cuando se interrumpe su administración.

Los cannabinoides habían sido considerados distintos de otras drogas que activan al circuito de recompensa, pero hoy se sabe que actúan a nivel dopaminérgico en forma análoga a la de otras sustancias de abuso. En relación con ello, uno de los mayores avances conceptuales en el campo de la investigación de adicciones ha sido considerarlas como un desorden en la formación de hábitos que dependen de la dopamina(24), en el que los endocannabinoides parecerían estar implicados. La estimulación de receptores dopaminérgicos del tipo D2 estimula la liberación del endocanabinoide anandamida en el estriado dorsal de ratas, lo que sugiere una interacción funcional entre los sistemas endocanabinoide y dopaminérgico(12).

Los circuitos del hedonismo

Si el placer es el fin supremo de la vida, puede ser de inestimable valor conocer las bases moleculares del hedonismo. La recompensa y la motivación han sido extensamente estudiadas en el contexto del abuso de drogas. Estudios recientes han sugerido que la adicción a la comida y a las drogas pueden basarse en caminos neuronales que se superponen(4).

Las neuronas dopaminérgicas mesolímbicas, que surgen en el área tegmental ventral y se proyectan hacia el núcleo accumbens, son parte del circuito cerebral que parece jugar un papel central en la mediación de los efectos de refuerzo o de recompensa de las drogas de abuso y de la comida y en el que estarían también implicados sistemas no dopaminérgicos, tales como los serotoninérgicos, opioides y cannabinoides. De hecho el sistema serotoninérgico ha sido el blanco de numerosas drogas para tratar la depresión y la obesidad(21).

Opioides y cannabinoides

Se ha encontrado que la distribución de receptores cannabinoides y opiodes, así como de sus ligandos endógenos, tiene un patrón similar dentro de las áreas del cerebro relacionadas con el circuito de recompensa.

Un ejemplo prototípico de interacción entre opiodes y cannabinoides surge de estudios experimentales sobre la adicción al alcohol. Resultados obtenidos en ratas indican que los agonistas de receptores cannabinoides CB1 estimulan el consumo de alcohol y que este efecto es suprimido tanto por bloqueantes de receptores cannabinoides como por bloqueantes de receptores opiodes. La evidencia opuesta, es decir que bloqueantes cannabinoides interfieren con el aumento del consumo de alcohol provocado por la morfina, apoya la existencia de una unión funcional entre los sistemas opiodes y cannabinoides en el control de la ingesta de alcohol y abren el camino para una estrategia terapéutica efectiva para el alcoholismo, que consistiría en la combinación de antagonistas de receptores opiodes y cannabinoides(2).

Los cannabinoides y los aspectos hedónicos de la comida

La sobrealimentación puede ser considerada como una adicción causada por la desregulación del sistema cerebral de recompensa(4). A la luz del conocimiento de la participación del sistema endocanabinoide en ese circuito de recompensa(12), es entonces concebible que los endocannabinoides participen en las conductas frente al alimento.

La habilidad de la *Cannabis sativa* para aumentar el apetito se conoce desde hace siglos, aunque la investigación intensiva de sus mecanismos moleculares de acción haya comenzado recién en la década de 1960, cuando se caracterizó al THC como su principal componente activo. Una serie de estudios sistemáticos conducidos en humanos confirmaron que el consumo de cannabinoides estimulaba el apetito, con un efecto concomitante en la selección de comidas sabrosas(3) y llevaron a proponer un papel central del sistema endocanabinoide en la obesidad. De la relación entre endocannabinoides y aumento en el consumo de alimentos, surgió la idea de que el bloqueo de receptores CB1 podría ser empleado en la terapéutica de la obesidad(6).

Paradójicamente, los niveles plasmáticos del endocanabinoide anandamida están significativamente aumentados tanto en mujeres afectadas por anorexia nerviosa con reducción de su peso corporal, como en aquellas pacientes con episodios de atracones y aumento del peso corporal(16). Se ha propuesto que el aumento en los niveles plasmáticos de anandamida es un fenómeno inespecífico, que refleja adaptaciones compensatorias al estado de alteración de las conductas alimenticias (16). Aumentos de similar magnitud en los niveles plasmáticos de anandamida también han sido descriptos para condiciones psiquiátricas tales como la esquizofrenia(5, 11).

En estudios realizados en pacientes esquizofrénicos se encontró que durante la fase aguda de la enfermedad estaba elevado el tenor de endocannabinoides en la sangre(5) y en el líquido cefalorraquídeo(11) y se propuso que ello podría reflejar una adaptación compensatoria al estado patológico.

En cuanto al significado fisiopatológico de los niveles aumentados de anandamida tanto en la anorexia nerviosa como en los pacientes con episodios de atracones de comida, no es un hecho fácil de explicar. Dado que la anandamida tiene un efecto estimulante sobre la ingesta de alimento existe la posibilidad de que en los anoréxicos restrictivos los aumentos en los niveles del endocanabinoide representen una respuesta de adaptación para contrarrestar la conducta restrictiva, aumentando el impulso para comer.

Sin embargo, este intento no sería aparentemente exitoso en los pacientes con anorexia, dado que estarían presentes mecanismos psicológicos que sobrepasan a los mecanismos biológicos en la regulación de la ingesta(16). En los pacientes con atracones de comida, por el contrario, la potenciación inducida por los endocannabinoides en la inclinación para comer, podría ser una de las causas que conllevan al consecuente aumento del peso corporal. Precisamente ese concepto es el que ha llevado a introducir a un antagonista de receptores CB1, el rimonabant, para el manejo terapéutico de la obesidad mórbida.

Sistema endocanabinoide, obesidad y depresión

El rimonabant es el primer bloqueante de los receptores CB1 que ha sido desarrollado para el tratamiento de la obesidad, el tabaquismo y los factores de riesgo cardiometabólico. Después de un año de tratamiento, el rimonabant lleva a mayor pérdida de peso que la producida por un placebo y también tiene efectos significativos en la interrupción del hábito de fumar. Sin embargo, la ansiedad y la depresión se encuentran entre sus efectos colaterales primarios(10).

Aunque algunos autores han propuesto que los antagonistas de receptores CB1 tendrían un papel terapéutico en el trastorno depresivo mayor (25), estudios experimentales acerca de la neurobiología de la depresión han mostrado que el bloqueo ya sea genético o farmacológico de los receptores cannabinoides CB1, induce un estado que es análogo a la depresión melancólica(13).

Si bien los casos de depresión atípica, que presentan aumentos en la ingesta de comida y concomitante ganancia de peso, serían más compatibles con un estado hipercanabinoide que con la deficiencia endocanabinoidea propuesta para la depresión melancólica(13), la administración de antagonistas de receptores CB1 para el manejo terapéutico de la depresión debería ser encarada con cautela.

Uno de los síntomas centrales de la depresión, especialmente la depresión melancólica, es la anhedonia, caracterizada por una respuesta alterada a los estímulos de recompensa(23). Dado que los endocannabinoides parecen jugar un papel crítico en el circuito cerebral que se activa ante las experiencias gratificantes o de recompensa(12), el empleo de antagonistas de sus receptores no parecería ser tampoco el primer abordaje terapéutico para el manejo de la obesidad y debería estar restringido a pacientes con obesidad mórbida, en los que la ecuación riesgo-beneficio está a favor de su empleo, porque los factores de riesgo cardiometabólico asociados con la obesidad son atemperados con éxito por el bloqueante CB1.

En los últimos años ha habido un progreso significativo en el conocimiento de los mecanismos moleculares de la acción de los cannabinoides, que ha llevado a considerarlos como posibles agentes terapéuticos para varias patologías. La investigación del potencial uso terapéutico de los cannabinoides comenzó en 1970, casi al mismo tiempo que la tintura de cannabis era retirada del mercado en el Reino Unido, fundamentalmente porque la mayor preocupación de las autoridades reguladoras era, en ese momento, la difusión del uso recreativo del cannabis(19).

Conclusiones

En respuesta al creciente número de trabajos sobre los efectos analgésicos del cannabis y del THC en varios modelos experimentales, se comienzan a desarrollar análogos sintéticos del THC como potenciales analgésicos. Surgió también el interés por sus propiedades antieméticas y estimulantes del apetito y alrededor de 1980 se aprobó en el Reino Unido el uso del THC (dronabinol, Marinol) y de su análogo sintético (nabilone, Cesa-met), como fármacos para suprimir las náuseas y vómitos producidas por la quimioterapia y como estimulantes del apetito en enfermos con SIDA(19).

Más recientemente, se renovó el interés por usar los cannabinoides como analgésicos. En ese sentido el Sativex, que contiene dos productos aislados del cáñamo, el THC y el canabidiol, ha sido recientemente patentado en Canadá como un tratamiento adyuvante en el alivio del dolor neuropático y de la espasticidad en pacientes con esclerosis múltiple(19).

Como en el caso de la historia del uso terapéutico de los opioides, la investigación sobre el cannabis es materia de controversias legales y morales. El futuro de su empleo terapéutico depende del desarrollo de estrategias que permitan prevenir sus efectos tóxicos.

En ese sentido, y dado que la anandamida tiene un efecto hipotensor a través de mecanismos compensatorios de la homeostasis vascular(8, 15), constituye un promisorio enfoque la posibilidad alternativa de manipular los niveles de cannabinoides endógenos ya sea para aumentarlos, como en el caso de la hipertensión arterial, o para disminuirlos, como en el caso de la hipotensión provocada por el shock séptico(17). Finalmente, el hallazgo de que los efectos vasorelajantes de la anandamida dependen críticamente de la presencia de estrógenos, valida la participación del sistema endocanabinoide no sólo en mecanismos fisiológicos centrales, como los involucrados en el circuito cerebral vinculado con la recompensa, sino también en procesos periféricos, como los que afectan la regulación cardiovascular, que estarían afectados durante la menopausia y que podrían reinstaurarse por la terapéutica de reemplazo hormonal(18).

Se concluye que hay un promisorio, aunque controvertido futuro, en el campo de la investigación de los cannabinoides, que no debería estar limitado por prejuicios relacionados con el uso de la marihuana como sustan-

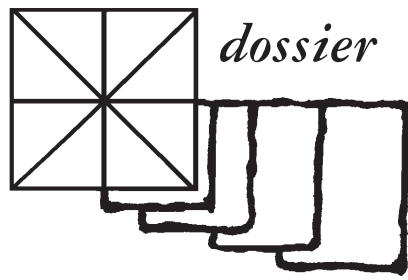
cia de abuso. El uso terapéutico de la morfina para el tratamiento del dolor es, por analogía, un ejemplo de la importancia de separar ambos conceptos en favor del bienestar del paciente ■

Referencias bibliográficas

1. Camí J, Farré M. Drug addiction. *The New England J Med* 2003; 349: 975-986.
2. Colombo G, Serra S, Vacca G, Carai MA, Gessa GL. Endocannabinoid system and alcohol addiction: pharmacological studies. *Pharmacol Biochem Behav* 2005; 81: 369-380.
3. Cota D, Marsicano G, Lutz B, Vicennati V, Stalla GK, Pasqualli R, Pagotto U. Endogenous cannabinoid system as a modulator of food intake. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27: 289-301.
4. Cota D, Tschöp MH, Horvath TL, Levine AS: Cannabinoids, opioids and eating behavior: The molecular face of hedonism?. *Brain Res Reviews* 2006; 51: 85-107.
5. De Marchi N, De Petrocellis L, Orlando P, Daniele F, Fezza F, Di Marzo V. Endocannabinoid signaling in the blood of patients with schizophrenia. *Lipids Health Dis* 2003; 19:2-5.
6. De Vries TJ, Schoffelmeer AN. Cannabinoid CB1 receptors control conditioned drug seeking. *TRENDS Pharmacol Sci* 2005; 26:420-426.
7. Devane WA, Hanus L, Breuer A, Pertwee RG, Stevenson LA, Griffin G, Gibson D, Mandelbaum A, Etinger A, Mechoulam R. Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor. *Science* 1992; 258:1946-1949.
8. García MC, Adler-Graschinsky E, Celuch SM. Role of CGRP and GABA in the hypotensive effect of intrathecally administered anandamide to anesthetized rats. *Eur J Pharmacol* 2006; 532: 88-98.
9. Gardner EL. Endocannabinoid signaling system and brain reward: Emphasis on dopamine. *Pharmacol Biochem Behav* 2005; 81:263-284.
10. Gelfand EV, Cannon CP. Rimonabant: a selective blocker of the cannabinoid CB1 receptors for the management of obesity, smoking cessation and cardiometabolic risk factors. *Expert Opin Investig Drugs* 2006; 15:307-315.
11. Giuffrida A, Leweke FM, Gerth CW, Schreiber D, Koethe D, Faulhaber J, Klosterkötter J, Piomelli D. Cerebrospinal anandamide levels are elevated in acute schizophrenia and are inversely correlated with psychotic symptoms. *Neuropsychopharmacology* 2004; 29:2108-2114.
12. Giuffrida A, Parsons LH, Kerr TM, Rodríguez de Fonseca F, Navarro M, Piomelli D. Dopamine activation of endogenous cannabinoid signaling in dorsal striatum. *Nature Neurosci* 1999;2: 358-363.
13. Hill MN, Gorzalka BB. Is there a role for the endocannabinoid system in the etiology and treatment of melancholic depression? *Behav Pharmacol* 2005; 16:333-352.
14. Maldonado R, Valverde O, Berrendero F. Involvement of the endocannabinoid system in drug addiction. *TRENDS Neurosci* 2006; 29: 225-232.
15. Mendizábal VE, Orliac ML, Adler-Graschinsky E. Long-term inhibition of nitric oxide synthase potentiates effects of anandamide in the rat mesenteric bed. *Eur J Pharmacol* 2001 ; 427: 251-262.
16. Monteleone P, Matias I, Martiadis V, De Petrocellis L, Maj M, Di Marzo V. Blood levels of the endocannabinoid anandamide are increased in anorexia nervosa and in binge-eating disorder, but not in bulimia nervosa. *Neuropsychopharmacology* 2005; 30:1216-1221.
17. Orliac ML, Peroni R, Celuch SM, Adler-Graschinsky E. Potentiation of anandamide effects in mesenteric beds isolated from endotoxemic rats. *J Pharmacol Exp Ther* 2003; 304: 179-184.
18. Peroni RN, Orliac ML, Becú-Villalobos D, Huidobro-Toro JP, Adler-Graschinsky E, Celuch SM. Sex-linked differences in the vasorelaxant effects of anandamide in vascular mesenteric beds: role of oestrogens. *Eur J Pharmacol* 2004, 493: 151-160.
19. Pertwee RG. Cannabinoid pharmacology: the first 66 years. *Br J Pharmacol* 2006 ; 147:S163-S171.
20. Roberts JD, Gennings C, Shih M. Synergistic affective analgesic interaction between delta-9-tetrahydrocannabinol and morphine. *Eur J Pharmacol* 2006 ;530: 54-58.
21. Simansky KJ. Serotonergic control of the organization of feeding and satiety. *Behav Brain Res* 1996; 73: 37-42.
22. Sparling PB, Giuffrida A, Piomelli D, Roskopf L, Dietrich A. Exercise activates the endocannabinoid system, *Neuroreport* 2003; 14: 2209-2211.
23. Willner P. Validity, reliability and utility of the chronic mild stress model of depression: a 10-year review and evaluation. *Psychopharmacology* 1997;134:319-329.
24. Wise RA. Dopamine, learning and motivation. *Nature Reviews Neurosci* 2004; 5: 483-494.
25. Witkin JM, Tzavara ET, Davis RJ, Xia L, Nomitos GG. A therapeutic role for cannabinoid CB1 receptor antagonists in major depressive disorders. *TRENDS Pharmacol Sci* 2005; 26:609-617.

Agradecimiento

Los trabajos sobre este tópico realizados en el Instituto de Investigaciones Farmacológicas fueron apoyados por los subsidios PICT 05-14107 del FONCYT y PIP 5695 del CONICET.



Prejuicio y estigma en psiquiatría

Coordinadores:

Santiago Levin y Daniel Matusevich

Los debates filosóficos en torno de la relación entre las palabras y las cosas, profusos durante los largos siglos de la vigilia humana¹, sobrepasan con mucho los objetivos de este Dossier pero lo justifican y, diríamos, lo enmarcan.

Palabras que clasifican, describen, designan, definen, incluyen y excluyen, igualan y diferencian; palabras que construyen a las cosas (como lo sugiere el poema citado a pie de página) partiendo inevitablemente de teorías que por regla general escapan a la conciencia de quien las porta y que, inadvertidamente, determinan la comunicación con el semejante así como cualquier intento de comprensión del fenómeno en sí.

El panorama se hace más complejo si agregamos la dimensión política, es decir la del poder. Porque la construcción del conocimiento, como es bien sabido, no es ajena al peso relativo

1. "Hay tanta soledad en ese oro. /La luna de los cielos no es la luna/ que vio el primer Adán. Los largos siglos/ de la vigilia humana la han colmado/ de antiguo llanto. Mírala. Es tu espejo". J. L. Borges, La luna.

de los diferentes factores de poder desde los que se instituyen las subjetividades de cada época. Conocimiento, poder, palabras, exclusión. Subjetividad, inconsciente, comunicación.

Marginación, clasificación. Es en este contexto que la delimitación de los conceptos de prejuicio y estigma se torna imprescindible: se trata de reflexionar acerca del basamento gnoseológico y ético desde el que emitimos juicios los profesionales de la Salud Mental.

El término prejuicio, derivado del latín *praejudicium*, ha sufrido, como la mayoría de las palabras, un cambio en su significado desde el período clásico: para los antiguos quería decir precedente, o sea un juicio que se basa en decisiones y experiencias previas. Más tarde adquirió en inglés la significación de un juicio formado antes del debido examen, un juicio prematuro y apresurado; por último el vocablo alcanzó su matiz emocional actual, haciendo referencia al estado de ánimo favorable o desfavorable que acompaña a ese juicio previo y sin fundamento.

En la década del cincuenta Gordon Allport acuñó una definición que ganó gran popularidad entre los

cientistas sociales y que es la siguiente: pensar mal de otras personas sin motivo suficiente. Esta escueta enunciación contiene dos ingredientes esenciales que no deben ser soslayados: por un lado hace referencia a lo infundado del juicio y por el otro rescata el tono afectivo que siempre conlleva la mirada prejuiciosa.

Los antiguos griegos crearon el término estigma para referirse a los signos corporales que, a la manera de una "marca de infamia", revelan algo malo, oscuro, que menoscaba la catadura moral de quien los presenta. Erving Goffman sostiene que se pueden distinguir tres tipos de estigmas notoriamente diferentes: las abominaciones del cuerpo, los defectos de carácter (adicciones a las drogas, reclusiones, homosexualidad, alcoholismo, perturbaciones mentales, desempleo, intentos de suicidio) y los estigmas tribales de la raza, la religión y la nación.

Es fundamental que quede claro cuál es el marco teórico o la matriz disciplinar desde la que se parte, porque el punto de partida de alguna manera condicionará el destino de arriba: la campaña contra la discriminación y el estigma llevada adelante por la Organización Mundial de Psiquiatría (WPA) a partir del año 1996 dedicó solamente catorce renglones (j) para definir su "marco teórico" (conceptual framework) a partir del cual precisó sus políticas y estrategias (con el apoyo, dicho sea de paso, de los laboratorios Elli Lilly que proveyeron la "logística" para iniciar el programa).

El modelo operacional seleccionado es el llamado "círculo vicioso de la estigmatización" (vicious cycle of stigmatization) que es el que define al estigma como "una debilidad

severa creada por la enfermedad que forma parte de un círculo vicioso que continuará creciendo a menos que sea interrumpido". La enfermedad blanco sobre la que se focalizó el programa fue la esquizofrenia, debido a que este padecimiento es considerado el paradigma de la locura.

Si bien podemos considerar esta iniciativa y otras similares que se llevaron adelante como parcialmente beneficiosas, debemos señalar que con esta modalidad de "campañas de educación" enmarcadas en la corriente de la corrección política no se llega al corazón del problema; es necesario diseñar una agenda donde figuren cuestiones como exclusión social, progreso, democracia, derechos humanos, participación comunitaria, etc., en donde las respuestas no estén sólo del lado de la ciencia médica y en la cual los pacientes no sean meros observadores con la única función de aguardar a que la "evolución científica" descubra la piedra filosofal que solucione todos los padecimientos; en una palabra, una agenda en la que la participación del colectivo social sea la norma.

Cuando la hegemonía del paradigma positivista expulsó de la realidad todo aquello no verificable, muchas preguntas suscitadas por la enfermedad y sus metáforas quedaron sin respuesta, aunque la eficacia de la medicina aumentara y, como dice Joseph Canals, llegara a conseguir cierto carisma mágico; ¿cómo rescatar el sentido de los padecimientos en los tiempos de la "atención gerenciada" (managed care) y la formación globalizada?

Estamos de acuerdo con Patrick Bracken y Philip Thomas cuando alertan contra los efectos de los

diagnósticos en tanto que inducen a los pacientes a adoptar una posición pasiva en relación a la enfermedad, generando un fenómeno de “desempoderamiento” a la par que transformando las experiencias subjetivas individuales en síntomas. Desde ese lugar de pasividad se hace por demás dificultoso sortear la telaraña de prejuicios y estigma que confinan al paciente a un eterno presente constituido por las nuevas formas de cronicidad psiquiátrica.

Al igual que la Antropología con el salvaje/primitivo, la Psiquiatría se estrena como disciplina estudiando al otro diferente: el loco/alienado (observe el lector que los términos pueden combinarse sin perder un ápice de sentido estigmatizante: el loco salvaje, el salvaje loco). Originada en la Europa de la Revolución Industrial, la Antropología se aboca a la descripción de las “costumbres” de los habitantes originarios de las colonias ultramarinas, no occidentales. Eurocéntrica y etnocéntrica en sus inicios, la disciplina antropológica atraviesa una radical transformación a lo largo del siglo veinte que la aleja de sus orígenes coloniales para posicionarse como disciplina que estudia, precisamente, los determinantes de la singularidad cultural y la relación entre discriminación y poder.

No puede decirse lo mismo de la Psiquiatría, cuyas transformaciones en tres siglos de existencia se debieron más a causas externas que internas, y que continúa utilizando categorías demasiado próximas a las originarias (a pesar de importantes novedades entre las que se debe mencionar el nacimiento de la neurociencia, la innegable revolución de la psicofarmacología y los aportes fundamentales provenientes del psicoanálisis y la filosofía).

A diferencia de la Antropología (al menos de gran parte de ella), la Psiquiatría (nuestra especialidad) no ha dejado de ser un instrumento del poder; del poder normalizador, normatizador y marginador, es decir, del poder que determina quién está de qué lado de la línea que separa a los normales de los anormales. Irónicamente, una disciplina termina transformándose en denunciante de la otra.

La Psiquiatría no ha sido sorda a estas denuncias; los ejemplos no son pocos, pero se ha tratado casi siempre de posiciones minoritarias. En líneas generales, continúa comportándose como una disciplina reacia a hacerse preguntas y cuestionamientos de fondo, apoyada en verdades anticuadas que de poco sirven a la hora de intentar comprender una realidad social, cultural y política que no hace más que transformarse ante nuestros ojos. ¿Cuánto hay de prejuicio en la mirada psiquiátrica? ¿Cuál es la relación entre prejuicio e ignorancia? ¿Cómo categorizar al prejuicio desde el punto de vista psicodinámico y ético? ¿Cómo se posiciona esta disciplina asistencial frente a las nuevas conformaciones familiares, a los problemas de género, a los problemas teóricos, a las novedosas formas del padecimiento social? ¿Qué sucede con la religión, con la “sabiduría popular”, con las “terapias alternativas”, con los actuales derroteros de las identidades sexuales? ¿Que lugar ocupan asociaciones como Mad Pride, Hearing Voices Network o Stopshrinks en el mapa psiquiátrico actual? Estas son algunas de las preguntas que animaron la idea de preparar el presente Dossier, que consta de cinco artículos.

En el primer trabajo, Juan Carlos Fantín presenta un seguimiento del con-

cepto de prejuicio desde los albores de la ciencia moderna hasta nuestros días, haciendo un contrapunto entre la noción de prejuicio y la de evidencia. Se propone demostrar la multivocidad de los esquemas evidencia-prejuicio, y reconsiderar críticamente su utilización en la psiquiatría actual.

El conocimiento del mundo en el cual se instaure nuestra realidad “no se realiza por la experiencia sino por la compleja relación entre lo vivido y los discursos previos o posteriores que la significan y articulan”. Así comienza el artículo de Silvia Bleichmar, que tiene por objeto hacer una distinción entre creencia y prejuicio, enfocando el problema tanto desde el punto de vista epistemológico como psicodinámico, sin soslayar las implicancias éticas y morales de tal distinción.

En el tercer artículo, Alejandro Kaufman analiza los discursos “que confían en la lucha contra el prejuicio y la discriminación como proyecto apropiado para fines emancipatorios”, así como las diversas tramas normativas en las que los términos prejuicio y discriminación se instalan (definidas por las tensiones históricas y políticas entre las demandas de igualdad y las prácticas discriminatorias). Términos (prejuicio y discriminación) tan necesarios como insuficientes, como queda dicho desde el mismo título del trabajo.

Laura Sobredo escribe sobre los prejuicios, las mujeres y la psiquiatría; propone un cruce

entre la noción de género como “una categoría histórico-social que se refiere a las relaciones sociales de poder y subordinación que se establecen entre varones y mujeres” y la de prejuicio en psiquiatría, a partir del análisis del Complejo de Edipo en la mujer (teorización incompleta, especie de costilla de Adán del psicoanálisis originario).

Por último Pablo Gagliesi nos invita a reflexionar sobre el concepto de familia, ese constructo socio-histórico-político-social que está en la base del programa de la modernidad desde sus mismos inicios, a partir de la experiencia en psicoterapia con las comunidades gay-lésbica-travesti-transsexual-bisexual-intersexual (GLT-TBI): La pregunta que recorre este texto es: “qué nos dicen los padres y madres gays y lesbianas sobre los modos de relación y configuración que proponen. Y cómo debemos los terapeutas responder a ellos”.

He aquí un conjunto de trabajos sobre el amplio, apasionante y complejo campo del prejuicio y de su peor consecuencia: el estigma social. Reflexionar sobre estas temáticas constituye un llamado de atención sobre la simplificación y el peligro que resulta de dividir el mundo en diferentes e iguales, a la vez que un intento de posicionamiento ético alejado de la noción incurablemente autoritaria de tolerancia con lo diferente y más cercano, tal vez, al ideal del amor por la alteridad ■

Prejuicio y evidencia, oposiciones y convergencias en la psiquiatría actual

Juan Carlos Fantin

Psiquiatra y Psicoanalista. Médico de planta de la División Salud Mental del Hospital "T. Álvarez". Docente UBA. Miembro del Capítulo de Epistemología e Historia de la Psiquiatría de APSA. Secretario Científico de la AASM - jcfantin@speedy.com.ar

Introducción

El vocablo "prejuicio" responde a uno de esos conceptos de mayor complejidad, en relación a las perspectivas de análisis posible. Desde un desapasionado análisis lingüístico-gramatical, que lo define como un decir previo a un 'juicio', hasta un encendido alegato que coloca al 'prejuicio' como el motivo de graves y dolorosas circunstancias de la relación entre los seres humanos. En medio de estos extremos existe toda una diversidad de matices. De todos modos, aunque se proponga una de las tantas perspectivas, persisten –en algún grado mayor o menor– las implicancias de las otras.

Habiendo hecho esta aclaración, y sin desmedro del universo conceptual que desencadena la noción de prejuicio, el presente trabajo se abocará a un camino de su discernimiento, y desembocará en un problema específico.

El camino es el filosófico-epistemológico, y el problema es el del lugar del 'prejuicio' y la 'evidencia' en psiquiatría y salud mental desde la perspectiva epistemológica (sin olvidar, como ya señaláramos, que aunque fuere un relevamiento conceptual, nuestras conclusiones afectan relaciones tan sensibles y cargadas de consecuencias, como las del profesional y su paciente).

El despuntar de la ciencia moderna

Un punto de comienzo, para nuestro propósito, se encuentra en el despuntar de las reflexiones en torno a la ciencia en la modernidad, que constituye, además, podría

afirmarse, el comienzo de la epistemología como reflexión de la filosofía acerca del conocimiento científico.

Justamente la defensa del conocimiento científico, encendida y dramatizada en la valiente gesta de Galileo Galilei, es una enorme reacción en contra del 'prejuicio' medieval, donde la única verdad es la Verdad Revelada (en las escrituras o en la obra de Aristóteles), y sus únicos administradores son aquellos elegidos y ungidos por la religión. Dicho de un modo más esclarecedor y menos unilateral, aquello que había sido la Verdad (con mayúsculas) se muestra como un enconado y falso universo de prejuicios, culpable de los males que el oscurantismo causa a los hombres.

Es así que, en los inicios de la ciencia moderna, puede afirmar Bacon que la misma tiene por misión mejorar la suerte del hombre en la tierra.

Es Renato Descartes, a principios del siglo XVII, quien contrapone la noción de 'prejuicio' a la de 'evidencia' (aquella como su mal y ésta como su cura), iniciando una relación que puede rastrearse a lo largo de cuatro siglos de epistemología(2, 10).

Cuando Descartes enuncia las reglas del método, refiere así el primero de sus preceptos: "Fue el primero, no admitir como verdadera cosa alguna, como no supiese con evidencia que lo es; es decir evitar cuidadosamente la precipitación y la prevención, y no comprender en mis juicios nada más que lo que se presentase tan clara y distintamente a mi espíritu, que no hubiese ninguna ocasión de ponerlo en duda"(4).

En este precepto fundamental Descartes relaciona *por oposición evidencia* con 'precipitación' y 'prevención'. La

Resumen

La noción de prejuicio en epistemología comienza con la reflexión misma acerca de la ciencia moderna, en los inicios de la misma. Desde el principio contrapuesta a la noción de evidencia, puede rastrearse hasta nuestros días, donde las sucesivas 'epistemologías' van considerando prejuicio lo que para otras era evidencia y viceversa. El presente trabajo pretende demostrar la multivocidad de los esquemas evidencia-prejuicio, y reconsiderar críticamente su utilización en la psiquiatría actual.

Palabras clave: Prejuicio – Evidencia – Epistemología – Esquemas evidencia-prejuicio

PREJUDICE AND EVIDENCE, OPPOSITIONS AND CONVERGENCIAS IN TODAY'S PSYCHIATRY

Summary

The notion of prejudice in epistemology starts in the early times of modern thought, together with the first reflections on science. Tracks of the notion of prejudice can be followed right up to our own days, all throughout the succession of epistemologies, with such notion always opposed to the notion of evidence. However, what in one epistemology stands for prejudice, is labeled as evidence in subsequent epistemologies, and the other way round. The present work aims at demonstrating the multivocal character of the evidence-prejudice schemas, and at critically reconsidering its use in present psychiatry.

Key words: Prejudice – Evidence – Epistemology – Evidence-prejudice schemas



precipitación refiere a elaborar un juicio antes de llegar a la evidencia; mientras que prevención equivale a los *prejuicios*.

De modo que arribar a la *evidencia*, nos preserva, según Descartes, de los *prejuicios*, de todos los conocimientos que no provengan del riguroso método.

Sin embargo *evidencia* no tiene un sentido unívoco, y el pensador francés se afana por definir aquello que no puede ser puesto en duda. Para el racionalista Descartes, se trata entonces de encontrar en su pensamiento “ideas claras (intensas, actuales) y distintas (no confusas, no entremezcladas)”, entendiendo que nuestra mente posee una serie de “ideas innatas” de este tipo, desde las cuales, por rigurosa deducción, construir el conocimiento. Las reglas que siguen dirán cómo llegar a estas ideas y, luego, cómo relacionarlas a fin de elaborar el conocimiento. Las matemáticas muestran, de modo eminente, la propuesta cartesiana.

Remarquemos que, ya en la temprana reflexión acerca del conocimiento de las ciencias, *evidencia* se opone a *prejuicios*; aquélla como lo que debe ser logrado, y ésta como lo que debe ser evitado.

Sin embargo, contemporáneamente a Descartes, existe –principalmente en Inglaterra– una corriente opuesta al pensamiento cartesiano.

Los *empiristas* harán partir todo conocimiento de la experiencia (dogma empirista), entendiendo ésta como todo aquel material, proveniente del mundo externo, que es captado por los sentidos. La sensopercepción se eleva así a la categoría primaria en el orden del

conocimiento; las ideas serán sólo secundarias, derivadas de impresiones preexistentes(15).

Las *ideas innatas* que surgen como *evidencia* necesaria en el sistema cartesiano, representan, a los empiristas, un *prejuicio* inaceptable; adoptando la concepción de que el ‘espíritu’ (la mente) es una *tabula rasa*, una hoja en blanco, previa a las impresiones captadas por los sentidos.

Los empiristas (cuyo más acabado exponente es el escocés David Hume(9)) entienden que la propuesta cartesiana deja abierta la posibilidad de la metafísica, en el pésimo sentido que había adquirido para el hombre moderno: construcciones imaginarias y fantasiosas, pseudoconocimientos que se tornan dogmáticos. A fin de preservar la ‘verdad’ del conocimiento, el fundamento debe hallarse en un ‘objeto’ trascendente al sujeto a la vez que material; esto sólo se consigue, para los empiristas, a través del material sensible proveniente de los objetos naturales.

La crítica de los empiristas demuele cualquier *concepto* o *categoría* que no tenga origen en el material sensible y, con ello, categorías muy caras a la ciencia, como *causa* y *substancia*. El problema es que el material sensible es siempre variable y contingente, y la ciencia requiere proposiciones inmutables y necesarias.

El empirismo, en sucesivas renovaciones, será siempre bienvenido por los cultores de las ciencias ‘duras’.

La ciencia consolidada

Sin embargo, a fines del siglo XVIII, con una ciencia ya consolidada, que no se preocupa de ninguna justificación, Immanuel Kant, propone una nueva crítica epistemológica, que podríamos superponer al esquema *evidencia-prejuicio*(2, 20).

Unas breves citas de Kant tendrán la suficiente elocuencia para nuestra síntesis: “ni conceptos sin intuición que de alguna manera les corresponda, *ni intuición sin conceptos pueden dar conocimiento*” y “*pensamientos sin contenido son vacíos, intuiciones sin conceptos son ciegas*”(12).

Kant ve claramente que no hay conocimiento que no conlleve alguna suerte de conjunción entre los *conceptos* (como quería el Racionalismo) –sin los cuales las sensopercepciones son ciegas– y las *intuiciones* o *percepciones* (como quería el Empirismo), sin las cuales los conceptos son vacíos

Mas esta suerte de conjunción particular, de la cual resulta el conocimiento, no se produce en los ‘objetos’ de la experiencia, sino en el ‘sujeto’ noscente; por eso, en una cita conclusiva, Kant dirá:

“Las condiciones de posibilidad de la experiencia en general son a la vez condiciones de posibilidad de los objetos de la experiencia”(12).

Es decir que tanto lo que llamamos experiencia, como los que llamamos sus objetos, tienen condiciones derivadas de esta suerte de síntesis que se da en el sujeto que conoce.

Veamos que, aquello que resultaba ‘*evidente*’ para racionalistas y empiristas –a saber, la existencia de objetos externos determinantes del conocimiento– es para Kant un prejuicio del Realismo; y es *evidente* que tanto el conocimiento científico como sus objetos se construyen con sensaciones y conceptos, a través de una operación del ‘sujeto’ que conoce.

El conocimiento –dirá Kant– *proviene* de la experiencia, pero no se *origina* todo en ésta.

Los intentos decisivos de justificación del saber científico. Las crisis

El siglo XIX retomará las posiciones epistemológicas de los siglos que lo precedieron, pero trazará líneas diferenciadas que se plasmarán en propuestas originales en el siglo siguiente.

Por un lado, el intento de una “ciencia estricta” como *desideratum* filosófico que sirva de fundamento a todo el resto del saber científico, que se verifica en el pensamiento de Husserl como búsqueda de un saber sin prejuicios o supuestos; y que desembocará en la crítica –inmanente– de Heidegger, y la propuesta de una nueva relación entre metafísica y ciencia. Por otro, el positivismo, que desembocará en el positivismo lógico (tercera década del siglo XX), con su decidido intento de poner a la filosofía –y al pensamiento en general– al servicio de la fundamentación del método y el discurso científicos, provocará la crítica de Popper.

Retomando el impulso cartesiano, casi tres siglos después, Husserl afirma lo siguiente: “*la filosofía requiere una crítica universal y absoluta, que a su vez tiene*

que empezar por crearse un universo de absoluta exención de prejuicios, absteniéndose de tomar toda posición que pretexe la existencia de cualquier realidad”(2, 19).

Es el ‘Principio de exención de los supuestos’(2, 3). Los ‘prejuicios’ son para Husserl supuestos, que si bien son admisibles en las ciencias particulares, no pueden serlo para “la ciencia estricta”, lugar que propone a la filosofía, sin la cual siempre habrá lugar para una crisis de las ciencias. Husserl prevé y advierte de tal posibilidad de crisis (que luego se verificará aun en la física) pero no lo asume como condición del saber científico (como ocurre en Heidegger y luego en Kuhn), sino que intenta un método que evite toda posible grieta en el edificio conceptual.

Inmediatamente la crítica a la presencia de *prejuicios* en el saber, lleva a la delimitación conceptual de la *evidencia*; donde, si bien Husserl está consciente de retomar a Descartes, ya no puede formularse en los mismos términos que tres siglos atrás.

Dice entonces: “*yo no puedo formular o admitir como válido ningún juicio que no haya sacado de la fuente de la evidencia, de “experiencias” en las cuales me estén presentes las respectivas cosas y hechos “ellos mismos”*”.

Y luego: “*toda intuición en que se da algo originariamente es una fuente de derecho del conocimiento [...] todo lo que se nos brinda originariamente (por decirlo así, en realidad corpórea) en la “intuición”, hay que tomarlo simplemente como se da, pero también dentro de los límites en que se da”*”.

Las cosas se dan en la intuición tal como son, si las tomamos tal como se dan y no afirmamos nada más que lo que se halla dentro de los límites en que se da; esto es para Husserl tomar los ‘hechos’ como ‘fenómeno’ en sentido estricto, como lo que se muestra tal como se muestra.

Siguiendo el ejemplo que nos presenta A. Carpio en su libro (al que le debemos más de una referencia y enseñanza), puedo afirmar el conocimiento, por ejemplo, de un centauro, a condición de que lo enmarquemos dentro de los límites en que se da: como una producción imaginaria(2).

Husserl devuelve de este modo, con pleno derecho, al universo del conocimiento, todo tipo de ente y no sólo los sensibles (como afirmaban los positivistas); en definitiva, en sentido estricto, la experiencia que tenemos de las cosas no es sólo experiencia sensible. Esto es lo *evidente* para Husserl, quien intentará fundamentar todo el conocimiento en una subjetividad constituyente del fenómeno de mundo. Los empiristas, que tanto se afirmaron en la *experiencia*, incurrieron en un *prejuicio* en relación a la misma.

Remarquemos que la idea de Husserl de reducir el mundo a fenómeno de mundo, es consecuente con el intento de fundamentar absolutamente –sin prejuicios o supuestos– dicho fenómeno en una *subjetividad* constituyente.

La crítica de Heidegger a Husserl es muy compleja y profunda y excede con mucho este ensayo(2, 3); pero un párrafo de *Ser y tiempo* (publicado en 1927, escrito antes), pondrá de manifiesto su fundamental diferencia de posición respecto de la ciencia y revelará una clara anticipación de una epistemología posterior (como la de Kuhn, en la segunda mitad del siglo XX).

Escribe tempranamente Heidegger: “El verdadero “movimiento” de las ciencias es el de revisión de los conceptos fundamentales, que puede ser más o menos radical y “ver a través” de sí mismo también más o menos. El nivel de una ciencia se determina por su capacidad de experimentar una crisis de sus conceptos fundamentales. En tales crisis de las ciencias vacila la relación misma de la investigación positiva con las cosas a las que se pregunta”(8).

Para el pensador de Friburgo, la exención de todo supuesto (*prejuicio*) en una ciencia, es un *prejuicio*; por el contrario, las ciencias se mueven en relación a la revisión de sus ‘conceptos fundamentales’ (sus supuestos básicos), y su nivel se determina por su capacidad de experimentar una crisis de los mismos, no por no experimentar crisis alguna. Una ciencia posee una *relación* inmanente entre sus capacidades de investigación y las cosas a las que se pregunta, el mundo de entes que esta misma investigación descubre; ésta es la que varía en las crisis.

Vemos aquí que la *evidencia* pasa por una relación particular y estable de la investigación positiva y el propio universo de ‘cosas’ sobre las cuales esta misma investigación genera una pregunta.

La filosofía de Heidegger no es de aquellas que gocen de simpatía en el ambiente científico; en ocasiones, ni siquiera es bien tolerada en el mismo. Por ello es más llamativo ver que la otra corriente que surge en el siglo XX, a partir del positivismo lógico y sus críticas posteriores (la filosofía de Wittgenstein, el hipotético-deductivismo y los paradigmas de Kuhn), se acerquen, sin superponerse, a los planteos de Heidegger antes esbozados.

El movimiento llamado positivismo lógico estuvo conformado no sólo por filósofos sino por científicos que, en la tercera década del siglo XX, intentaron fundamentar el método científico en la *inducción*, y el lenguaje científico en la lógica simbólica, generando un lenguaje totalmente formalizado que funcionara como ‘metalenguaje’ de cualquier discurso(1, 15).

Sobre la observación del hecho (experiencia sensible), se genera un ‘enunciado protocolar’ a partir del cual, por rigurosa deducción, se obtiene un lenguaje que conserva así la ‘verdad’ sustentada en la experiencia sensible del hecho. Esta reedición del empirismo pone la *evidencia* en la percepción del científico y en la inducción como método empirista por excelencia, pero olvida sus propios *prejuicios*.

Entre ellos –si bien no los únicos, dejaremos de lado los relativos a la relación entre ‘lenguaje’ y ‘realidad’– que no existen ‘hechos’ para el investigador, más allá de las ‘teorías’ que los delimitan como tales; otro, que el principio de la inducción, justamente el que permite que de una serie de observaciones de casos particulares se pase a una ley general (que vale para todo tiempo y lugar), no es nada empírico, es un postulado, pues nunca pueden constatarse todos los casos en las condiciones que exige la ley científica.

Sobre esta crítica incidirá Popper y su método hipotético-deductivo. Para éste se parte de hipótesis (teorías) de las que, por rigurosa deducción, se llega a enunciados simples que puedan ser verificados empíricamente. Si, por experimentación, se confirma la

verdad del enunciado, la hipótesis se corrobora; de lo contrario, se refuta. Hay que observar que, como la hipótesis es una ley (vale para todos los casos, en todo tiempo y lugar), la experiencia la corrobora pero siempre puede surgir un hecho que la refute. Por el contrario, un solo hecho adverso refuta el enunciado general. Si bien el planteo es más complejo, nos sirve esta forma simplificada para ver que en Popper la fuente de *evidencia* es negativa, mientras que es un *prejuicio* considerar que pueda haber un conocimiento que no sea provisorio, como buscaron las epistemologías anteriores(18, 17).

En el contexto de este trabajo conviene destacar que, en la psiquiatría, la disputa entre Kraepelin y Bleuler acerca de la *Demencia Precoz*, mucho tiempo antes de la crítica al positivismo lógico, había puesto en evidencia la insuficiencia de la pura observación; es decir, la necesidad de un principio teórico, a fin de comprender y delimitar el cuadro clínico(5).

El método hipotético-deductivo rige hoy, en buena medida, las concepciones científicas.

En la epistemología de los paradigmas T. Kuhn(14, 6), por el contrario, plantea una *evidencia* positiva, pero relativa a un contexto histórico-social en el cual se desarrolla una estructura teórico-práctica con sus supuestos básicos, sus leyes y sus reglas de aplicación llamada *paradigma*. El paradigma descubre sus propios problemas, su realidad, y provee de la metodología para investigarlos. Cuando surgen y perduran suficientes cuestiones sin respuesta (*anomalías*), se produce una *crisis* y una *revolución*, con el surgimiento de un nuevo paradigma que da mejor cuenta de los problemas a investigar; el anterior, simplemente se abandona. La *evidencia* está en esta relación intraparadigmática con las ‘cosas’ a investigar; para Kuhn es un *prejuicio* creer que hay objetos más allá del paradigma, y que la ciencia se halle por fuera de la historia y la sociedad(17).

‘Prejuicio’ y ‘evidencia’ en psiquiatría

Hemos realizado una síntesis excesivamente apretada pero que cumple con el objetivo de sustentar que lo que supone *evidencia* bajo una perspectiva, puede ser *prejuicio* en otra, y viceversa. Por lo tanto, al ‘basarnos en la evidencia’, como pretende buena parte de la medicina actual, deberíamos intentar discernir críticamente aquello que llamamos *evidencia*, más aún si nuestro campo de aplicación no se remite al conocimiento en general sino a un campo tan particular y específico como lo es el de la medicina.

Una cita de Klimovsky y Asúa(13) es lo suficientemente elocuente para lo que queremos decir: “En principio adscribiremos a la posición que plantea que el método científico, como tal, no existe. Las ciencias formales tienen un método particular (axiomático) y respecto de las fácticas es posible postular una cierta “estrategia común” [...], pero aceptando que las ciencias particulares tienen de suyo derecho a la utilización de metodologías particulares”.

Si esto es así para las “ciencias particulares”, qué tanto más será para la psiquiatría.

Tomemos una afirmación de George Lanteri-Laura



–psiquiatra, historiador y epistemólogo– quien en una obra de madurez, escribe: “Para que algo como la psiquiatría pueda ser formulado hay que situarse de antemano en una cultura que posea una *cierta representación de algo como la locura* y que por otra parte cuente con cierta manera de dar respuesta al dolor y la impotencia por medio de algo como una medicina, en la acepción que tomó este término desde el siglo V antes de nuestra era en Grecia. Examinemos estas dos exigencias a la vez temporales y lógicas”(16).

El autor plantea que la psiquiatría, en su formulación, queda siempre ligada a una doble subordinación. Una de ellas, con la cultura. Toda cultura, rudimentaria o no, aunque carezca de una psiquiatría, genera en su seno ‘imágenes’ de lo que la *locura es* (obviamente, para esa cultura); y éstas funcionan como soporte obligado de la determinación y función de la psiquiatría, dentro del mismo ámbito histórico-cultural. La segunda subordinación surge del requisito mismo de constitución de la psiquiatría: una medicina, claramente definida (diagnóstico, pronóstico, terapéutica, etc.), que de cuenta de algunos aspectos de dichas representaciones. Por eso puede concluir: “[...] la psiquiatría se constituye como la disciplina que, a partir de las representaciones sociales de la locura, opera una reducción a aquello de lo que puede pretender dar cuenta la medicina.”

Esta doble subordinación nos ‘advierde’ en un doble sentido: las fronteras de la psiquiatría no son claras; incluso puede hablarse de zonas donde existe una doble tendencia, siempre presente, más aún cuando vacilan las mismas ‘representaciones culturales’ a extenderse de una manera ilimitada sobre la cultura toda. Como decía

Pinel(16): “Esto sería entonces erigirse en censor supremo de la vida privada y pública de los hombres” lo que, de hecho, muchas veces ocurre; o a encerrarse en una concepción reducida y reduccionista que se va tornando casi inútil, porque el malestar ‘psíquico’ queda cada vez más por fuera siquiera del atisbo de la mirada misma de la psiquiatría.

En relación a nuestro planteo original, lo que surge como evidente en lo dicho, es la heterogeneidad de referencias (etiológicas, clínicas, históricas, sociales) que anidan en el universo conceptual de la psiquiatría.

¿Cuál será entonces la *evidencia* en esta disciplina, que nos preserve de los *prejuicios*, según ha requerido siempre toda proposición científica?

Ejemplo y propuestas

Un ejemplo puede ser elocuente. En un actual texto de Psiquiatría utilizado en la Universidad de Oxford para la formación de médicos, se insiste en la intención de haber *basado en la evidencia* los conocimientos allí volcados(7). En el capítulo del mismo texto titulado “Etiología y bases científicas de la psiquiatría” se describe como ‘caso’ el de un paciente con un cuadro depresivo; luego de su lectura clínica; claramente se insiste en que, en psiquiatría, existe una “interacción de diferentes causas en un único caso”. No obstante, párrafo seguido, vuelve a insistirse, ampliándose la afirmación, considerando que debe utilizarse tanto un “enfoque cuantitativo” que explique, como un “enfoque cualitativo” que comprenda, remedando la clásica clasificación de Jaspers de acceso a la psicopatolo-



gía(11). Dicho enfoque cualitativo tampoco es unívoco, sino que se ‘comprende’ de acuerdo al ‘modelo teórico’ del cual se parte.

El mismo capítulo, sobre bases científicas, culmina con un apartado de medicina y luego otro de psiquiatría basada en la *evidencia*, donde invita a utilizar bases de datos de alto predominio cuantitativo (siguiendo el léxico del texto), donde la mayoría de los trabajos se rigen y parten de una clasificación pretendidamente atórica (siguiendo, por otro lado, lo que parece ser el sello de seriedad de la medicina de la época), pudiendo caer, en un *prejuicio* reduccionista que insistió en evitar. Hay que aclarar que no se trata de un texto aislado, sino –de algún modo– paradigmático, del cual rescatamos la amplitud franca de los autores en ‘mostrar’ decididamente la situación actual de la clínica en psiquiatría.

Las preguntas que surgen son: ¿cuál es la fuente de *evidencia* frente a una heterogeneidad de enfoques?; siguiendo nuestro planteo, ¿puede ser que aquello que constituye la *evidencia* para uno de los enfoques sea *prejuicio* para otro, llevando el ‘problema histórico-epistemológico’ a la estructura misma de la disciplina? Los autores del texto no parecen plantearse estas cuestiones, representando así una tendencia actual de la psiquiatría (y cada vez más, de la psicología) ‘dominante’ (sin descuidar el riesgo que existe para la psiquiatría en esta denominación).

Los que sostienen que no es necesaria discusión alguna y que existe una coexistencia aceptada entre las diversas tendencias, frecuentemente se ven llevados a un reduccionismo que tiende a excluir otras propuestas vistas como antagonicas; en ocasiones es un reduccionismo corporativista, pero en muchas ocasiones parece ligado a una incompatibilidad conceptual, proposicional (en las leyes que las rigen) y/o pragmática (por ejemplo, en la elección de una ‘forma oficial de psicoterapia’, o en

los requerimientos de la organización de los servicios de salud públicos y privados), lo que hace suponer que ‘la discusión epistemológica que pretendemos ignorar, continúa allí’.

Como *propuestas* a considerar críticamente en la diversidad de casos, parece necesario tener en cuenta ciertos puntos de discusión –si bien, no los únicos– que responden a esquemas *evidencia-prejuicio* diferentes, y que determinan diferentes conductas, con consecuencias decisivas para la salud y la vida del paciente.

1. Si cuadros que pretenden dar cuenta de un padecimiento con francas e intrincadas relaciones con el mundo humano, donde la cultura y sus símbolos tienen tan manifiesta repercusión en la delimitación misma, pueden ser atóricos, exentos de principios psicopatológicos, cuando las mismas epistemologías de las ciencias ‘duras’, desde hace ya mucho tiempo, reintroducen la teoría y el contexto histórico-social (Método hipotético-deductivo, paradigmas)(5, 6).

2. Si aquello que llamamos ‘síntoma’ en psicopatología es un signo emergente de una falla cerebral delimitada, es la articulación de un conflicto de sentidos que involucra al todo de la experiencia en cada acto de su manifestación, o es un constructo, “un hecho de lenguaje”¹ como sostiene la escuela de Cambridge.

3. Si pueden considerarse los cuadros psicopatológicos como enfermedades al estilo del cuerpo extraño que debe extirparse, o debemos reconocer en ellos la expresión de un modo particular del ser de cada sujeto con la intrincada trama de prejuicios y beneficios que ello conlleva, por el cual curar no es análogo a sacar de la condición de enfermo.

4. Si debe hacerse una diferencia entre el neurocientífico y el clínico, donde el síntoma es *síntoma-sujeto*, es decir surge de un evento singular y se sostiene en la relación con el paciente, a la vez que la sostiene.

Breves conclusiones generales

1. Que se utilice en un contexto científico la palabra *evidencia*, no nos exime de que se trate de un *prejuicio*.
2. En la estructura misma del campo temático de la psiquiatría, coexisten diversos esquemas *evidencia-prejuicio*.
3. En ciertas 'zonas' de dicho campo, los diversos esquemas suscitan ciertos antagonismos teórico-prácticos, que *pro-ponen* discusiones.
4. La postura postmoderna de ignorar los puntos de discusión ha disminuido los enfrentamientos enconados y aumentado la tolerancia entre diversas posturas;

pero corre el riesgo de anular el espíritu crítico, acertando en ocasiones y fallando –en algunos casos, gravemente– en otras; o de dejarse llevar por *evidencias* y *prejuicios* que corresponden a otras disciplinas.

Para finalizar haremos nuestras unas palabras de Lanteri-Laura; vayan, si se nos permite, a modo de homenaje:

“Hemos intentado dar algunos indicios históricos. Esperamos que abran la puerta a una investigación epistemológica acerca de la psiquiatría al disponer de una información útil; útil para plantear algunos problemas fundamentales, sin introducir de contrabando algunas soluciones implícitas”(16) ■

Referencias bibliográficas

1. Ayer AJ. *EL Positivismo Lógico*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1965.
2. Carpio, A. *Principios de filosofía*, Ed. Glauco, Buenos Aires, 1982.
3. Cruz Vélez, D. *Filosofía sin supuestos*, Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1970.
4. Descartes, R. *Discurso del método*, Ed. Espasa Calpe, Buenos Aires, 1951.
5. Fantin, JC. Una perspectiva histórico-epistemológica del problema ontológico del positivismo, *Vertex, Rev. Arg. de psiquiatría* Vol. XVI, N° 64, Nov-Dic 2005.
6. Fantin J, Fridman, P. El Diagnóstico en psiquiatría, *Revista Alcmeón*, Vol. N° 40, 2003.
7. Gelder M. et al., *Oxford Psiquiatría*, Ed. Marban, Madrid, 1980.
8. Heidegger M. *Ser y tiempo*, México, FCE, Primera edición Argentina 1980.
9. Hume, D. *Investigación sobre el conocimiento humano*, Ed. Alianza, Madrid, 1981.
10. Ipar, JJ. *Ciencia y Sujeto en la Modernidad*, Ed. Salerno, Buenos Aires, 1997.
11. Jaspers K. *Psicopatología general*, Ed. Beta, Buenos Aires, 1980.
12. Kant M. *Crítica de la razón pura*, México, Porrúa, 1979.
13. Klimovsky G, De Asúa, M. *Corrientes epistemológicas contemporáneas*, Ed. Editores de América Latina, Buenos Aires, 1997.
14. Kuhn, T. *La estructura de las revoluciones científicas*, Ed. Fondo de cultura económica, Buenos Aires, 1992.
15. Lamanna, P. *Historia de la filosofía*, Ed. Hachette, Buenos Aires, 1973.
16. Lanteri-Laura G. Una perspectiva histórica y crítica de los problemas epistemológicos en psiquiatría; *Revista Textos de psiquiatría francesa*; 2000; Volumen 3; 13-26.
17. Lorenzano, C. *La Estructura del Conocimiento Científico*, 2ª Edición, Ed. Zavalía, Buenos Aires, 1996.
18. Popper K. *La lógica de la investigación científica*, Ed. Rei, Buenos Aires, 1989.
19. Szilasi, W. *Introducción a la fenomenología de Husserl*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 2003.
20. Torreti, R. *Kant*, Ed. Charcas, Buenos Aires, 1980.

Nota:

1. “Un campo donde las prácticas sociales y el lenguaje formatean las experiencias sin formas conscientes producidas por estímulos generados sobre un cerebro consciente” Berrios, G, La epistemología y la historia de la psiquiatría, *Vertex, Rev. Arg. de psiquiatría*, Vol. XV, N° 55, 2004.

De la creencia al prejuicio

Silvia Bleichmar

Doctora en psicoanálisis por la Universidad de París VII - www.silviableichmar.com

Introducción

El mundo en el cual se instaura nuestra realidad requiere un ordenamiento. La realidad exterior no se presenta por sí misma salvo bajo el reino de la autoconservación, que sólo se sostiene en los niveles de animalidad más básicos, limitación del ser humano a su pura condición biológica. Cuestión que no es menor y sobre la cual volveremos ya que en su horizonte ideológico se encierra el retorno a una biopolítica deshumanizante que no puede conducir, en sus bordes, sino al aniquilamiento.

Este conocimiento del mundo no se realiza por la experiencia, sino por la compleja relación entre lo vivido y los discursos previos o posteriores que la significan y articulan.

Si Freud en el *Proyecto de Psicología para Neurólogos* reconoce que la alucinación primitiva no puede ser abandonada sólo porque no satisface las necesidades fundamentales del organismo, no resuelve la paradoja que

inaugura respecto a que si bien su permanencia conduciría a la muerte, su erradicación absoluta nos dejaría inermes frente a un real que no adquiriría significación libidinal, vale decir significación humana. Trato, simplemente, de considerar la idea de que no es posible el conocimiento del mundo –y las fallas mismas de este conocimiento, sus límites y aporías– sin la presencia de un discurso precedente que opere como garante y organizador de la percepción.

Siendo entonces que el ser humano no puede aprender a vivir por ensayo y error, porque moriría al primer intento fallido. Es el discurso instituyente del otro humano el que posibilita el modo de relación con el mundo que implica organizaciones y valoraciones.

Pero ese otro no sólo organiza lo que un Castoriadis ha denominado la lógica identitaria¹, instituyente de los recortes organizadores del universo, sino tam-

1. Ver *“La institución imaginaria de la sociedad”*, Vol. II, Tusquets Ed., Barcelona, España

Resumen

El mundo en el cual se instaura nuestra realidad requiere un ordenamiento. Su conocimiento no se realiza por la experiencia sino por la compleja relación entre lo vivido y los discursos previos o posteriores que la significan y articulan. Es decir, no es posible el conocimiento del mundo sin la presencia de un discurso precedente que opere como garante y organizador de la percepción. Y es el discurso instituyente del otro humano el que posibilita el modo de relación con el mundo que implica organizaciones y valoraciones. Se trata de un discurso que no sólo organiza y recorta sino que además instituye identidades, lo que sólo puede hacerse por diferenciación. Pero el otro humano no transmite únicamente lo adaptativo, sino lo “desadaptado” de la especie: las inscripciones neuróticas del real vivido, las experiencias generacionales que constituyeron a quienes tienen a su cargo al niño, los juicios y prejuicios que se muestran irreductibles, que operan como bloques recortados no disolubles por la experiencia, e incluso que llevan a transformar al objeto prejudicado en aquello que previamente se impuso como su rasgo dominante. El presente trabajo tiene por objeto hacer una distinción entre creencia y prejuicio, enfocando el problema tanto desde el punto de vista epistemológico como psicodinámico, sin soslayar las implicancias éticas y morales de tal distinción.

Palabras clave: Prejuicio – Creencia – Discriminación – Discurso instituyente

FROM BELIEF TO PREJUDICE

Summary

The world in which our reality is to be set up, needs to be organized. Knowledge of this world is not acquired just by experience but by complex relation between what was lived, and discourses, whether preceding or ensuing experience, that render it both signifying and articulate. In other words, knowledge is not possible in the absence of a discourse that warrants and organizes perception. And, it is the institutive discourse of another human by which the mode of relation with the world that implies organizations and valuations is made possible. A discourse is called into play that not only organizes and marks the limits but also institutes identities, which can only be accomplished by means of differentiation. The other human, however, does not only transmit the adaptative, but also the “unadapted” of the species: the neurotic inscriptions of the lived reality, the generational experiences that account for the constitution of those that took the child into their care, the judgements and prejudices that appear as irreducible, operating as limited blocks that experience is unable to dissolve, and can even transform the prejudiced object in that that was previously imposed as its dominant trait. The present work endeavours to make a distinction between belief and prejudice, by addressing the question both from the epistemological and the psychodynamic angles, with due attention to the ethical and moral implications of such distinction.

Key words: Prejudice – Belief – Discrimination – Institutive discourse

bién instituye identidades, y esas identidades no pueden establecerse sino por diferenciación. El yo toma entonces un carácter identitario que no se reduce a su propia visión y vicariancia del cuerpo real, sino que cerca un universo de objetos que lo constituyen y separan de otros seres humanos. Estos discursos instituyen universos posibles de aceptación y rechazo: "No te acerques a los perros callejeros porque te pueden morder, y aléjate de los pobres y mal vestidos porque te pueden robar".

El famoso *a-priori* kantiano está, entonces, en el modo con el cual cada cultura ordena lo aceptable y lo inaceptable, lo racional y lo irracional. *A-priori* que es transmitido por el adulto al niño: "no metas los dedos en el enchufe porque te morirás", sería una frase vacía si no proviniera de otro calificado para la protección absoluta de la vida y la garantía de amor que implica su conservación.

Hay una antecendencia a la experiencia, entonces, que se instala definiendo la diversidad por medio del discurso, y que posibilita la existencia, tanto vital como representacional. Esta antecendencia de la experiencia es tan arbitraria como necesaria, porque se establece sobre un conocimiento de la realidad que la encubre y ordena al mismo tiempo, realidad que sería inaprensible sin su captura, o que quedaría reducida a la inmediatez de la experiencia individual.

Pero el otro humano transmite no sólo lo adaptativo, sino lo "desadaptado" de la especie²: las inscripciones neuróticas del real vivido, las experiencias generacionales que constituyeron a quienes tienen a su cargo al niño, los juicios y *prejuicios* que se muestran irreductibles, que operan como bloques recortados no disolubles por la experiencia, e incluso que llevan a transformar al objeto prejudicado en aquello que previamente se impuso como su rasgo dominante: Si los nazis consideraban a los judíos seres sucios y cobardes, su cometido fue demostrarlo mediante formas de encierro y destrucción que los tornaban inertes. Si la supervivencia se hacía imposible sin las transacciones con la codicia de los captores, se inculpaba a quien ejercía la transacción de codicioso y no confiable, dentro de condiciones de inconfiabilidad total como garantía de la vida.

Si se considera que los negros son haraganes, no hay más que encerrarlos en barricas hacinadas y luego hacerlos trabajar con un látigo, mostrando de este modo que no hay posibilidad de confiar en ellos y generando condiciones de segregación que posibilitan el prejuicio. Stephen J. Gould realizó un interesante estudio de los tests mentales proporcionados a inmigran-



tes que llegaban a Estados Unidos en la década del 20. Estos tests tendían a demostrar la incapacidad intelectual de aquellos a quienes se les realizaban: se les presentaba, por ejemplo, el dibujo de una cancha de tenis sin red, pidiéndoles que dijeran qué le faltaba. La mayoría, proveniente de culturas agrícolas, respondían: "Las plantas, los árboles, la casa, el chiquero...". Por supuesto, jamás se les hubiera ocurrido que lo ausente era una red para realizar un juego en un terreno cercado cuyo destino sólo se podía ver como destinado a la producción. Las respuestas, por supuesto, avalaban el prejuicio respecto a la disminución mental de los inmigrantes, dejando a los expertos satisfechos con la corroboración de su prejuicio devenido teoría.

Lo que caracteriza al prejuicio es su irreductibilidad a toda argumentación y toda demostración que pueda salirse de las reglas enunciativas planteadas, y en este caso se emparenta con el dogmatismo, que no es sino un ejercicio de administración del poder político de las ideas sin miras por su fecundidad o su falla.

Pero el prejuicio es del orden de la intersubjetividad, y no regula relaciones con la naturaleza sino entre los seres humanos. El concepto de regulación no debe tomarse acá en sentido positivo, sino como dispositivo que organiza un sistema de representaciones que permite la acción bajo cierta "normatización" por muy irracional y mortífera que sea. Tanto Hanna Arendt en "La banalidad del mal" como Bauman en "Modernidad y Holocausto" se han dedicado a mostrar cómo no son irracionales las acciones genocidas perpetradas durante la segunda guerra sino que constituyen la culminación misma de un modo de pensamiento segregatorio que obedece a una racionalidad que expresa, al límite, las reglas de la sociedad moderna –podríamos decir del arrastre hasta las últimas consecuencias de la ideología del capitalismo que degrada al hombre a su condición de objeto.

2. J. Laplanche, *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis*, Amorrortu Ed. Buenos Aires, 1989

Cuando decimos que el prejuicio es un modo de ordenamiento arbitrario y que va más allá de toda racionalidad que pueda fracturarlo, se trata de un tipo de enunciado que se diferencia del juicio *a priori*. Mientras que sería imposible, como dijimos antes, establecer ningún tipo de conocimiento sin sostenerse en juicios *a priori* para luego someterlos a caución, el prejuicio es incommovible a toda evidencia, ya que siempre encontrará en el elemento que podría “falsar” la teoría que sostiene en el sentido popperiano del término, vale decir darle validez científica a partir de que es sustituible en función de sus propias fallas, para emplearlo como corroboración. Si un árabe no estafa, es buen amigo y solidario, eso no pone en cuestión la categoría prejuiciosa general de que el resto de los árabes lo son. Cuántas veces hemos escuchado la frase “pero es un judío diferente”, lo que marca al mismo tiempo el sostenimiento del prejuicio y la imposibilidad de falsar su enunciado general respecto a que el resto de los judíos son avaros, sucios o interesados.

Una necesidad de diferenciación se torna necesaria también respecto al dogmatismo. El dogmatismo se sostiene en el eje mismo del pensamiento teórico, y su recurrencia es la filiación a un maestro o guía al cual se deja a salvo de todo error, de toda falla, considerando su teoría como completa y acabada, aplicable y no sometida a caución. El dogmatismo puede llegar al extremo de justificar, llenar de hipótesis adventicias, rellenando con su propio intento de dar coherencia a la incoherencia, llevando la teoría hasta tal nivel de absurdo que su choque con el sentido común no es ya progresivo –como lo fue de origen– sino regresivo. Tal es el caso del aferramiento de algunos sectores del psicoanálisis a ciertos conceptos inaceptables, como la superposición del imperativo categórico de la prohibición del goce intergeneracional con la presencia del padre real o con su Nombre, reificando los modos de propiedad de la sociedad europea vigente durante gran parte del siglo XX.

La base del dogmatismo gira entonces alrededor de la validación lógica por medio del argumento *ad hominem*: Freud lo dijo, Lacan lo dijo, sin tener en cuenta que en el proceso de cercamiento del objeto lo que el productor inscribe son enunciados cuya verdad es pertinente a un universo de objetos que es compartido en general por el prejuicio y el dogmatismo, con la diferencia de que en el prejuicio se apela a “es sabido”, “todo el mundo sabe”, o “a mi abuelo le pasó con esa gente...”

En el dogmatismo, por el contrario, la atribución de verdad por referencia al autor cosifica el discurso y plantea una descalificación del interlocutor en función de no poner en riesgo la totalidad de los enunciados del autor de referencia que se quiere sostener como bloque articulado de verdad.

En ambos casos lo que falla es el pensamiento crítico que consiste en remitir los enunciados a la red que los determina y sobre la base del cotejo con la experiencia que los hace estallar, poner en tela de juicio su verdad universal, sin por ello hacer desaparecer el campo de verdad que encierran pero reduciendo sus límites a las condiciones que los enlazan.

El mecanismo psíquico determinante del prejuicio se sostiene en la renegación, o juicio de desestimación, que consiste en la subordinación de la percepción al enunciado que la destituye. La teoría clásica psicoanalítica lo remite a la anulación de la castración, bajo formas sintomáticas –el fetichismo– o discursivas en la primera infancia. Sin embargo, podemos considerar a la *Verleugnung* –renegación o desestimación por el juicio según las traducciones– como un mecanismo constitutivo del psiquismo. El plano de la creencia sería imposible sin algún modo de escisión longitudinal del psiquismo, vale decir de escisión yoica, que permita conservar la creencia y el juicio de realidad al mismo tiempo: tema que el arte pone de relieve, cuando viendo, leyendo o escuchando algo que nos conmueve, sin embargo conservamos la distancia suficiente para no quedar capturados totalmente por la ficción, haciendo simultáneamente catarsis y sustrayéndonos del efecto de engolfamiento con el cual podemos quedar anulados desde el punto de vista subjetivo.

El plano de la creencia no es simplemente ocultamiento de la realidad, sino en la mayoría de los casos verdad asentada para el manejo de la misma. Pero verdad presta a ser destituida por el avance de nuevas preguntas y no por la elaboración de nuevas respuestas. Las discusiones científicas bizarras no permiten el avance del pensamiento, y volver a poner en debate si la tierra es plana o redonda, para decirlo de un modo simple, es regresivo y pura sofisticación post-moderna estéril. Seamos cartesianos: sometamos a debate lo posible y lo que permite el avance del conocimiento, y sostengamos en el borde la creencia para poder avanzar. No estoy dispuesta a discutir la existencia del inconciente, sino su materialidad y origen. La primera es una discusión anacrónica a la cual me obligan, en todo caso, las pugnas del mercado teórico que pretenden sostener sus imperios o avanzar sobre nuevas tierras. Pero sí es necesario someter a debate el estatuto de lo inconciente, la función de la representación en la génesis de la patología psíquica, y en última instancia, la necesidad de hacer un gran debate respecto al tema que atraviesa hoy a todas las ciencias sociales y que bajo su disfraz actual sólo intenta volver al debate del siglo XIX sobre “naturaleza o cultura”, y que lleva como trasfondo ideológico la justificación por naturalización de la desigualdad y de la marginación, amén del sometimiento del ser humano a su condición natural, con el prejuicio subsiguiente de que lo superfluo debería desaparecer y sólo se sostiene por caridad y no por responsabilidad social compartida.

Pero volviendo al plano de la creencia, en el caso del prejuicio lo que le da el carácter patológico es su inamovilidad, su imposibilidad de destitución mediante pruebas de realidad teóricas o empíricas, y el orden de certeza con el cual el sujeto sostiene lo indefendible o incluso lo que entra en contradicción con otros principios que rigen su vida. De tal modo, el prejuicio puede operar, en el mejor de los casos, como una defensa ante lo que los sociólogos han llamado “la fatiga de la compasión”, que consiste en la insoportable sensación de impotencia

frente al sufrimiento ajeno. Ello conduce a justificarlo, a transformar a la propia víctima en culpable, en aquella que tiene todos los vicios que justifican su desaparición, sea mediante barreras que le impidan el ingreso a los espacios de inclusión, sea directamente mediante su aniquilamiento.

En el peor de los casos, el prejuicio permite que el yo se haga cargo de mociones hostiles o egoístas inconfesables en el plano ético. Egoísmo, esa vieja palabra que Freud mismo empleara para aludir al carácter insaciable y perverso de la pulsión, ha desaparecido detrás de un vocabulario técnico que sostiene en el plano de las sombras la ética necesaria de una práctica que se define ante el sujeto moral y que se ve hoy obligada a revisar los límites de la abstinencia en el marco de su propio compromiso no sólo social sino terapéutico. A modo de disgresión: ¿Cómo realizar nuestras intervenciones terapéuticas cuando un sujeto deprimido no puede representarse una vida en la cual la desconfianza por el semejante, su utilización y deshumanización, estén en el centro mismo de su soledad más allá de los vínculos supuestos que establezca? Se enlaza allí algo de la patología con los modos racionalizantes de la ideología en curso, que torna muy difícil sostener los límites de la abstinencia moral respecto a la necesaria determinación ética de la existencia³.

Porque volviendo al prejuicio, podemos señalar que es algo que se sostiene en el margen mismo de la deshumanización del otro, vale decir de la negativa a otorgarle la igualdad ontológica –su pertenencia plena a la especie– y es empleado como justificativo para la arbitrariedad y la exclusión.

Siendo prácticamente imposible una vida sin prejuicios, el lugar que el prejuicio ocupe y la operatividad que abarque se determina por la ideología que lo facilita o lo transforma en rasgo dominante. No puede ser analizado psicopatológicamente, si bien es frecuente en las patologías delirantes que lo transforman en eje mismo del accionar psíquico, por lo cual no corresponde, en mi opinión, definirlo como “enfermedad social” salvo como metáfora.

En tal sentido, la lucha histórica de la humanidad ha consistido en redefinir permanentemente el universo del semejante para ordenar las pautas de la extinción mutua que posibilita la realización sin culpa de las acciones mortíferas que la invaden. Los dos grandes intentos humanitarios universales: el cristianismo y el socialismo, que no ponen reparos a la noción de humanidad como todo solidario sobre el cual debe ejercerse el principio ético de amor al otro y de contemplación de sus necesidades como obligaciones morales, parecen estar en retroceso frente a la ideología dominante basada en el individualismo he-

donista con el cual se favorece el empleo del otro como medio u obstáculo para la acción. En este sentido hay incluso, en algunos sectores, un desmantelamiento de las creencias previas, y una redefinición pragmática de la noción de semejante y la instauración del prejuicio.

El relativismo moral y lo “políticamente correcto”, no son sino síntomas de despedazamiento de una sociedad en la cual prejuicio y equilibrio ético vienen luchando cuerpo a cuerpo definiendo la historia entre egoístas y altruistas, con dominancias temporales y momentos de mayor racionalidad crítica. El relativismo moral, que aparece como apertura, es el abandono de todo sostén ético para la acción, la cual queda definida por su resultado y no por su relación con los principios que deben regirla en aras de que la sociedad de pertenencia se sostenga.

No puedo dejar de señalar, a esta altura, el peso con el cual teorías higienistas de la sociedad han ubicado el prejuicio como saludable y no como enfermo, dándole racionalidad sintónica con las necesidades representacionales o materiales de una población. La idea del otro como portador de gérmenes, o como bacilo que enferma al conjunto, tan propiciada por el terrorismo de Estado y que encuentra su paradigma en los eufemismos con los cuales se define el aniquilamiento sin enjuiciamiento moral en razón de su utilidad para el conjunto, es típico del modo con el cual se van instalando en la sociedad las frases que anudan en los bolsones de fascismo que nos atraviesan: “a los piqueteros hay que matarlos a todos, porque no quieren trabajar”, no es sino el sustrato representacional del modo con el cual el prejuicio deviene complicidad para la acción mortífera que realizan otros a los cuales no sólo se los tolera sino se los aplaude silenciosamente.

No podría terminar estas breves reflexiones sin un retorno a conceptos básicos que sostienen nuestro pensamiento. Mediante una vuelta a la metapsicología freudiana, al concepto de clivaje psíquico, a lo inconfesable de nuestros malos pensamientos y no sólo de nuestras malas acciones, lo que marca la cualidad ética de un sujeto es el carácter avergonzante del prejuicio, su propio enjuiciamiento moral hacia el mismo, y la búsqueda constante de elementos que permitan su destitución. El hecho de que su conciencia moral se avergüence de sus propias impulsiones mortíferas y que el ideal del yo lo ponga en correlación con su propia ética como prerrequisito para ser amado. Por el contrario, cuando el prejuicio deviene organizador de la acción, su carácter primordialmente antiético se expresa en la reducción del universo de lo humano a una identificación ficticia, alienada, donde los rasgos que determinan la elección del otro no están dados por el juicio crítico sino por preconceitos respecto a quién es ya no mi semejante sino mi socio en la resolución de necesidades y demandas. El prejuicio es, indudablemente, una excelente coartada psíquica para la elusión de responsabilidades y el ejercicio de la inmoralidad ■

3. He trabajado a lo largo de este último año las grandes premisas éticas fundadoras de la humanización y su diferenciación con la moral en curso. Así como Freud debatió la moral sexual contemporánea de su época, creo que los analistas no hemos llevado aún un debate a fondo respecto a la moral sexual contemporánea, sostenida en la cosificación, la división parcial del otro, y el usufructo racionalizado del goce que deshabita a quien lo ejerce y no sólo a quien lo padece.

Sobre vocablos necesarios pero insuficientes

Alejandro Kaufman

Profesor de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA) y de la Universidad Nacional de Quilmes - alekau@gmail.com

Introducción

Prejuicio y discriminación son términos instalados en diversas tramas normativas. Forman parte del orden político, social y cultural, y tienen variadas inscripciones en las prácticas socioculturales. Suponen la disposición de ciertas distinciones y normas apropiadas para una convivencialidad compatible con principios de igualdad y reciprocidad. Tales normas limitarían las acciones de exclusión o violencia sustentadas por distinciones o categorías susceptibles de estigmatizar a las personas, en la medida en que las acciones individuales o los rasgos singulares fueran considerados indiferentes por sus propios méritos, sólo calificables en función del estigma.

Un problema que suscita la confianza en el poder de palabras como *prejuicio* y *discriminación* reside en que permiten describir simplificaciones extremas de acontecimientos y acciones humanas, en tanto destinadas a legitimar y reproducir la opresión sobre la base de criterios asimétricos sistematizados. La delimitación de tales simplificaciones emerge en el transcurso de las luchas

por la igualdad, ya sea que se trate de confrontaciones con regímenes políticos como el del *apartheid* sudafricano, o de prácticas culturales ancestrales como la opresión de género. En este contexto se instalan múltiples circunstancias emancipatorias, que van desde la abolición de la esclavitud hasta el voto femenino, desde el cambio voluntario de sexo hasta el acceso universal a la educación, desde la lucha contra el antisemitismo hasta la instauración de los derechos de los niños. Por abreviada que sea una enunciación de esa diversidad, no resulta difícil señalar el carácter múltiple de aquello que se subsume bajo una denominación unívoca como la de "discriminación". El término contiene una apelación valorativa indeterminada: discriminar es seleccionar y excluir al mismo tiempo. Seleccionar denota preferencia y segregación. Solamente la segunda acepción de la RAE señala una significación peyorativa, porque implica "dar trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, etc.". Ese "etcétera" nos remite a la multiplicidad mencionada. "Segregar" aparece como un acto divisorio, tajante, simple, pero aquello que se "segrega" supone una diversi-

Resumen

Se procuran reseñar algunos problemas que atañen a los discursos que confían en la lucha contra el prejuicio y la discriminación como proyecto apropiado para fines emancipatorios. La historicidad que caracteriza al desenvolvimiento de las demandas de igualdad en lucha con las prácticas discriminatorias remite a tramas histórico sociales específicas. La globalización tiende a generalizar discursos igualitarios que se incorporan a contextos culturales en los que no cuentan con una genealogía propia. En países como la Argentina, ello sucede con la llamada corrección política. Mientras en contextos originarios ha mostrado sus alcances y limitaciones en relación con las luchas emancipatorias, entre nosotros se presenta como una importación que trae consigo también las actitudes críticas que han acompañado su historia reciente, en particular las de corte satírico. Las luchas emancipatorias encuentran en el talante satírico una forma superadora de dichas limitaciones, y una modalidad de gran riqueza narrativa destinada a recuperar los valores más preciados, en detrimento de los aspectos más cristalizados y dogmáticos. Al recorrer el camino satírico, las luchas emancipatorias recuperan tradiciones culturales de larga data en las que se atesoran las reservas éticas que las fundamentan.

Palabras clave: Prejuicio – Discriminación – Corrección política – Luchas emancipatorias

ON TERMS NECESSARY, YET INSUFFICIENT

Summary

The article attempts a review of several problems dealing with discourses which rely in the struggle against prejudice and discrimination as an appropriate means for emancipatory purposes. The historicity inherent to claims of equality fighting against discriminatory practices makes reference to historically specific social networks. Globalization tends to standardize equalitarian discourses which then join cultural contexts in which they lack their own genealogy. In countries such as Argentina, this is what happens with the so called politically correct. While in its original environment it has shown its pros and cons regarding emancipatory fights, among us instead it presents itself as an alien import that entails as well those critical attitudes that have informed its recent history, especially those satirical in nature. In a satirical stance, emancipatory struggles find a way to pass over such limits and a modality of great narrative richness intended to recover the highest values at the expense of more crystallized and dogmatic ones. By means of satire, these struggles rediscover cultural traditions of ancient lineage in which is rooted the ethical reserve that supports them.

Key words: Prejudice – Discrimination – Political correctness – Emancipatory struggles

dad inabarcable y heterogénea. En esa diferencia radica una tensión inherente a la temática de la discriminación, así como la cifra de sus limitaciones para asegurarnos de manera eficaz la realización emancipatoria que prometen las acciones contra la discriminación, tal como suelen estar inscriptas de manera generalizada en las prácticas sociales contemporáneas instituidas.

La tensión referida entre la simplificación reductora de las palabras analizadas y la diversidad multiforme de los ejemplares a los que las palabras refieren remite en definitiva a la naturaleza misma del nombre. Cuando designamos un caso o un individuo con un nombre que no pertenece exclusivamente al designado, estamos "prejuizando" porque reducimos su multiplicidad a un segmento del discurso compartido por todos los casos o individuos así denominados. Esta generalización conceptual que antecede tiene como finalidad distinguir entre la denominación, la categorización, la designación, todas ellas formas de "discriminación" y las acciones que se alegan como consecutivas a dichas distinciones. Si la esclavitud fue argumentativamente fundamentada sobre la inferioridad de quienes era distinguibles por el color de su piel, y si la memoria no cesa de recordarnos la huella de la ignominia implicada por la distinción del color, no por ello la inversión de los términos en sus contrarios nos garantizará una protección contra la opresión o la crueldad, aunque es probable que el uso del color como parte de la argumentación se vea inhibido.

En ello consiste el problema que atañe a la "corrección política". Se sustituyen unas distinciones por otras, en tanto que se procura la institucionalización de términos exentos de toda memoria ignominiosa para describir emancipatoriamente a quienes fueron o son aún perseguidos, oprimidos o mortificados. Se legitima de esta manera un estatuto jurídico cuyas consecuencias sobre los derechos y las condiciones de vida de los afectados no podrían dejar de reconocerse, pero a la vez se provocan consecuencias culturales fuera de proporción con los beneficios obtenidos. Hoy en día es difícil no sonreír ante esos lenguajes, aunque hay perspectivas muy diferenciadas al respecto, y en ello radica un problema principal. Es diferente la significación de esa sonrisa en los ámbitos en que las conquistas emancipatorias fueron realizadas, que en aquellos en que sólo se convierte en un remedo estóli-



do de una risa injustificada. En los ámbitos en que las conquistas emancipatorias han tenido lugar –aunque no estén exentos por ello de eventuales regresiones– la sátira convive con la juridicidad de un modo conceptualmente desgarrador, pero pacíficamente convivencial. Tomemos el ejemplo de *South Park*, reciente modalidad satírica de noble linaje¹. La crudeza y la agresividad que caracterizan a ese dibujo animado norteamericano sólo pueden comunicarse en sociedades liberales, en las que numerosos grupos históricamente discriminados han alcanzado significativas conquistas en sus condiciones de existencia, sin perjuicio, hay que insistir en ello, de eventuales regresiones o contradicciones y limitaciones de diferente índole.

Lo curioso es lo que sucede cuando una serie como *South Park* se difunde en un ámbito cultural al que resulta ajena la problemática en toda su plenitud, y se da lugar en consecuencia a la circulación de un discurso burlón sobre la corrección política allí donde la corrección política ni siquiera se insinuó en práctica social alguna. Al mismo tiempo, y sin dejar de transitar algunas paradojas, estas mismas tensiones pueden contribuir a su manera a facilitar trayectorias emancipatorias. *South Park* fue emitida durante un breve lapso en la TV de aire de Buenos Aires, tal vez hasta que los programadores advirtieron la inconveniencia de una difusión tan liberal dirigida a una audiencia culturalmente distante.

Este tipo de desajustes, anacronismos y falsos encuentros son característicos de la globalización comunicacional, y dan lugar a los procesos de censura que acontecen en muchos países, así como al surgimiento de movimientos culturales y religiosos antimodernistas que, ante la historia de los cambios culturales de "occidente", plantean la supresión, la censura y la represión incluso violenta y hasta terrorista de las prácticas emancipatorias. Para ello, no sólo emplean argumentos y pretextos dogmáticos, sino a veces las propias enunciaciones emancipatorias. Así, podemos encontrar movi-

1. En otras épocas el lugar de la "corrección política" estaba ocupado por la caridad y la conmiseración. Para un ejemplo notable véase *Una modesta proposición: Para prevenir que los niños de los pobres de Irlanda sean una carga para sus padres o el país, y para hacerlos útiles al público*, de Jonathan Swift, (1729). La obra de Swift mantiene un lugar significativo en ese linaje, y una actualidad para nuestros días que conviene tener presente o revisar.



mientos de mujeres que reivindican el uso de indumentarias que simbolizan la subordinación de género, y lo hacen desde una alegada perspectiva de género.

Explorar este territorio desde una mirada informada intelectualmente demanda inquirir en debates filosóficos, culturales y políticos sobre el multiculturalismo, el relativismo y el universalismo, en tanto tramas conceptuales que fundamenten o hagan inteligibles estos problemas. Sin embargo, como sucede desde siempre en la historia cultural, “el Búho de Minerva levanta vuelo al atardecer”, sentencia que alude al retraso estructural con que el pensamiento crítico acude a la conciencia después de los acontecimientos.

Una forma en que hoy en día es comprobable esta dilación en relación con la problemática del prejuicio y la discriminación es que la opresión, la crueldad y la subordinación –en palabras más adecuadas: las relaciones de poder– estructuran tramas discursivas que renuevan condiciones asimétricas eludiendo los debates intelectuales conocidos, así como los dispositivos jurídicos conquistados. No fue otra cosa lo que sucedió con los procesos de emancipación moderna respecto de la explotación, la alienación y el consumo. No se persistió en las formas que millones padecieron, sino que esas formas fueron transformándose para, primero, cambiar los padecimientos y, finalmente, trocar los padecimientos mismos por modalidades felices de subordinación y dependencia; de modo que los viejos lenguajes emancipatorios sólo se pueden emplear al precio del lecho de Procusto de los ideolo-

gemas de museo, repetidos como letanías inocuas. Es lo que sucede con algunos de los lenguajes de los progresismos, las izquierdas y los democratismos.

Los asuntos que identificamos como articulables con “prejuicio” y “discriminación” atraviesan diversos procesos de mutación, transformación y cambio que neutralizan los lenguajes disponibles y crean nuevas situaciones que no son inmediatamente reconocibles ni caracterizables como opresivas o asimétricas. Los cambios radicales que experimentaron en innumerables sentidos las nociones de pobreza y riqueza, necesidades esenciales o consumos suntuarios, lesionaron también la conflictiva dicotomía histórica entre “socialismo” en el sentido de la adhesión filosófico política al valor de la igualdad, y reconocimiento de la “diferencia” como adquisición de un registro sin el cual el valor de la igualdad se ha limitado a cimentar las bases de aquellos totalitarismos que fueron definidos como dictaduras de las necesidades. Aquellas que sacrificaron la libertad en el altar de una equidad entendida como equivalencia distributiva.

Habíamos mencionado un ícono del ironismo que satiriza la corrección política, significativo por su amplia difusión mediática. Para proseguir, y sin el menor atisbo de extensión, ya que no de exhaustividad, es necesario señalar la denigración satírica de la corrección política como tópico hegemónico en buena parte de la crítica cultural contemporánea. En los últimos años se ha ido volviendo evidentemente insostenible la confianza progresista en los paradigmas jurídicos de la lucha contra la discriminación, dado el auge de nuevas modalidades de violencia segregatoria en innumerables variables. Sin abundar y sólo para ejemplificar: los límites en las luchas por la emancipación de género en algunas partes y los brutales retrocesos antimodernos en otras; el neorracismo perseguidor y represor de inmigrantes, muchas veces imbricado con la estigmatización de los árabes y del Islam; la intangibilidad de la meritocracia, cuestionada en otras épocas y hoy en día endiosada y enaltecida más allá del terreno del conocimiento y las destrezas y el cultivo de las formas corporales y los desempeños libidinales. Es precisamente la impotencia del discurso políticamente correcto para cambiar las condiciones reales de la existencia de la mayoría de la humanidad aquello que aporta un riquísimo material al arte, la literatura, el cine y la televisión, y no solamente en clave abiertamente satírica. Sin ningún esfuerzo taxonómico, pensemos en forma sucinta en Tod Solondz, Lars von Trier, Jim Jarmush, Ettore Scola, Abbas Kiarostami, Mohsen Majmalbaf, o tomemos ejemplos tempranos de la literatura argentina como Lamborghini, Copi, o el propio Borges.

Desde luego, se trata de dar por sentado que no hay un real debate sobre la igualdad y la lucha contra la segregación si no se aplica una mirada crítica sobre las “identidades” como modalidades de amparo y afirmación de la otredad. Un ejemplo interesante es la serie televisiva *Justicia Ciega*, coartada progresista del conservador canal de TV Fox. En diversos capítulos, y entre muchas otras variables, se especula con la convivencia en un ámbito profesional, y sin menoscabar seriamente la eficacia del equipo de abogados que pro-

tagonizan la serie –aunque no sin riesgos asumidos de manera voluntaria– de un afectado por el mal de Alzheimer que sigue ejerciendo en forma acompañada y con constante ejercicio irónico tanto de su parte como de sus colegas. En otros capítulos de la serie se trata de una abogada afectada por esquizofrenia a quien se permite llevar adelante un caso siempre que se mantenga apegada al tratamiento farmacológico. Ante la duda el protagonista le pregunta si las voces que oye interfieren con su trabajo, y si no pasó por alto la ingestión de los fármacos prescritos. Las publicidades sobre “capacidades diferentes” nos interrogan sobre si necesitamos que una telefonista sea vidente o camine sobre sus propias extremidades, y las de trasplantes de órganos comparan la espera del transporte público con la de los órganos donantes. El mundo de las identidades y sus transformaciones se ha vuelto caótico, y la instrumentalidad de los discursos de la corrección política ha pasado de ser una gran promesa *cuasi* utópica a la completa falta de encanto de los discursos de las reivindicaciones gremiales. Hacemos empleo de ellos y los necesitamos, pero no nos hablan de otros mundos, ni de horizontes abiertos. Buscamos experiencias estéticas y espirituales en el ironismo y la sátira, que nos garantizan un compromiso implícito con los valores igualitarios y emancipatorios del legado ético de la historia cultural de un modo aún desinteresado y negligente, sin apologías y, sobre todo, sin la presunción de construcciones institucionales y políticas que siguen las reglas de las relaciones de poder hegemónicas. Estas reglas dictaminan el dominio de la eficiencia instrumental en la producción y el trabajo, y de la eficiencia libidinal en el consumo, el entretenimiento y la realización placentera y feliz de los sentidos. Es un mundo idealmente indoloro, donde el aparato jurídico protege no sólo de la humillación segregatoria, sino también de otras formas de violencia que acontecen en forma microscópica y aleatoria en la vida cotidiana, sea familiar, de género, acoso laboral o *mobbing*, acoso escolar o *bullying*.

La paradoja que se nos presenta es que en sociedades desacopladas del tren de la modernidad como la nuestra, ciertos avances o transformaciones que son

emancipatorios en relación a relaciones de poder más violentas y crueles de épocas pasadas, se instalan desde afuera, importados, y en forma tardía, cuando ya han perdido su vigor como promesas. Entre nosotros conviven con nuestra homogeneidad identitaria, implicada en el mito del “crisol de razas”, gran dispositivo de dominación fundado en algunos rasgos impuestos en forma universal sobre la base del relato identitario de la argentinidad. Como corolario se registra la privación del reconocimiento de las modalidades segregatorias y prejuiciosas realmente existentes, más allá de lo que se dice y acepta en forma explícita (tres inmensos genocidios que vertebran nuestra historia, el de los pueblos originarios, el de la guerra del Paraguay y el de la dictadura del proceso de 1976, aún están lejos de constituirse en sentido común en nuestra sociedad). En tercer lugar se verifican subculturas ironistas sobre la corrección política, pero también movimientos sociales pequeños y vigorosos que han logrado importantes conquistas emancipatorias en la lucha por la igualdad, fundamento vigente de la condición humana en tiempos de incertidumbre.

La conclusión de estas observaciones apunta a que no podemos confiar en las modalidades estereotipadas y binarias que asume la corrección política, aunque no sería prudente tirarlas por la borda, como desgraciadamente suele apreciarse entre nosotros. En cambio, se trata de desenvolver sensibilidades y apreciaciones atentas, antes que a los dilemas de las categorías y segmentaciones previsibles, a los dramas que acontecen en forma singular en los avatares humanos. Aquello que el teatro, la literatura y el arte ya sabían desde la Grecia clásica en sus formas culminantes, no superadas aún por ninguna obra posterior, sino siempre reinterpretadas, recreadas por todas ellas. Esto, que se sabe en el propio terreno de las narrativas dramáticas, permanece aún dolorosamente divorciado de los discursos que anteponen la palabra “ciencia” a cualquiera de las modalidades cognitivas vigentes. Conservamos la deuda modernista entre el saber como conocimiento objetual y la sensibilidad como devenir ficcional subordinado. La lucha por la emancipación es también una lucha por los relatos ■

Bibliografía recomendada

1. Agamben G. *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia, Pre-Textos, 1998.
2. Benhabib S. *Las reivindicaciones de la cultura. Igualdad y diversidad en la era global*. Katz, Buenos Aires, 2006.
3. Girard R. *La violencia y lo sagrado*. Barcelona. Anagrama, 1995.
4. Lyotard J-F. *La diferencia*. Barcelona, Gedisa, 1988.
5. Mezzadra S. *Derecho de fuga. Migraciones, ciudadanía y globalización*. Tinta limón/Traficantes de sueños, Madrid, 2005.
6. Nussbaum MC. *El ocultamiento de lo humano. Repugnancia, vergüenza y ley*. Katz, Buenos Aires, 2006.
7. Rancière J. *El maestro ignorante. Cinco lecciones sobre la emancipación intelectual*. Laertes, Barcelona, 2002.
8. Rorty R. *Contingencia, ironía y solidaridad*. Barcelona, Paidós, 1996.
9. Said E. *Orientalismo*. Madrid, Debate, 2002.
10. Sennet R. *El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad*. Anagrama, Barcelona, 2003.
11. Sontag S. *Ante el dolor de los demás*. Buenos Aires, Alfaguara, 2003.
12. Taylor Ch. *El multiculturalismo y la política del reconocimiento*. México, FCE, 1993.
13. Todorov T. *Nosotros y los otros. Reflexiones sobre la diversidad humana*. México, Siglo XXI, 1991.
14. Virno P. *Gramática de la multitud: para un análisis de las formas de vida contemporáneas*. Colihue, Buenos Aires, 2003.

Los prejuicios, las mujeres y la psiquiatría

Loca como tu madre

Laura Dolores Sobredo

Médica. Especialista en Psiquiatría. Docente del Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires
lausobredo@hotmail.com

- a. *Avidum animal* (animal ávido)
 - b. *Bestiale baratrum* (abismo bestial)
 - c. *Concupiscentia carnis* (concupiscencia de la carne)
 - d. *Dolorosum duellum* (dualidad dolorosa)
 - e. *Aestuans aestus* (pasión afiebrada)
 - f. *Falsa fides* (mala fe)
 - g. *Garrulum guttur* (lengua gárrula)
 - h. *Herrinys armata* (furia armada)
 - i. *Invidiosus ignis* (envidia llameante)
- (Sigue hasta la letra z)

Alfabeto de los vicios de la mujer,
Antonio de Florencia, 1450,

alfabeto incluido en el *Malleus maleficarum* de 1539.
En "¿Existe la mujer? De la histérica de Freud a lo femenino en Lacan" pág.107 de Paul Verhaege(6)

Las palabras que marcan

La construcción social de las identidades individuales e inevitablemente colectivas

A nuncia ya el título el intento de alguna reflexión con respecto de los prejuicios alrededor de las personas que además de ser mujeres son parte de alguna categoría psicopatológica. Mujeres nombradas por la psiquiatría, la psicología o el psicoanálisis. Mujeres pacientes.

Si reconocemos que nos referiremos a sujetos humanos, los nombraremos en este caso constituidos a partir de su existencia sólo posible en el marco del lenguaje (hay, sin duda, otros modos de abordar el tema). Y nombraremos también la cualidad de las distintas disciplinas de creadoras de subjetividad.

Si el ser nombrado de algún modo es condición de las existencias humanas y también en cierta medida las determina, quizás sea irreducible, al menos en este sentido, la dimensión del prejuicio, como una idea previa desde donde se entiende, se reflexiona y se produce.

Resumen

Si el ser nombrado de algún modo es condición de las existencias humanas y también en cierta medida las determina, quizás sea irreducible, al menos en este sentido, la dimensión del prejuicio, como una idea previa desde donde se entiende, se reflexiona y se produce. Este trabajo parte de las ideas de la producción y la transformación de la realidad producida por los desarrollos teóricos que la describen y legitiman la práctica de una determinada disciplina y de la noción de género como una categoría histórico-social que se refiere a las relaciones sociales de poder y subordinación que se establecen entre varones y mujeres y se traducen, a través de una operación de extrapolación, en desigualdades sociales. El recorrido de la conceptualización psicoanalítica de Complejo del Edipo en la mujer, permite la comprensión de algunos prejuicios de los psiquiatras que aparecen en su práctica con pacientes mujeres. Un intento de lectura desde un determinado marco teórico que vuelve a estas mujeres llamadas locas parte de la historia de quienes así las nombran, en referencia al vínculo con la madre. Vínculo transitado por todos con mejor o peor destino. Tomando en cuenta la responsabilidad de una determinada creación de subjetividad desde la posición de sujeto de la enunciación que se construye en la tarea cotidiana desde un particular posicionamiento ético.

Palabras clave: Prejuicio – Género – Complejo de Edipo en la mujer – Discriminación

PREJUDICE, WOMEN, AND PSYCHIATRY. AS CRAZY AS YOUR MOM.

Summary

If being named somehow is condition of human existencies and to a certain extent also makes them determinate, then the dimension of prejudice is perhaps irreducible; at least in this sense, as a previous idea being the site of understanding, reflection and production. The present work starts from the ideas of the production and transformation of reality produced by the theoretical developments that describe and legitimate the practice of a certain discipline and the notion of gender as a socio-historical category referring to the social relations of power and subordination established between males and females and are translated, through an extrapolative operation, into social inequalities. By going through the psychoanalytic conceptualisation of the Oedipus Complex in women, an understanding is made possible of some prejudices affecting psychiatrists in their practice with women patients. An attempt to read from a particular theoretical framework that makes these women what is called mad, starts from the history of those that name them in such a manner, with reference to the nexus with the mother. Such nexus is transited by each, with a better or worse destiny. Taking into account the responsibility of a determinate creation of subjectivity from the position of subject of the enunciation that is produced in the daily task from a particular ethical position.

Key words: Prejudice – Gender – Oedipus Complex in women – Discrimination.



Toda disciplina genera teorías que se corresponden con sus prácticas y las legitiman. Construye racionalidades que responden a distintas hegemonías de valores sociales. Las teorías, al describir la realidad la transforman y la producen.

*“El individuo es sin duda el átomo ficticio de una representación ideológica de la sociedad, pero es también una realidad fabricada por esa tecnología específica del poder que se llama la disciplina. Hay que cesar de describir siempre los efectos del poder en términos negativos: excluye, reprime, rechaza, censura, abstrae, disimula, oculta. De hecho, **el poder produce**; produce, produce realidad, produce ámbitos de objetos y rituales de verdad. **El individuo y el conocimiento que de él se pueden obtener corresponden a esa producción**”¹⁽²⁾.*

Las palabras marcan y las palabras de la disciplina, disciplinan.

El poder disciplinario es un poder que tiene como función enderezar conductas; la disciplina “fabrica” individuos que serán sus objetos. De este tipo de conceptualizaciones viene la tradición psiquiátrica que organiza nuestra práctica actual, en el mejor de los casos. En el peor, se podría decir, el espacio de la creación de los individuos objetos de la psiquiatría, particularmente del examen médico psiquiátrico, ha sido reemplazado por la generalización de los datos estadísticos o por los acuerdos de expertos de los centros de poder y de producción de criterios diagnósticos.

Es importante reconocer la plena vigencia de los planteos de la modernidad en lo antedicho y recordar que ha corrido mucha agua bajo el puente desde aquellos planteos. Siempre es complejo reflexionar sobre lo actual y habitualmente los cambios sociales anteceden a las conceptualizaciones teóricas que puedan dar

cuenta de ellos y, si bien ya la lectura de la modernidad no alcanza para comprender, sigue siendo un instrumento útil a la hora de la reflexión sobre las cuestiones relativas a la disciplina psiquiátrica y sus producciones.

El poder está en la posición del sujeto de la enunciación (el especialista) que tiene la palabra, la capacidad de nombrar y el saber mientras que el paciente está en posición de sujeto del enunciado, ya que es significado por el saber de la disciplina y sus especialistas. A veces, si puede, responde.

A más de un siglo de la vigencia de la obra freudiana y sus más o menos felices (¿innovadoras?) relecturas no podemos excluir de los análisis del terreno de la subjetividad la posición y la influencia del observador. Se hace necesario observar al observador, el psiquiatra en nuestro análisis, ponerlo en cuestión, sin la imposible pretensión de excluirlo del campo sino con el fin de complejizar lo observado, el modo de comprender y restituirle la responsabilidad de sus dichos.

Si en algún sentido podemos considerarnos partícipes de las construcciones culturales de las que formamos parte y nos determinan y determinan nuestra práctica profesional, entonces recuperaremos alguna posibilidad de influir sobre ellas. Si sólo somos sujetos pasivos de un saber que nos es dado y aceptamos sin ningún intento de lectura crítica, poco podremos hacer por la salud de quienes asistimos y por la nuestra.

Después de mencionar al psiquiatra y al paciente se impone alguna mención a la exigencia políticamente correcta que impondría la necesidad de hacer el texto más prolijo diciendo trabajadores de la salud mental y usuarios. Se habrá de disculpar, para poder continuar, el recorte de la reflexión y la falta de pretensión de completud y corrección de este texto.

Varón o mujer, la diferencia

A riesgo de volver a mencionar algunos conceptos básicos quisiera dedicar algunos renglones a la cuestión de género, sí intentaré referirme en particular a las mujeres nombradas por la psiquiatría.

La idea general mediante la que se diferencia "sexo" de "género" es que el sexo queda determinado por la diferencia sexual anatómica, mientras que el género se relaciona con los significados que cada sociedad le atribuye a tal diferencia física.

Una construcción social arbitraria, deshistorizada de lo biológico y en especial del cuerpo femenino y masculino, de sus costumbres y sus funciones, proporciona un fundamento aparentemente natural a la visión androcéntrica de la diferencia. Un modo ya clásico de referirse a los modos de construcción de estas diferencias, que también podría referirse al análisis de la situación de otros grupos marginalizados, son los conceptos de dominación (masculina en este caso) y de violencia simbólica.

"He visto en la dominación masculina y en la manera como se ha impuesto y soportado, el mejor ejemplo de aquella sumisión paradójica, consecuencia de lo que llamo la violencia simbólica, violencia amortiguada invisible e insensible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente por los caminos puramente simbólicos de la comunicación y el conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento, del reconocimiento, en último término, del sentimiento"(1).

La fuerza del orden masculino se descubre en el hecho de que prescinde de justificación; la visión androcéntrica se impone como neutra.

La noción de género podría ser definida entonces como una categoría histórico-social que se refiere a las relaciones sociales de poder y subordinación que se establecen entre varones y mujeres a partir de las construcciones culturales sobre lo que es ser un varón y lo que es ser una mujer en cada momento histórico. Estas construcciones se estructuran sobre la base de las diferencias biológicas entre los sexos y se traducen, a través de una operación de extrapolación, en desigualdades sociales.

Las mujeres son un grupo mayoritario marginalizado. Son por todos conocidas las dificultades históricas de acceso a los derechos civiles (en nuestro país hace poco más de 50 años que las mujeres votan), la pauperización del trabajo femenino y las trabas en el ejercicio del poder cuando las mujeres acceden a posiciones de poder dentro de las instituciones. Posteriormente se presentan estas diferencias como naturales, ahistóricas, esencias de lo masculino o lo femenino, podemos afirmar que, justamente, para reproducir y sostener las desigualdades que producen.

Ya delimitado el campo vayan algunas reflexiones sobre (algunas) mujeres locas.

Mujeres locas

Luego de la descripción de lo determinante de la disciplina que nombra sobre la construcción del "objeto" de estudio y de la naturalización de las diferencias

de género como modo de reproducirlas y sostenerlas, podríamos tratar de encontrar las relaciones entre algunos "prejuicios", algunos dichos sobre lo femenino y loco y su expresión en el lenguaje de la psiquiatría.

El tomar como punto de partida dichos de la vida cotidiana referidos a las mujeres locas implica reconocer que, inevitablemente, afectan a los psiquiatras, tan sujetos de la cultura como el que más, y requieren de su parte alguna reflexión, que quizás desde aquí se pueda propiciar y permita una mirada más honda de la realidad de las pacientes y de la práctica profesional. Pensarse ajeno e inmune a la cultura de la que se es parte sería de una ingenuidad que raya con la tontería. Rápidamente resultará familiar lo multívoco de la palabra "loca", aunque también pueda criticarse que ya no corresponde a ninguna categoría nosográfica. Usada para describir en su uso coloquial lo que los técnicos denominaríamos la psicosis, su uso en masculino se relaciona fácilmente con la cualidad de excéntrico o de genial y en femenino con cierto modo promiscuo o en algún sentido oscuro, excesivo de vida sexual ¿Alguna vez escucharon decir "genia loca"? ¿Y referirse a un varón con una "activa" (¿cuánto y cómo es para un varón heterosexual promiscuo?) vida sexual diciendo "es un loco"? ¿Es igual la frecuencia con que se incluye en el diagnóstico de manía el número de partenaires sexuales en un varón y en una mujer?

Empujados por la clínica hace ya algunos años compartíamos con un colega la dificultad de evaluar con precisión el diagnóstico de hipomanía realizado por algunos psiquiatras si la destinataria del mismo era una mujer joven, bonita y de vacaciones sola en alguna playa de clima templado. Entrevistábamos pacientes a quienes sólo íbamos a asistir durante las vacaciones de sus psiquiatras. Magnífica experiencia de asomarse a la clínica de los colegas con quienes, en general, se comparten espacios de estudio o de trabajo. Seguramente la brevedad o cierta liviandad por lo puntual de la intervención, aclaraba la mirada de quienes estábamos a cargo sólo por un rato. Y allí se escuchaban relatos de pacientes que con asombrosa precisión habían recibido (por parte de clínicos avezados y estudiosos) el diagnóstico de episodio hipomaniaco o directamente de trastorno bipolar, con la correspondiente indicación farmacológica. Todas eran pacientes jóvenes, habían vacacionado sin parejas, solas o con otras mujeres, habían mantenido relaciones sexuales ocasionales en contextos seguros, con precauciones con respecto de la anticoncepción y del contagio de enfermedades de transmisión sexual. En aquellos consultorios aumentaba a cifras asombrosas la prevalencia del trastorno bipolar. El episodio depresivo era diagnosticado en el momento del eventual desengaño amoroso. A casi todas las había llevado a la consulta la vuelta a algún conflicto de su vida cotidiana luego de las felices vacaciones. Los colegas "diagnosticadores", vale aclararlo, no eran todos varones.

Otra versión de la vida cotidiana de lo loco y lo femenino: "Loca como tu madre", nunca loco o loca como tu padre. Y en la versión contrastante, que quizás la complemente, la imagen de la "santa madre", la santa madre iglesia, la madre virgen también de la religión católica, o la letra del cantautor (Serrat, confeso no re-

ligioso) “mi santa madre me lo decía”. La no loca es la virgen, la que no tiene relaciones sexuales, la que no necesita de un varón, para ser madre.

Y a los psiquiatras, ¿cómo nos tocan a la hora de nuestro trabajo estas cuestiones?

Quizás se pueda intentar algún comentario teórico alrededor de las causas de la vigencia de estos prejuicios que sirva para pensar la clínica reconociendo estas ideas previas que seguramente nos acompañan.

Continente negro

Cómo no comenzar con el calificativo freudiano continente negro, para referirse a la psicología de la mujer, que recoge el misterio ancestral sobre el goce, la sexualidad femenina y su relación con la procreación. Continente negro por desconocido y también por colonizado. El desarrollo teórico va a la búsqueda de lo desconocido y lo coloniza con palabras, masculinas en el sentido de cierto orden de dominación, dichas por varones y luego por mujeres, sobre la mujer.

El recorrido de la conceptualización del Edipo en la mujer en la obra freudiana comienza con un paralelismo entre el varón y la mujer.

En la presentación autobiográfica de 1925 S. Freud, dirá:

“Tras el estadio de autoerotismo, el primer objeto de amor pasa a ser para ambos sexos, la madre (...) Después, pero todavía dentro de la primera infancia, se establece la relación del complejo de Edipo, en que el varoncito concentra sus deseos sexuales en la persona de la madre y desarrolla mociones hostiles hacia el padre en condición de rival. De manera análoga adopta posición la niña”²(3).

Vale aclarar que no continúa el texto con ninguna referencia al complejo de Edipo en la mujer (o en “la niña”). Siete palabras para explicar, o tal vez nombrar, el llamado en ese contexto complejo nuclear de la neurosis en la mujer. Hay en el texto una nota al pie de 1935, diez años más tarde aclarando el desacierto del paralelismo entre el desarrollo sexual en el varón y la mujer e incluyendo el cambio de objeto sexual (de la madre al padre) y de “zona genital rectora” (del clítoris a la vagina).

En otro artículo del mismo autor de 1925, “*Algunas de las consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos*” se describe luego de la ligazón a la madre como primer objeto de amor, el descubrimiento de la ausencia de pene en la madre y como consecuencia de esto la envidia del pene o “*el descubrimiento de la inferioridad del clítoris*” y también “*el despliegue de la feminidad tendría como condición la remoción de la sexualidad clitorídea*”. No abundaremos aquí en este tema, pero



resulta imprescindible mencionar el conflicto y la complejidad que introdujo en la cultura occidental, tocada por el psicoanálisis, y en consecuencia en la vida de las mujeres, esta conceptualización con respecto de la “condición” de la remoción de la sexualidad clitorídea que desconoce groseramente la anatomía femenina.

Y sigue con la explicación del porqué del abandono de esa fuente de placer:

“Acaso no haga falta buscar muy lejos ese factor; podría ser la afrenta narcisista enlazada con la envidia del pene, el aviso de que a pesar de todo no puede habérselas en ese punto con el varón y sería mejor abandonar la competencia con él. De esa manera el conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos esfuerza a la niña pequeña a apartarse de la masculinidad y el onanismo masculino, y encaminarse por nuevas vías que llevan al despliegue de la feminidad”⁽⁴⁾.

Y ahí vamos lectores a la pregunta, que leyendo el texto freudiano nos apura la mirada: ¿cómo es el despliegue de la feminidad? Unos renglones más adelante dirá:

“Resigna el deseo del pene para reemplazarlo por el deseo de un hijo y con este propósito toma al padre como objeto de amor. La madre pasa a ser un objeto de celos y la niña deviene una pequeña mujer”

Agregaría “*ansiendo convertirse en una madre*”, deseo del pene primero que se reemplaza por deseo del hijo después. O quiere tener un pene o quiere tener un hijo. Entonces, en este desarrollo teórico (¿hace falta recordar parte de o vigente en nuestra cultura?) una niña se convierte en una mujer deseando convertirse en una madre.

Detrás de la imagen de toda mujer hay una madre.



¿Siempre se vuelve al primer amor?

Ya dijimos varias veces la madre es el primer objeto de amor tanto para los varones como para las mujeres. El objeto de amor del niño seguirá siendo del mismo género: una vez adulto no hará más que cambiar una mujer por otra.

La niña debe cambiar su primer amor, la madre, por el padre y que quede de ese primer amor la identificación con la madre, que no tendría por qué ser asimilada literalmente al "ser la madre" de alguien más. A través de la identificación abrir la posibilidad de ser amada por su padre de la misma manera que él ama a la madre. Identificarse con la madre para tener el amor del padre, así como el varón se identifica con el padre para poder ser amado por otra mujer como la madre. La mujer queda ligada a lo relacional, al vínculo con el otro, central en su transcurrir por el Edipo. No hay un competidor que podría privarla de su bien más preciado (el falo-pene en el varón), sino un padre por el cual quiere hacerse amar.

Complejos y trabajosos movimientos para salir de ese primer amor con la madre. Distintos para varones y mujeres y con variadas consecuencias en el modo de configuración de la subjetividad. Pero volviendo a lo nuestro vayamos a las particularidades de ese primer amor.

El amor de la así llamada unidad madre-hijo es total y completo. De ahí lo de unidad, casi no se podría hablar en los primeros tiempos de relación, de dos. Plenitud material en el período del embarazo descrita por tantas mujeres. Unidad real en la materialidad del cuerpo de la madre y del bebé aún por nacer que continúa en la vida extrauterina en la necesidad de asistencia material, imprescindible para la vida del bebé.

Este amor tiene también condiciones de exclusividad, "El niño/a de mis ojos", "Mamá es la única que... (lo alimenta, lo calma, lo duerme, etc.)". Es central en los primeros momentos del desarrollo que la tarea de los cuidados maternos sea desarrollada por la misma persona y desde esta necesidad (ya podemos preguntarnos si de la madre o del bebé) se configuran los dichos sobre la exclusividad de este amor y cierta pericia que sólo la madre tendrá para satisfacer al infante (y sólo el infante tendrá para satisfacer a la madre). Resulta interesante plantear las preguntas que reorientan la "flecha" de esta exclusividad que viene de ser uno con el otro durante el embarazo a ser el único para el otro. Exclusividad que puede ser entendida como germen de la rivalidad entre hermanos en la

infancia y de la exigencia de fidelidad en las parejas adultas.

Esta relación total y completa en la que uno es todo y el único para el otro, y hasta no hay uno y otro, está destinada a desaparecer. Situación pasiva del hijo/a manipulado, (en términos literales en los cuidados corporales) y nombrado por la madre. Pero, nombrado no sólo es nombrado "niño de mis ojos" por la madre

La unidad madre hijo se disuelve para siempre porque el lenguaje se interpone entre ellos.

En la formulación freudiana clásica será el padre el que se interponga entre ellos. La lectura lacaniana asimila en este punto al padre y al lenguaje. La estructura de parentesco es patriarcal, el hijo es reconocido por el padre, reconocimiento simbólico más allá del lazo natural, real, con la madre. Por un apellido el hijo es referido a una estructura triangular que lo hace dejar esa relación dual primera. Se sabe que es hijo de esa mujer porque ella lo tuvo en su cuerpo y que es hijo de ese padre porque lleva su apellido. La interdicción paterna apunta al lazo simbiótico entre la madre y el hijo(9), palabra que marca la pertenencia a esa estructura familiar, a ese linaje determinado no por la materialidad del embarazo sino por el nombre.

Lo que cada hijo, varón o niña, desea, es la vuelta a esa unidad natural con el primer objeto de amor. La vigencia a lo largo del tiempo de esta forma primaria, original del vínculo amoroso sería psicotizan-

te y ni siquiera daría lugar como tal al sujeto.

Para que la existencia de un sujeto humano sea posible es necesario cierto marco de regulación, que en la cultura occidental se entiende como: prohibición del incesto y como consecuencia de la efectividad de esta prohibición, salida a la exogamia.

Es en esa brecha construida por el lenguaje, abismo entre la madre y el hijo/a que aparece ni más ni menos que el deseo. Búsqueda de aquella experiencia de completud, que de consumarse sería en algún sentido mortuoria, pero que permite en esa brecha la posibilidad del deseo deslizándose entre un objeto y otro y otro y otro. Encuentro imposible que se convierte en motor para seguir buscando. Fuente de eterna insatisfacción si se lo considera posible (algo así como "si sigo insistiendo, buscando, lo encuentro porque en algún lugar está") o posibilidad de crear y construir allí donde no hay, donde no se tiene.

Entonces, a modo de palabras clave para referirnos al vínculo de amor con la madre, podríamos mencionar: total, completo, exclusivo, hijo/a en posición pasiva, imposible sin alguna interdicción la existencia del sujeto como tal.

Si podemos postular que la perpetuación de ese vínculo sería psicotizante, muerte de la existencia subjetiva, ahí aparece, en la posibilidad de perpetuarlo o de reencontrarlo, la loca de la sexualidad sin límite, loca como la madre y la madre sin padre, la santa madre.

De los dichos y los hechos

Hasta aquí dichos de la vida cotidiana y algún ejercicio de comprensión, un ensayo de respuesta a la pregunta ¿cómo se producen estos dichos que se refieren a las mujeres y a la locura? Un intento de lectura desde un determinado marco teórico, que vuelve a estas mujeres llamadas locas, parte de la historia de cada uno de los que las nombramos, en referencia al vínculo con la madre. Vínculo transitado por todos con mejor o peor destino. Tomando en cuenta la responsabilidad de una determinada creación de subjetividad desde la posición de sujeto de la enunciación. Posición que no es natural, ahistórica o dada de antemano, sino que se construye



en la tarea cotidiana desde un particular posicionamiento ético.

En una época leída en ocasiones como el fin de la historia, o descrita con innegable claridad como líquida en contraposición con lo sólido que limita y provee de forma. Época de dificultades para la construcción de identidades profesionales y (lo que es más complejo aún) de todas las otras. De políticas de tolerancia para los diferentes con las que los grupos dominantes definen qué son ellos y qué son los tolerados(7). De vínculos de dominación sostenidos por los dominados. Época de ausencia de palabras, reinado de la imagen, dificultad para encontrar marcas que constituyan y organicen la trama subjetiva.

Quizás la nuestra sea una época de tránsito entre las instituciones de la modernidad ya releídas críticamente y los ideales del consumo y el mandato del goce. La existencia de lo actual de fuerte peso imaginario sobre una modernidad simbólicamente desgastada y en ocasiones descartada.

La propuesta es darle lugar al prejuicio.

No para que se convierta en organizador de nuestras prácticas, sino como punto de partida posible para el necesario reconocimiento de la implicación del psiquiatra en la clínica que produce con su intervención.

Pensamos, decimos, escribimos desde la cultura que nos atraviesa, nos divide. La misma palabra que "nos da letra", nos silencia y la tarea será encontrar aquello que diga de nosotros y de nuestra práctica primero y de los y las pacientes después, reconociendo al mismo tiempo lo imposible e ineludible de esa búsqueda.

Es con prejuicios que entendemos y leemos el padecimiento de los y las pacientes. Reconocerlos y pensar alrededor de esos dichos que nos y los representan abre alguna posibilidad de comprender y modificar los efectos destructivos que la discriminación negativa de las pacientes mujeres, objetos de una práctica tantas veces desubjetivante o creadora de subjetividades dependientes, sufrientes, empobrecedoras de las potencialidades vitales de esas personas. Y del clínico que así las nombra, encerrado en sus construcciones teóricas, en su lectura de la realidad.

Reconocer el prejuicio y denunciarlo, asombrarnos, escandalizarnos y avergonzarnos cuando corresponda. Intentar comprender, complejizar, nombrar y desde allí abrir la posibilidad de cambiar el rumbo.

Saberse parte responsable de la construcción de nuestro tiempo, ya no probablemente en las gestas heroicas de otros tiempos, pero sí en la decisión cotidiana de honrar los compromisos éticos ineludibles para

los que trabajamos en un vínculo tan particular con personas que sufren.

Valga una última mención, de hechos no de dichos, sobre las mujeres y la psiquiatría, sin posibilidad allí donde suceden de considerar los prejuicios. Sabemos de las condiciones de marginalización a las que están destinadas aquellas personas pobres y portadoras de algún diagnóstico psiquiátrico. Las condiciones de encierro de los hospitales psiquiátricos no dejan de existir y cuando son violatorias de derechos fundamentales sigue siendo necesario denunciarlas. La condición de mujer empeora, aunque a veces cueste imaginar condiciones peores, la vida de esas personas. Organismos de derechos humanos han denunciado la esterilización de mujeres internadas en hospitales psiquiátricos sin su conocimiento ni consentimiento(6). Ya no podrán después de la intervención de la institución, literalmente, ser madres. Locas como sus madres.

Quizás ésta sea la más descarnada y escandalosa muestra del efecto de los prejuicios antes nombrados. Frente al horror, resulta casi poética y sin duda insuficiente la propuesta de alguna lectura del prejuicio. Sin embargo es estrictamente necesaria: allí donde reina el horror, escasean las palabras ■

Referencias bibliográficas

1. Bordieu P. *La dominación masculina*, pág.12, Anagrama, Barcelona, 2000.
2. Foucault M. *Vigilar y castigar*, pág. 198, Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 2005.
3. Freud S. "Presentación autobiográfica" pág.34, en *Obras Completas*, Volumen XX, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1979.
4. Freud S. "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos" págs. 273, 274, en *Obras Completas*, Volumen XIX, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1979.
5. Freud S. "Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis", 33 conferencia, págs. 104 a 125, en *Obras Completas*, Volumen XXII, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1979.
6. Mental Disabilities Rights (MDRI), "*Derechos Humanos y Salud Mental en México*", pág 28-30, Washington DC, 2000.
7. Meccia E. "*La cuestión gay*". págs.69 a 83, Gran Aldea Editores, Buenos Aires, 2006.
8. Verhaeghe P. *¿Existe la mujer? De la histérica de Freud a lo femenino en Lacan*, Paidós, Argentina, 1999.
9. Verhaeghe P. *El amor en los tiempos de la soledad. Tres ensayos sobre el deseo y la pulsión*, Paidós, Argentina, 2001.

Notas

1. El subrayado es mío
2. El subrayado es mío
3. Sobre la base de la información recibida por el Equipo de Investigación de MDRI (*Mental Disability Rights Internacional*) en la institución psiquiátrica Ocaranza, ubicada en Pachuca, Hidalgo, México se llevaban a cabo esterilizaciones de mujeres sin el conocimiento o consentimiento previo de ellas. Esta información la brindó el propio personal empleado en la institución. Se trataba de más de cien mujeres de las cuales la mayoría había resultado sometida a tal práctica. Es necesario afirmar que las mujeres recluidas en instituciones de salud mental constituyen un grupo social ampliamente susceptible a la vulnerabilización de sus derechos fundamentales (reproductivos, de patria potestad). En procedimientos que carecen de garantías procesales adecuadas se suele determinar *la insania o incapacidad mental y se establece un tutor legal* que en adelante decidirá por la persona(6).

Agradecimientos

No hay escritura posible sin referencia a otras, más allá de la literalidad de la cita bibliográfica.

Por eso los agradecimientos: a Santiago Levín por tanta charla y tanto libro compartido, donde sin duda comenzó este artículo y a Roxana Amendolaro que en alguna caminata por el Hospital Psiquiátrico de Mujeres terminó de orientar el rumbo.

Familias venidas del ropero en psicoterapia

Pablo Gagliesi

Médico psiquiatra. Arenales 3891 piso 6 Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1425) 4832 2498. pablogagliesi@fibertel.com.ar

Existe alguien muy importante en mi familia, con ella viví desde que era chico. Fue la persona con quien justamente decidí hacer mi coming out of the closet.

Me refiero a mi abuela materna.

Mi desafío fue decirlo en aquel momento, mejor tarde que nunca. Ella, que a duras y oscilantes penas sabía quién era su nieto, me contestó sonriente: "Está bien, está bien, pero ¿Y los hijos?" (Fragmento de sesión)

Introducción

Las nuevas configuraciones familiares nos regresan a nuestras concepciones sobre lo que es una familia de una manera desafiante. A partir de un caso clínico veremos cómo el entrecruzamiento entre psicoterapia y política produce nuevas herramientas de trabajo desmantelando creencias y prácticas habituales.

Presentación y proceso

Marcelo y Adriana tienen dos hijos, Jordán de 9 años y Anita de 6. Se han separado hace 4 años porque Marcelo hizo su *coming out* como gay, hecho que a Adriana reconoce no sorprenderle. Su divorcio fue de mutuo acuerdo y de algún modo en buenos términos.

Marcelo es derivado a psicoterapia por una colega que estaba entrevistándolo por su hijo Jordán. La maestra de

Jordán les sugirió a sus padres realizar una consulta por problemas de retraimiento, desatención e irritabilidad.

La admisión a la que concurren para solicitar el tratamiento concluyó en un par de entrevistas de orientación para padres. En dichos encuentros Adriana se mostraba comprensiva y colaboradora, mientras que Marcelo algo retraído y deprimido.

Ella sostenía que los problemas de Jordán podrían vincularse con las dificultades que tenía Marcelo con el niño. Marcelo asentía y aseguraba no tener aptitudes paternales, intentaba hacerse responsable de la situación pero evitaba estar con ellos por sentirse incómodo.

Fue entonces que la profesional a cargo de la admisión decidió derivar a Marcelo para psicoterapia y así llega a consulta.

Marcelo tiene 35 años, es músico y lleva tres años en pareja con Iván, con quien además comparte profesión. Si bien el acuerdo de convivencia es muy poco preciso –Marcelo teme al compromiso, no comparten el dormitorio cuando los niños están en casa–, Iván se muestra muy comprometido con el cuidado de ellos.

Revisemos un pequeño fragmento de la primera entrevista:

Marcelo: Desde que me separé, no me siento bien. Tengo muchos sentimientos de culpa. Siento que no soy un buen padre, en principio porque no puedo darles una familia a mis hijos.

Resumen

El presente artículo aborda los nuevos cambios sociales en torno a la familia que nos plantean en psicoterapia las comunidades gay-lésbica-travesti-transsexual-bisexual-intersexual (GLTTBI). Buscando entregar distintos elementos científicos de argumentación y reflexión para hacer de nuestra labor clínica un espacio de contribución y soporte con las denominadas familias venidas del ropero. La pregunta que recorre este texto es: ¿qué nos dicen los padres y madres gays y lesbianas sobre los modos de relación y configuración familiar que proponen? Y ¿cómo debemos los terapeutas responder a ellos? Revisaremos críticamente la conceptualización de familia en la historia, el valor binomial de los géneros y los roles ineludibles en la familia patriarcal. Junto con el análisis de la argumentación que gira alrededor de las familias homoparentales.

Palabras clave: Familia – Homosexualidad – Género – Parentalidad – Adopción – Psicoterapia

FAMILIES COMING OUT OF THE CLOSET

Summary

The present article approaches the new social changes around the family that gay-lesbic-travestite-transsexual-bisexual-intersexual communities (GLTTBI) raise in psychotherapy. Looking for giving different scientific elements from argumentation and reflection to make our clinical work a space of contribution and support to the denominated families coming out of the closet. The question that crosses this text is: What do gay and lesbian parents have to say to us about the relationships and ways of family configuration, and how we, therapists, could address them. We will critically review the conceptualization of the family in history, the binomial value of genders and the inescapable roles in the patriarchal family, along with an analysis of the debate around the homoparental families.

Key words: Family – Homosexuality – Gender – Parenthood – Adoption – Psychotherapy



Terapeuta: ¿Por qué no podés darles una familia?

Marcelo: Siento, a veces que debería haber seguido con Adriana para proporcionarles una familia. Y ahora no tengo nada.

Terapeuta: Marcelo, ¿Vos, los niños e Iván no son acaso una familia? ¿Qué es una familia?

Esta palabra parece eterna, y en boca –y en el puño– de algunos tiene una consistencia radical y vigorosa. Y como todo lo que es adjetivado de ese modo se vuelve indiscutible y perenne. ¿Cómo cuestionar algo que parece piedra fundamental para la existencia de nuestra sociedad?

Sin embargo, es sorprendente descubrir, a través de numerosos estudios de antropólogos que han investigado otras culturas y de los historiadores del lenguaje, que esa idea de familia, ha sido mucho más inestable y desordenada de lo que suponemos.

Releyendo *Palabras Claves* de Raymond Williams(38) se puede observar que la especialización de este término para aludir al *pequeño grupo de parentesco que vive en una sola casa* puede relacionarse con el ascenso de lo que hoy se denomina la familia burguesa. Su sentido estricto, como lo conocemos, quedará establecido recién en el siglo diecinueve, donde la familia aislada como una unidad económica operativa se establece con el desarrollo del capitalismo. Así la solidificación de la idea de familia más allá del linaje –y la consanguinidad– o de la concepción de hogar –y la convivencia– que por ejemplo incluía a la servidumbre-, ocurre tardíamente en la historia de la humanidad o, al menos, de la humanidad judeocristiana. Es entonces donde deviene una forma de relación social y de organización de clases, más que piedra angular.

Restos y rudimentos de su acepción antigua se observan en el uso de palabras como hermano o hermana por parte de personas unidas por un vínculo de interés común o solidario –un sindicato, el ejercicio de un arte, la pertenencia a una misma región geográfica– o familia como los pertenecientes a un credo religioso o incluso a un medio de producción como una fábrica o empresa.

En este sentido la familia dejó de ser una red alrededor del que ostenta el poder en una casa, red que incluía –y aún incluye en algunos lugares– el señor, la servidumbre, los criados, los hijos bastardos nacidos en el seno de la red, los labradores de la tierra, sus hijos e hijas, las amantes. Esta organización social se fragmenta pero el sentido perimetral continúa hasta la actualidad, como una tensión generada entre el individualismo y cierto sentido de obligación gregaria. Digo obligación gregaria que se observa en la patologización de la soledad, la búsqueda desesperada de pareja como motivo conversacional –entre esas conversaciones podríamos incluir la psicoterapia– y la naturalización de la gregariedad, con sus estudios incluso biológicos ('el hombre como animal social!'), entre otros efectos residuales de ese dogma.

Se podría, arriesgadamente por cierto, fechar el cuño del término familia en su uso contemporáneo en la misma época en la que se inventa la novela como forma literaria. Se puede afirmar que la familia es un invento ciertamente moderno.

En una entrevista realizada a Derrida por Roudinesco, responde:

“¿A qué se llama *familia*? Yo no diría sin titubear que la familia es eterna. Lo que es inalterable, lo que segui-

rá atravesando la Historia, es que haya un lazo social organizado en torno de la procreación". (...) "Yo no hablaría de una 'eternidad' de cualquier modelo familiar sino de una trans-historicidad del lazo familiar. Y el modelo al que Freud –con tantos otros– se refiere es solamente el de una secuencia. Muy larga y muy corta porque, bien lo vemos, fue instituída, y llegará el momento en que será, si no destituida, por lo menos endiabladamente complicada. Ya, y desde hace mucho tiempo, está terriblemente sobredeterminada"(10).

Quiero contar aquí dos pequeñas historias para describir ficcionalmente el mundo en que vivimos:

En la película "*It's Elementary. Talking About Gay Issues In School*" un maestro de escuela pregunta qué es una familia frente a un auditorio de alumnos de 10 años. Se observa la presentación de fórmulas como papá-mamá-hijos. Pronto, esta fórmula arquetípica implosiona ya que el mismo auditorio testimonia organizaciones diferentes, despacio y saliendo del ropero, la estadística de otras fórmulas aparece. Primero ligeramente distinta y desde allí a lo audazmente diferente(9).

La segunda es la siguiente:

Un conocido político inició su conferencia dirigiéndose a las familias porteñas. Usted cree saber quién es. Pues seguro que se equivoca, lo dejaré con la intriga, pero recuerde que estas *gaffes* son muy del progresismo también. Me pregunté qué efectos tiene hablar a una población que estadísticamente no está ordenada en familias estándares. Y me acordé de todos aquellos que en mi consultorio sufren por no tenerla. Como si tener esa familia fuera, en definitiva, un certificado de bienaventuranza.

Entonces, cauteloso, reconocí cómo ciertos discursos alientan la tristeza. Y sin duda que estas dos pequeñas historias, justifican la de Marcelo. Ambas diseminan la siguiente idea:

Para pensar la familia, por ahora, es vital lo biológico –y más precisamente el cuerpo– como fundamento del parentesco y la adecuación entre pareja parental y pareja conyugal en forma de alianza.

Marcela Iacub se pregunta si el niño o niña nace siempre de la combinación de lo femenino y lo masculino "¿qué valor debe darse a tal fusión corporal? ¿Debemos reducir la filiación a su elemento biológico, como si engendrar bastase para transformar por arte de magia al progenitor en padre?"(17).

La mayoría de las nuevas configuraciones provocan dificultades en la vida de las personas porque hay una tendencia a ficcionarlas con la fórmula anterior.

En los diferentes formatos la nomenclatura de parentesco (madre/padre) obtura, limita, engendra simulación. Actualmente se suelen preferir términos como cuidadores primarios, que parecen más liberados de los regímenes de los géneros.

Un ejemplo de lo anterior es "la madre adoptiva" que sigue siendo en nuestra sociedad un simulacro de madre, en algún sentido, una ficción incompleta de la madre biológica.

La validación otorgada por la sociedad y el Estado a través de sus leyes, como por ejemplo el apellido otorgado patri-linealmente, y el traspaso de capitales en forma de herencia siguen siendo regulaciones atadas a la fórmula a la que nos referimos.

Como se observa seguimos teniendo un modelo básico en el que se supone que sexualidad, procreación y filiación deben coincidir con dos personas de diferentes sexos.

Así es que la sociedad sigue aplicando *closets* o *placares* y discriminando a las familias no tradicionales –basta observar el comportamiento de los institutos religiosos–. En este sistema de ocultamiento y de denigración legal se somete a la gran mayoría de las familias contemporáneas y, principalmente, a sus hijas e hijos, porque las normativas aparecen como parches, textos adjuntos, que siguen emulando la familia tradicional como el libro de las narraciones originales, de las que todo lo demás no será mas que copia, inexacta, desprestigiada, defectuosa.

Es importante destacar que esta ausencia de validación tiene efectos perdurables en el devenir familiar y subjetivo de las personas, como reconocemos en los comentarios solidarios a las mujeres que deciden engendrar *solas* señalando su valor de independencia y autonomía.

La familia adoptiva, por ejemplo, es una configuración familiar relativamente joven, tal como la conocemos ahora, en donde la filiación de origen *natural* es sustituida por una filiación diferente. El Estado se atribuye aquí poderes extraordinarios para normalizar dicha adopción donde se prioriza a parejas, legalmente casadas –y obviamente heterosexuales– repitiendo la narrativa dominante asegurándonos, engañosamente, que el Estado o la Iglesia son los mejores protectores disponibles.

La adopción, la inseminación artificial y otras tecnologías que nos permiten ejercer el derecho a tener o a no tener descendencia atentan directamente sobre las fórmulas arquetípicas y, por lo tanto, incomodan. Y, al mismo tiempo, deconstruyen cierta idea de selección natural o de intervención del destino en la fertilidad.

En este sentido la siguiente cita de Mehl abre un sin número de posibilidades: "Procrear a toda costa o despedirse del deseo de tener un hijo. Recurrir a los mil artificios de la técnica para eludir la esterilidad, o bien optar por la adopción. Aceptar o rechazar la disociación entre sexualidad y reproducción. Dar prioridad a la pareja tradicional o autorizar el acceso a la procreación asistida en otros casos menos convencionales. Recurrir a terceros donantes de gametos o garantizar el vínculo biológico entre padres e hijos. Conceder mayor valor a la filiación genética o a la filiación social. Optar por el anonimato de los donantes de esperma u óvulos, o preferir que se desvele el secreto desde el comienzo.

Considerar el embrión como un *grupo de células* o dotarlo de humanidad. Contemplarlo en su estado actual o en su desarrollo futuro. Congelarlo, donarlo, estudiarlo, someterlo a experimentos, destruirlo o dejarlo en paz [...] Modificar el patrimonio genético de una persona en potencia o prohibir todo desvío del curso de la naturaleza"(21).

No hay más misterios ni secretos. Y cuando decimos que un niño o una niña necesitan de un padre y una madre ¿a qué nos referimos exactamente? ¿a qué tipo de relación paterna y materna aludimos? ¿sólo pensamos en el niño o niña? ¿o proyectamos sobre él o ella un tipo de relación hombre-mujer profundamente arraigado en nuestra conciencia cultural?

Los padres y madres gays y lesbianas ¿qué nos dicen sobre las reacciones de dicho entorno, qué nos revelan sobre la consideración que recibe la revolución silenciosa de las relaciones humanas que ellos proponen?

Como señala Silvia Bleichmar: "Porque el deseo de hijo no tiene fin práctico ni otra función más que aquella de evitar que los seres humanos *mueran de amor propio*, intoxicados por su propia libido tornada hacia sí mismos".

"De ahí que todos los seres humanos tengan, en principio, derecho a la *progenitura*; no a la maternidad o a la paternidad, sino a la descendencia. Y bajo el sólo rubro de seres humanos, lanzados a la búsqueda del trasvasamiento de su narcisismo, del *pasaje del amor* a sí mismos hacia otro ser que se constituye en el depositario de su sueños fallidos"(6).

La familia venida del ropero

Marcelo: *Me cuesta hablar de esto. Pero creo que hay algo malo en mí que podría dañarlos.*

Terapeuta: ¿Por qué?

Marcelo: *Siento que debería llevar a Jordán a jugar al fútbol, por ejemplo.*

Terapeuta: ¿Jordán quiere jugar al fútbol?

Marcelo: *Adriana sugiere que debería hacer algún deporte y que yo debo encargarme de eso. Nunca me gustaron los deportes. Me parece, creo, que a Jordán tampoco. Los otros días Iván estaba haciendo música y se puso a bailar y lo reté mal, a los gritos. Anita se largó a llorar y todo se convirtió en un cementerio.*

Terapeuta: No a todos los padres y a sus hijos les gustan los deportes. Es más, pueden no compartir los gustos.

Marcelo: *La verdad es que lo que temo es que termine siendo como yo, homosexual.*

Terapeuta: ¿te parece que si jugara al fútbol tendría garantizado su heterosexualidad?

Marcelo: *No es un buen sistema de clasificación, ahora que lo pienso.*

Terapeuta: Por ahí esto tiene que ver con muchas cosas juntas. Este tema es como un nudo de autopista; me parece que deberíamos explorar las distintas direcciones hacia donde nos lleva, aparentemente uno de los caminos nos lleva al tema de tu relación con tu *gaydad*.

Marcelo: *Creo que yo no termino de bancarme esto de ser gay, ¿sabés? En el fondo creo que no creo que sea bueno para él que su padre sea gay.*

Terapeuta: Vos no creés que sea bueno ni para vos. Quizás lo importante no es que seas gay sino cómo vivís esto que sos. Esto es una tremenda lección para ambos. ¿No quisieras ser un ejemplo de valentía, que digan: Mirá el viejo qué cosas hizo con sus dificultades, las enfrentó, lidió con ellas?

Marcelo no está solo. Si bien no hay estadísticas en la Argentina, podemos recordar que sólo en los EE.UU. cerca de 9 millones de niños tienen padres o madres gays o lesbianas(26, 11). De todos modos es de destacar que obtener estos datos sobre este grupo poblacional siempre ha sido difícil debido al estigma y el anonimato en el que todos y todas deben aún vivir. Algunos indicios de organización social aparecen espontáneamente, un grupo de mujeres lesbianas suele reunirse esporá-

dicamente en una asociación civil y he recibido referencias de algunos grupos de varones que suelen encontrarse por *chat* y en un café de la ciudad de Buenos Aires desplegando modos de resistencia.

Dentro de las transformaciones ocurridas en los tiempos del SIDA –como a algunos sociólogos les gusta llamar los ochenta-noventa– el número, o al menos la visibilidad de las parejas gays ha ido en aumento –con o sin leyes de matrimonio–. Según una investigación realizada en Francia citada por Cadoret, en esas parejas con contratos complejos implícitos o explícitos, el 11% de las lesbianas tiene hijos y el 7% de los gays, mientras que el 45% y el 36% respectivamente desean tener hijos(7). En la Argentina en el trabajo "Sexualidades, Política y Violencia", en una encuesta realizada, el 7% de los encuestados (GLTTBI) referían tener hijos, en más del 80% por relaciones heterosexuales(18).

La visibilidad y la creciente –aunque aún escasa– legitimidad de la pareja gay-lésbica está posibilitando el derecho inalienable a la progenitura.

La familia gay con hijos podría configurarse a través de cuatro fórmulas:

1. Una o uno, o ambas o ambos dos, pueden tener hijos de una relación heterosexual previa. Esto puede suceder con o sin una pareja consolidada. Este es el caso de Marcelo, que establece una nueva relación y tiene hijos de su anterior matrimonio.

2. El sistema de co-paternidad donde gays y otra mujer lesbiana o heterosexual, solos o en pareja se ponen de acuerdo para tener un hijo que se criará entre las dos unidades familiares. En la co-paternidad, la pareja parental y conyugal no coinciden nunca y, desde el principio de la vida familiar, se determina la disposición de ambas. Según Anne Cadoret las mujeres se plantean la concepción gracias a la inseminación artificial con donante desconocido, como opción preferida (36% de los casos); el recurso a una madre de alquiler está poco extendido entre los hombres (10%), aunque estos datos aportados por la APGL (*Asociación de padres gays y lesbianas de Francia*) sostienen la hipótesis de que si las madres de alquiler –o madres por cuenta ajena, como se propone denominarlas– estuviesen autorizadas, muchos más hombres solicitarían ser padres"(7).

Tal disposición responde a un esquema cruzado cuando las mujeres de la pareja lesbiana eligen cada una a un padre de la misma pareja gay; así, A' y A'' –de la pareja lesbiana A– llegan a un acuerdo con B' y B'' –de la pareja gay B– A' y B' pasan a ser la madre y el padre de un mismo hijo, A'' y B'' la madre y padre de otro hijo. La disposición puede definirse también como un encadenamiento entre múltiples parejas conyugales. Si tomamos las mismas parejas conyugales de base (A', A'', y B',B''), debemos añadir a una y/o a la otra un personaje perteneciente a una tercera pareja: A' está vinculada como madre a B', pero su compañera A'' elige como padre a C', con una madre de la pareja D. Los padres y madres elegirán diferentes soluciones para la creación de una familia, en función de su historia familiar inicial y de sus aspiraciones vitales.

En las entrevistas realizadas por Cadoret, observa con cierto vértigo las nuevas configuraciones y se pregunta sobre nuevas dificultades que aparecen en estas



nuevas familias: “¿Cómo introducir, certificar y perennizar la presencia de la compañera de la madre y compañero del padre? ¿Quién debería pronunciarse en el ejercicio de la patria potestad, y quién podría intervenir también en la cuestión de la transmisión de bienes?”(7). Y más adelante aclara “El estatus de parentesco, marco simbólico de inscripción en un linaje, puede garantizarse tanto en una familia heteroparental como en una homoparental. Sin embargo, esta última, sea cual sea el modo de filiación elegido, proclama voluntaria o involuntariamente su inscripción en un sistema de multiparentesco, es decir, en el reconocimiento de vínculos sociales necesarios para la edificación del parentesco”(7).

Esta modalidad se encuentra en plena expansión. Varias asociaciones de gays y lesbianas en Europa y en los EE.UU. proveen de sostén jurídico y afectivo a los padres y madres. Incluso las publicaciones y páginas de Internet de la comunidad GLTTBI en Argentina y Latinoamérica ya contienen avisos para encuentros entre gays y lesbianas que desean procrear.

3. Otra posibilidad es mediante la adopción de uno de los integrantes de la pareja o un gay soltero –me refero a alguien sin una pareja gay– que decide adoptar. La adopción por parejas del mismo sexo no es posible en la Argentina.

Aquí la mayoría de los especialistas legales sobre el tema sugieren que uno de los padres o madres adopte como solteros o solteras. Esto resulta endemoniadamente complejo por la situación de asimetría legal que provoca, donde uno de los padres o madres no tendría derechos legales sobre los hijos, aunque hayan sido criados y educados por ellos o ellas.

Veamos un fragmento de sesión de Marcelo:

Terapeuta: ¿Cómo es la relación de Iván con los chicos?

Marcelo: Muy buena. El jamás se aburre con ellos. Les enseña algo de música y pueden pasarse horas con eso. Él da clases en un colegio primario, debe ser eso. Por un lado me incomoda, sentía que estaba mal que un amigo de papá esté siempre en la casa. Al comienzo de la relación cuando los chicos dormían en casa él se iba a lo de una amiga en común, con los instrumentos y todo.

No se cómo se la banca. Otras veces me da envidia que se lleve bien. Mis padres no ven con buenos ojos que él esté. La última vez que hablamos me dijeron que yo haga lo que quiera con mi vida pero que no los mezcle a ellos. A veces pienso que las dos partes son mi vida. Otras quisiera que los chicos no vengan para no tener que correr con Iván para acomodar la cama, sacar las fotos y esas cosas. Después me avergüenzo porque es como si no los quisiera. A Adriana no sé..., me aclaró que no los deje solos con él. Y ahora me planteó que quisiera charlar de eso. Yo estoy con temor de que me pida que no los vea con él. Si ella supiera que me ayuda mucho saber que él va a estar cuando vienen... Me prohibió que hable del tema con los chicos, pero yo sería incapaz de hablar del tema con ellos.

Terapeuta: ¿Adriana tiene pareja?

Marcelo: No, desde que nos separamos nunca tuvo una pareja estable. Mucho no me cuenta. Ella lo conoce a Iván, sabe quién es porque es amigo de una pareja conocida. Quisiera que ella tenga a alguien en su vida además de nosotros.

Terapeuta: ¿Nosotros?

En otra sesión relata lo siguiente:

Marcelo: *Hace unos días Iván me dijo que había tenido un sueño, una pesadilla dijo en realidad, yo me iba de casa. Y que despertó asustado. Que en el sueño en lugar de llorar por la separación, él lloraba porque no podía ver a los chicos. Que era como en el castillo de Kafka, quería llegar a verlos pero el camino se hacía imposible.*

En estos fragmentos aparecen las dificultades que atraviesan los vínculos en su ensamblaje tanto hétero u homoparental, pero es importante recordar que no hay figuras legales que puedan ayudar a solidificar estos vínculos y protegerlos. Iván tiene un sueño verosímil.

4. La última posibilidad se refiere al nacimiento de un hijo por técnicas de Inseminación artificial o asistida con donante o con madre gestante de alquiler (el óvulo puede ser de una donante y la madre gestante otra, o una mujer que comparte ambas funciones) sin régimen de co-paternidad.

Y para noticia de todos y todas, estas fórmulas son puestas en práctica en el mundo, salvo la adopción legal que en varios países, incluido el nuestro, restringe la adopción a parejas del mismo género. Veremos más adelante cómo las dificultades actuales en definir sexo y género diseminan una brutal confusión legal.

Como dice Anne Cadoret: "La dificultad de elaboración y legitimación de la última figura familiar surgida, la familia homosexual, revela el núcleo esencial de nuestro sistema de parentesco: el cuerpo"(7).

Ante la evidencia de la existencia de la familia gay, numerosos investigadores han pretendido lo que nadie ha intentado en las parejas heterosexuales: Recabar información sobre su viabilidad y su salud mental. Aún no puede dejar de sorprenderme cómo los especialistas, muchos de ellos bien intencionados –o al menos sus mentores– desean investigar la diversidad de las familias gay-lésbicas y el estado de salud mental de sus miembros, como si sometiéramos a todo el mundo que tiene bebés a semejante objetivación.

Pero veamos cómo los trabajos de investigación que determinan que las preocupaciones que tienen los padres y madres gays y lesbianas, parecen no diferenciarse de aquellas de los heterosexuales. En general –por suerte– los cuidadores primarios se preocupan y ocupan de las responsabilidades de la crianza, las finanzas, la educación y la salud.

Las parejas homomaternoparentales deben lidiar con otros desafíos que incluyen soportar el sufrimiento emocional y las restricciones que son impuestas por las regulaciones heteronormativas y discriminatorias –lo que no es ninguna novedad a esta altura del presente texto–. Debemos prepararnos para asistir a nuevas dificultades, como la de las parejas lesbianas que quieren tener hijos y deben afrontar la diferencia entre maternidad biológica y social. Deben decidir cuál de las dos intentará quedarse embarazada(30, 31). Y los reglamentos de co-paternidad sumado a todo un nuevo discurso sobre el cuerpo y la maternopaternidad.

Sin embargo, debemos reconocer como antecedente ineludible de la realidad que muchos y muchas gays y lesbianas –cada vez en mayor número– deciden ser padres y madres.

Históricamente siempre han tenido dificultades en la adopción, o se les ha negado la custodia de sus hijos

o los derechos de visita cuando se han divorciado de sus parejas heterosexuales. Las justificaciones legales y creencias sociales presumen y predicen que los niños y niñas sufrirán por la estigmatización, tendrán un desarrollo anormal *psicosexual* y devendrán con problemas emocionales.

Durante los últimos veinte años muchos investigadores han tratado de determinar si hay sostén empírico para dichas creencias. Por ello, las indagaciones se han concentrado en cuatro áreas:

1. Actitudes paternales, conducta y personalidad de los padres.

Los estereotipos y las leyes mantienen sus prácticas discriminatorias en la asunción de que las y los padres y madres gays y lesbianas son diferente a los padres heterosexuales, en el bienestar de sus hijos e hijas. La evidencia empírica revela que, por el contrario, los padres gays se ocupan de su rol, proveyendo recreación, estimulando la autonomía y lidiando con problemas generales de la maternopaternidad, igual que sus *pares* heterosexuales.

Comparados con estos padres heterosexuales se ha descrito que los padres y madres gays y lesbianas son más rigurosos a la hora de poner límites, le dan mucho más importancia al desarrollo de habilidades cognitivas y se comprometen en las actividades diarias de sus hijos e hijas.

Añadamos que pocas diferencias se han encontrado en las investigaciones de las últimas dos décadas comparando madres lesbianas y no lesbianas.

Se puede concluir entonces que hay más similitudes que diferencias en los estilos y actitudes de maternopaternidad entre gays y no gays(36, 15, 5).

Regresando a Marcelo:

Marcelo: *Hace un tiempo en el colegio de los chicos hubo una denuncia a un profe de educación física porque decía que abusó de uno de los alumnos. Fue un gran escándalo que casi llega a la tele. Cuando llegué al colegio un día, la directora me dijo que se suspendían las clases de natación por una temporada. Ella estaba muy nerviosa, alterada, y la acompañé a dirección y me quedé con ella un rato hasta que vinieron más personas. Me dijo: "A vos te parece... este puto de mierda, habría que matarlo". Yo me puse colorado y muy ansioso, intenté tranquilizarla pero me paralicé y no pude decir más nada.*

Desde entonces trato de no tocarlo a Jordán. Siento que es inadecuado, siempre estoy muy tenso y ansioso. Hasta incluso evito que invite compañeritos del colegio, no quiero tener problemas. No quiero pensar en esto, me provoca mucha angustia. Incluso hablarlo ahora me da miedo.

Le comenté a Marcelo durante la sesión que había bastante evidencia de que las personas que abusan sexualmente de niños son el 90% varones heterosexuales. Es habitual que la gente confunda pedofilia con homosexualidad; esta es una de las formas preferidas de estigmatización de los gays.

Al preguntarle si consideraba que el contacto físico era necesario para el crecimiento de las personas me respondió que sí. Un par de sesiones más tarde me comentó que había estado con sus dos hijos abrazados mirando televisión una noche y reconoció que ese contacto era necesario para él también.

2. En relación a la identidad de género y orientación sexual en los niños y las niñas.

Es sorprendente el desarrollo de programas e investigaciones sobre familia lesbiana, los seguimientos a largo plazo y la cantidad de personas enroladas en dichos estudios. Como bien señala Giddens, las mujeres son pioneras en el descubrimiento de caminos todavía ocultos, en un mundo donde el sentido atribuido al matrimonio, a la familia y al trabajo, se ha visto completamente trastocado(12). Algunos de esos estudios podrían ser trasladados a la comunidad gay, sin embargo requieren de duplicaciones.

Los datos son consistentes con el hecho de que el género de identidad de los preadolescentes criados por madres lesbianas, se encuentra en la gran mayoría de los casos de acuerdo con el sexo biológico. No ha habido diferencias entre los juguetes, juegos, actividad, vestimenta, preferencias de amistad, de los niños y niñas que han tenido madres lesbianas comparativamente con aquellos que han tenido madres heterosexuales.

Tampoco se han encontrado evidencias en la identidad de género, en los roles sociales u orientación sexual en adultos que han tenido padres homosexuales divorciados comparados con aquellos que tienen padres heterosexuales divorciados(23, 24, 25, 26). Una proporción similar a la de adultos jóvenes que tienen padres homosexuales y aquellos que tienen padres heterosexuales y de aquellos que refirieron sentimientos de atracción hacia alguien del mismo sexo(33, 34, 35, 13).

Marcelo: *Me ronda en la cabeza que pensaría Adriana y la familia si mi hijo fuera gay.*

Terapeuta: ¿Qué te hace suponer que un gay cuando se reproduce genera otro gay? Es muy frecuente que la gente piense que la homosexualidad es algo contagiosa o aprendida o genética. Generalmente estas ideas no son muy científicas, aunque lo pretendan, son más bien comentarios homofóbicos.

Marcelo: *Pienso que a Adriana no le gustaría. Siento mucha culpa por lo que le hice. De alguna manera muy remota yo sabía que era gay antes de casarme con ella, aunque sé que estuve enamorado de ella.*

Terapeuta: ¿Y vos qué pensás sobre esto?

Marcelo: *No lo había pensado, pero creo que por lo que estoy diciendo, no me gustaría tampoco que fuera gay.*

Terapeuta: ¿Por qué?

Marcelo: *Porque no es fácil.*

Terapeuta: ¿Te ha dicho alguien cercano esto de que es mejor no serlo porque es difícil?

Marcelo: *Sí, Adriana cuando nos separamos... y mi padre.*

Terapeuta: ¿Y qué efecto ha tenido en vos esa frase?

Marcelo: *Devastador. Hací lo que quieras pero te va a ir para el carajo.*

Terapeuta: ¿No estás, acaso, de algún, modo repitiendo este mensaje? Y si es así, ¿qué efecto te parece que tendría en Jordán esta idea?

Marcelo: *La misma que tiene en mí.*

Terapeuta: ¿Qué, entonces podrías hacer diferente?

Marcelo: *Dejar de temer por él y por mí. Dejar de tener miedo de todo y de todos.*

Terapeuta: ¿Creés que podrías intentarlo?

Marcelo: *Podría dejar de tener miedo, para dejar que Jordán crezca mejor que yo.*

Sin embargo, cabe una segunda pregunta ¿Puede una familia librarse de los roles de género? Consideremos que los costos de la construcción binaria son bastante altos. Si el género es una estructura que organiza nuestra vida, somos actores sociales que podemos elegir o no reproducir el género en nuestras interacciones sociales. Es más, el género es un artefacto de dicha interacción más que una realidad apriorística. Barbara Risman sostiene que elegimos "hacer" género de distintas maneras (*do gender*)(28). A nadie le cabe duda que el género genera injusticias y desigualdades. Risman estudió familias donde se "hacía el género" de una manera más igualitaria (estudió familias lesbianas, gays y feministas). Sostiene que el vértigo es una especie de desorientación necesaria si deseamos que colapsen las estructuras binarias. Según esta autora, la respuesta de por qué hombres y mujeres se comportan –piensan y sienten– diferente es especialmente porque la familia manufactura los géneros en la interacción. En las familias estudiadas se demostró que hay posibilidades de construir relaciones, y por lo tanto, educar a los niños a partir de principios más igualitarios que diseminan el género sin causar más que ventajas en las familias.

3. Desarrollo emocional y social

Debido a que la mayoría de los niños y niñas cuyos padres y madres son gays o lesbianas, han experimentado el divorcio de sus padres biológicos, los estudios sobre desarrollo deben ser evaluados en ese contexto, el cual se complejiza fuertemente al aparecer en escena nuevos hermanos y parejas.

La literatura acumulada sobre este tema ha revelado que no hay grandes diferencias entre los hijos criados por madres divorciadas lesbianas y madres divorciadas heterosexuales(14, 23, 24, 25, 26, 1).

Sin embargo, la autoestima de las y los adolescentes de madres separadas –independientemente de su orientación sexual– que tuvieron una nueva pareja después del divorcio es mayor que aquellas que han continuado solas. Por otra parte, sabemos que aquellos niños y niñas que tempranamente supieron de la homosexualidad de alguno de sus progenitores, logran en su desarrollo mejor puntaje en las escala de autoestima que aquellos que lo descubrieron o supieron a mayor edad(16).

El hétero-sexismo y la estigmatización prevalente en la sociedad, puede hacer que las niñas y los niños sean víctimas de burlas y hostigamiento debido a la peculiar constelación familiar (*bulling*). En un estudio sobre chicos criados por madres lesbianas, relatan haber sido abusados verbalmente por sus compañeros con más frecuencia que otros chicos(33, 35). Sin embargo, lidian bastante bien con el desafío de comprender y describir a sus familias y a su entorno significativo más cercano.

En el desarrollo social y emocional de los niños y niñas el papel de la familia ampliada, abuelos y tíos, resulta muy importante(2, 3). En el caso de las familias GLTTBI, suele decirse que sufren de aislamiento. Dicho aislamiento comienza antes de la configuración familiar, incluso antes de la aceptación de la pareja,



cuando los padres reciben la noticia de que su hijo o hija –sobre todo si se trata de un hijo o hija único o única– es gay o lesbiana. Tristeza no sólo motivada por la homosexualidad en sí, sino por la pérdida de la esperanza de ser abuelos.

Es por ello –quizás– que la maternopaternalidad gay-lésbica suele tener un efecto particular sobre la familia ampliada. Los relatos de algunos pacientes parecen confirmar que los abuelos se acercan más a sus hijos e hijas y a sus parejas. Estos resultados benéficos son un aliado del desarrollo y crecimiento de los niños y niñas.

De todos modos, este punto puede tener ciertas aristas –como nos recuerda Silvia Bleichmar– respecto al uso de este argumento para no dar en adopción niños a una pareja homoparental: “... ese argumento cuyo aparente sentido común no puede ocultar el tinte fascistoide que encierra: la preferencia por las *familias normales* ya que, lamentablemente, en estas circunstancias históricas, los niños hijos de padres heterosexuales lograrán una mejor y menos conflictiva integración a la sociedad.

Argumento válido para preferir no sólo a los heterosexuales frente a los homosexuales, sino también a los *cristianos respecto a los judíos*, o a los bien dotados respecto a los menos favorecidos, elementos todos que en la sociedad tradicional han propiciado una integración favorable. ¿Por qué no buscar, en última instancia, parejas heterosexuales portadoras de buenos apellidos ilustres de la sociedad argentina, para garantizar, de una buena vez, la integración a un país en el cual todos, de uno u otro modo, hemos tenido dificultades de adaptación y aceptación. Salvo aquellos que –por linaje– tienen, si no el futuro, al menos el pasado garantizado?”(6).

De hecho crecer con padres o madres gays y lesbianas podría conferir algunas ventajas a los chicos. Hay varios trabajos que los describen como mucho más tolerantes de la diversidad humana y tienden a ser más cuidadosos y afectivos con niños más pequeños, y son vistos por sus maestras y maestros como más afectivos y responsables(32, 30,31, 34).

En relación con la adaptación social, algunas publicaciones señalan claramente que estos niños y niñas se relacionan de una manera más igualitaria en la división del trabajo en casa y, mantienen mayor contacto con sus abuelos y familiares si son aceptados(24, 25, 8).

Las asociaciones estadounidenses y varias europeas de psicología, psiquiatría y pediatría han elaborado significativos documentos apoyando la maternopaternalidad gay-lésbica, e instando a sus miembros a trabajar activamente sus prejuicios.

En uno de los últimos trabajos realizados en Australia, el 49% de los padres y madres gays y lesbianas refirieron temor de hablar de este tema con los pediatras, y el 27% reportaron experiencias problemáticas al respecto(22).

En nuestro país, la Sociedad Argentina de Pediatría emitió una serie de comentarios escritos por el Dr. E. Boggiano, convocando a los pediatras en sus publicaciones y congresos “a estar preparados para acompañar las nuevas estructuras familiares y celebrar las diferencias.” En contraste, las asociaciones profesionales de la salud mental posiblemente no han tenido tiempo de establecer algunos lineamientos de utilidad.

Sólo un libro publicado en nuestro medio “*Adopción. La caída del prejuicio. Proyecto de ley nacional de unión civil*” se dedicada a argumentar cómo el devenir de las estructuras de relaciones de pareja y familia no es más únicamente heteronormativa(37).

Algunos sectores variopintos sociales se oponen a este desorden. Esta maternoparentalidad es vivida como los jinetes del Apocalipsis. En medio de la zoncera general, el desorden de la *familia tradicional* provoca escozor en distintos sectores sociales. Lo lamentable es que los discursos declarados altruistas con los niños y niñas –todo es por el bien de ellos– provienen de grupos de interés que van, desde las Iglesias a las sociedades psicoanalíticas en vuelos *non stop*.

Intentaré lúdicamente revisar y agrupar los argumentos:

a. Por miedo al desorden y a la desmesura.

b. Miedos centrados en lo económico: Los discursos alternativos de la maternoparentalidad ponen de manifiesto por un lado que la herencia de los bienes y nombres desestabiliza el capitalismo y por otro, que la herencia genética no sería mas que un rasgo etnicista del materialismo. Así, los vericuetos “naturales” de lo sanguíneo se diluyen.

c. Miedo a la infelicidad, señalan algunos especialistas, porque este estilo de vida podría ocasionar desdicha (como para no enloquecer con éstos ahora devenidos guardianes de la alegría). Cinco mil años de historia demuestran lo contrario: La heterosexualidad y la familia no son ninguna garantía de la sanidad mental ni menos de la felicidad.

Sólo basta asomarse a los relatos de los hijos llamados *naturales* o los bastardos, los amores y desencantos,

la herencia y los testamentos entre otras miserias presentes en la novela humana, desde el trasvaso a las radionovelas y a las novelas televisivas, y de allí en vía directa transfundidas a nuestras vidas.

d. En una revista de divulgación semanal, G. Juffe, miembro titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina, dice: "La crianza de un hijo por parte de una pareja homosexual, podría hacer que se inclinara hacia la homosexualidad [...] en la adolescencia la tendencia a permeabilizar las prohibiciones y buscan transgredir como algo natural o a través de canales [...] delictivos o adictivos [...] habría una inclinación hacia el incesto en casos en que la pareja homosexual tenga un hijo del mismo sexo"(19).

Se deduce que los chicos tendrán problemas mentales: ¿los gays y las lesbianas tendrán hijas e hijos con trastorno borderline de personalidad? Miles de consultorios desmienten la idea. ¿Ahora, quién pagará las sesiones extras de los consultantes post trauma escópico causado por la lectura de ese párrafo?

e. La monstruosidad: ¿Y si los hijos devienen homosexuales, como nos advierte Juffe, o peor aún: *trans*? Entonces sin duda habrá un ejército de gays, lesbianas, bisexuales y *trans* que colonizarán el mundo. Invasión X. Si no se trata más de una enfermedad, ¿qué tendría de malo que tuvieran hijos con la misma orientación sexual? ¿No deberían los gays y las lesbianas ponerse tristes como las parejas heterosexuales cuando sus hijos no salen a imagen y semejanza?

f. Los niños y niñas tendrán sexo con sus padres-madres, es decir incesto. Temor inoculado en la cabeza de Marcelo por un tiempo, como se deja leer en el texto. Pero las evidencias refieren que los abusadores son familiares de la víctima, o personas con cierta ascendencia sobre la víctima, como sacerdotes, tíos o maestros y, convengamos que estadística y espectacularmente, son hombres heterosexuales. Aunque la realidad entra en las casas de nuestra comunidad con formato de telediario, esta información no parece ser tenida en cuenta (¿qué es lo que olvidan sistemáticamente? ¿o es que otra creencia potente se vuelve irreducible?). Los desplazamientos entre *gaydad* y pedofilia son otra muestra obscena de la desinformación y su manipulación. Y el esfuerzo se redobra para decir que el abusado inventa, disponiendo de intrincadas fórmulas psicoanalíticas, una especie de contra mito.

En la entrevista a Derrida que citaba anteriormente, él se pregunta: "¿Acaso una pareja de hombres homosexuales propone o impone dos padres a su hijo? No estoy seguro. ¿Una pareja de mujeres homosexuales engendra dos madres? ¿No hay siempre, en todas estas situaciones, "entre nosotros", un padre y una madre, padre y madre? ¿Hasta abuelos, tíos y tías, toda suerte de relevos y sustitutos, como siempre, entre los amigos, etc?"(10),

Entonces, los discursos diseminados paternalistas y autoritarios impulsan al Estado a regular los cuerpos en el espacio. Los unos apropiándose de la educación y el *lobby* político, y los otros ubicándose en consultorios indiscutibles del devenir mental de la Nación.

Es necesario en nuestra sociedad un genuino desplazamiento de las políticas de tolerancia vigentes ha-

cia las políticas de diversidad, donde esa diversidad sea celebrada(20).

Afortunadamente ya existen padres y madres gays y lesbianas, padres lesbianas, gays madres, lesbianas madres, padres gays. ¿Hijos o hijas *trans*? -Y así el desorden continúa- perturbando los regímenes de los géneros y mareando la teoría de unos y las leyes de otros.

Imagínese por un momento tener que responder la siguiente pregunta ¿qué es una familia? ¿es efectivamente una organización social para asegurar la procreación? ¿o una construcción en oposición al concepto de soledad? ¿una señora que vive en mi edificio con sus cuatro gatos? ¿la pareja gay del segundo con la madre viuda de uno de ellos? ¿los intrincados vínculos de los que habitan en portería? ¿la familia López con sus dos hijitos mellizos resultado de la inseminación artificial? ¿la del cuarto que vive con una nena que dice que es adoptada y repite que es la hija de una prima que murió de cáncer? ¿los dos hermanos ya mayores que viven en planta baja? ¿la vecina que vive sola? ¿el divorciado del noveno, que trae sus hijos los fines de semana? ¿el grupo indefinido de estudiantes que viven en el departamento B? ¿un mismo grupo de personas que reciben la misma factura por el servicio telefónico como dice el doctor K?

Después de todo, familia es una persona relacionada con otra de algún modo.

A modo de cierre

Regreso al trabajo clínico con Marcelo. Durante dos años concurrí a entrevistas de psicoterapia. Su relación con Adriana fue tensándose y tuvieron dos episodios en los que intervinieron abogados por diversos problemas, para más tarde cambiar y transformarse en una relación solidaria y colaboradora.

En el colegio de sus hijos, Marcelo abrió el tema de su homosexualidad y finalmente decidió, junto con Adriana, cambiarlos a otro un poco más progresista. Marcelo comenzó a sentir menos culpa y a sospechar prejuicios en el departamento de psicopedagogía y decidió no tolerarlo. Adriana aceptó este cambio a regañadientes ya que ella quería que los niños tuvieran una formación religiosa. Ella tuvo una enfermedad compleja por espacio de un año y Marcelo e Iván fueron de mucha ayuda, tanto económicamente como en las responsabilidades con Jordán y Anita. Marcelo habló de su orientación sexual con sus hijos, lo cual le provocó un agradable sentimiento de tranquilidad.

Acordamos que él vendría un año después a contarme cómo andaban sus cosas. Y este es un fragmento, una especie de melodrama pero con feliz epílogo, de esa sesión:

Marcelo: *Vengo a contarte algo que me sorprendió. Nos fuimos de vacaciones con los chicos e Iván a la playa. Jordán cumplió 13 años en el viaje, la verdad es que está enorme. Hicimos un picnic en la playa con fogón y guitarras. Es que el nene me salió un músico hecho y derecho. Ani es más parecida a la abuela, ni con la pandereta, y entra a destiempo, pero siempre mi relación con ella fue más fácil. Fue también otro chico del conservatorio compañero de Jordán e hijo de unos amigos nuestros.*

Pero lo interesante fue cuando fuimos a comprar algo para el picnic al supermercado. Él estaba en la puerta con un perro callejero, una señora se puso a charlar con él, él le contó que esta armando su cumpleaños para la noche y la ayudó con las bolsas.

Yo estaba atento a la conversación mientras pagaba la cuenta e Iván guardaba todo en las bolsas.

Ella le dijo que él era un chico encantador y que había que felicitar a sus padres.

Él nos señaló a ambos y dijo: ¡Vio, una vez que hago algo bien, dígales a ellos que se ponen contentos!

Esa noche festejé dos cumpleaños. Cuando nació hace trece años y uno de hace sólo un par, cuando decidí, casi como un acto de conciencia, tenerlo como hijo ■

Referencias bibliográficas

- Allen M, Burrell N. Comparing the impact of homosexual and heterosexual parents of children: meta-analysis of existing research. *J Homosex.* (1996) 32:19-35.
- Attias-Donfut C. *The Myth of Generational Conflict: The Family and State in Ageing Societies.* London. Routledge, 2000.
- Attias-Donfut C, Segalen M. *Grands-parents: la famille à travers les générations.* Paris, Odile Jacob. 1998.
- Bailey JM, Bobrow D, Wolfe M, Mikach S. Sexual orientation of adult sons of gay fathers. *Dev Psychol.* (1995) 31:124-129.
- Bigner JJ, Jacobsen RB, Hotvedt ME, Gray J, Smith L. Lesbian mothers and their children. *Dev Psychol.* (1995) 31:105-114.
- Bleichmar, Silvia. Las Parejas Homosexuales y el derecho a la adopción. *Diario Clarín. Tribuna Abierta.* 6 enero 1998.
- Cadoret A. *Padres como los demás, Homosexualidad y parentesco.* Editorial Gedisa, Barcelona, 2003.
- Chan RW, Brooks RC, Raboy B, Patterson CJ. Division of labor among lesbian and heterosexual parents: associations with children's adjustment. *J Fam Psychol.* (1998) 12:402-419.
- Chasnoff D, Cohen H. It's Elementary. Talking About Gay Issues In School. Women's Educational Media. San Francisco, Ca. (Película VHS)
- Derrida J, Roudinesco E. *Y mañana qué...* Fondo Cultura Económica. (2003) p 46-47.
- Dresher J. "I do but I can't: Mental Health issues around gay marriage" *American Psychiatric Association Committee on Gay, Lesbians and Bisexual Issues, Workshop 29, APA Meeting, Atlanta 2005.*
- Giddens A. *The transformation of intimacy. Sexuality, love and eroticism in modern societies,* Cambridge, Polity Press (1992) [Trad. Cast.: *La transformación de la intimidad,* trad. De Benito Herrero, Madrid, Cátedra (1995)]
- Golombok S, Tasker F, Murria C. Children raised in fatherless families from infancy: family relationships and the socioemotional development of children of lesbian and single heterosexual mothers. *J Child Psychol. Psychiatry.* (1983) 24:551-572
- Green R, Mandel JB, Hotvedt ME, Gray J, Smith L. Lesbian mothers and their children: a comparison with solo parent heterosexual mothers and their children. *Arch Sex Behav.* (1986) 15:167-184.
- Harris MB, Turner PH. Gay and lesbian parents. *J Homosex.* (1985) 12:101-113.
- Huggins SL. A comparative study of self-esteem of adolescent children of divorced lesbian mothers and divorced heterosexual mothers. *J Homosex.* (1989) 18:123-135.
- Iacob M., *Le droit et l'horreur des filiations homoparentales,* Manzarine. Le troisième sexe.1(1999)
- Jones D, Libson M; Hiller R. *Sexualidades, política y violencia. La Marcha del Orgullo GLTTBI 2005- segunda encuesta* Buenos Aires, Editorial Antropofagia, 2006.
- Juffe G. *Revista 23,* N° 20. Junio. Buenos Aires. 2002.
- Meccia E. *La cuestión gay* Buenos Aires, La Gran Aldea Editores, 2006.
- Mehl D. *Naître? La controverse bioéthique,* Paris. Bayard. (1999) p 153.
- Mikhailovich K, Martin S, Lawton S. "Lesbian and Gay Parents: Their Experiences of Children's Health Care" in *Australia, International Journal of Sexuality and Gender Studies,* Vol.6, No.3, Human Sciences Press, 2001.
- Patterson CJ. Children of the lesbian and gay parents. *Adv Clin Child Psychol.* (1997);19:235-282
- Patterson CJ, Hurt S, Mason CD. Families of the lesbian baby room: parents' division of labor and children's adjustment. *Dev. Psychol.* (1995) 31:115-123.
- Patterson Cj, Hurt S, Mason CD. Families of the lesbian baby room: children's contact with grandparents and other adults. *Am J Orthopsychiatry.* (1998) 68:390-399.
- Patterson CJ. "Children of lesbian baby room: behavioral adjustment, self-concepts, and sex role identity". In: Greene B, Herek GM, eds. *Lesbian and Gay Psychology: Theory, Research, and Clinical Applications.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications; (1994) 156-175.
- Perrin EC. Children whose parents are lesbian or gay. *Contemp Pediatr.* (1998)15:113-130.
- Risman B. *Gender vertigo. American families in transition.* Yale University press New Haven, Connecticut, 1998.
- Salessi J. *Médicos, Maleantes y Maricas.* Beatriz Viterbo Editora, Rosario, 2000.
- Stacey J, Biblarz TJ. (How) Does the sexual orientation of parents matter? *Am Social Rev.* (2001) 66:159-183.
- Stacey J. Gay and lesbian families: queer like us. en M.A. Mason, A.Skolnick y S. Sugarman (comps.), Oxford, Oxford University Press. (1998) p 136.
- Steckel A. "Psychosocial development of children of lesbian mothers". In: Bozett FW, ed. *Gay and Lesbian Parents.* New York: Praeger (1987) 75-85.
- Tasker F, Golombok S. Adult raised as children in lesbian families. *Am J Orthopsychiatry.* (1995) 65:203-215.
- Tasker F. Children in lesbian-led families: a review. *Clin Child Psychol Psychiatry.* (1999) 4:153-166.
- Tasker FL, Golombok S. *Growing Up in a Lesbian Family: Effects on Chile Development.* New York, NY: Guilford Press, 1997.
- Turner PH, Scadden L, Harris MB. Parenting in gay and lesbian families. *J Gay Lesbian Psychother.* (1990) 1:55-66.
- Varios Autores: *Adopción. La caída del prejuicio. Proyecto de ley nacional de unión civil.* CHA Comunidad Homosexual Argentina, Editores del Puerto, Buenos Aires, 2004.
- Williams R. *Palabras Clave, Un vocabulario de la cultura y la sociedad.* Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, 2000, p. 143.

el rescate y la memoria



Prejuicio, estigma y eutanasia El exterminio de enfermos mentales en la Alemania nazi

Quizás ninguna acción de discriminación y de estigmatización, basada en prejuicios raciales o eugenésicos, a lo largo del siglo XX, fue tan evidente y brutal como la que tomó forma bajo el programa de eutanasia en la Alemania nazi. Dicho plan, continuación del programa de



eugenesia, comenzó matando niños nacidos con deformidades como lo ordenó Adolfo Hitler en la Circular del Ministro de Interior del Reich del 1 de setiembre de 1939, que se reproduce a continuación. Al principio era un programa secreto, o al menos discreto, llamado Aktion T-4, por Tiergartenstrasse 4, la dirección de los

Tiergartenstrasse 4

cuarteles generales en Berlín. Un médico supervisa la muerte y trataba de hacerla indolora. Los asesinos eran pediatras, psiquiatras, enfermeros. Algunos al principio habían sido contrarios a la eutanasia, pero luego se generalizó apoyarla, por amor a la patria o por promoción profesional.

"Esta persona con defectos hereditarios cuesta al pueblo 60.000 reichmarks durante su vida", era el argumento, incluso en textos y anuncios para el público. El otro eslogan decía que sólo consistía en eliminar "una vida que no merecía ser vivida".

El Estado alemán, burocrático y eficaz, otorgaba documentación a los funcionarios de la Muerte por Piedad: "Delego en..., para que, bajo su responsabilidad, autorice a determinados médicos a garantizar, según criterios humanitarios y después de valorar el estado de su enfermedad, una muerte por piedad a todos aquellos enfermos incurables", decían los documentos.

La segunda fase del Aktion T-4 ya era eliminar adultos "improductivos", como los inválidos o enfermos mentales. En 1939 había 300.000 pacientes mentales en Alemania. En 1946 quedaban 40.000.

En el verano de 1941, Hitler, recién invadida la Unión Soviética, discretamente ordenó el final de las eutanasias del T-4 en Alemania para mejorar su imagen internacional y evitar descontentos internos y declaraciones contrarias al régimen. Los EE.UU. eran todavía un país neutral e interesaba mantenerlo así.

Sin embargo, los médicos de formación e ideología nazi, asumidas ya las prácticas eutanásicas, seguirían matando infantes retardados o deformes incluso durante la ocupación aliada.

Desde enero de 1940 hasta agosto de 1941 murieron unos 70.000 enfermos. La Aktion T-4 fue

destinada a matar gitanos y judíos. En 1942 se estableció en el campo de exterminio de Lublin y mató a 1.750.000 personas. Luego creó su propio campo de concentración en la arrocería de San Sabba, en Trieste, Italia. Se declaró que las tribus gitanas sinti y roma eran "enfermos hereditarios" y así se exterminó a poblaciones enteras. Los homosexuales fueron asesinados o esterilizados por miles.

Según el escritor Henry Friedlander, los burócratas del T-4 eran personas opacas y jóvenes, sin pasión por el partido pero sí por el dinero. Sobre todo querían ser burócratas eficientes.

Tras la caída del Tercer Reich, muy pocos fueron juzgados: sólo 23 médicos. De ellos, 15 fueron encontrados culpables, y 7 fueron ahorcados. Historiadores como Hugh Gregory Gallagher consideran que, en realidad, de una forma u otra, la mayoría de los pediatras alemanes se vieron envueltos en campañas de eutanasia infantil de la Aktion T-4.

Karl Brandt, médico de Hitler y Comisionado del Reich para Salud y Salubridad, testificó tras la guerra que, en 1939, el Führer recomendó matar a los enfermos incurables. Los aliados ahorcaron a Brandt y al director del programa de eutanasia, Viktor Brack, pero muchos implicados quedaron impunes.

Julius Hallervorden, quien hacía estudios con cerebros cosechados entre los niños asesinados, siguió estudiándolos hasta que fueron enterrados en un cementerio de Munich en 1990. Robert Ritter, psicólogo infantil y experto en delincuencia juvenil, compiló una lista de gitanos europeos que permitió llevarlos a los campos de exterminio. Ernst Rudin ayudó a desarrollar los procesos de esterilización. Ernst Wentzler, pediatra que mató a millares de niños, murió en 1973. Ninguno fue juzgado ■

Extracto de la Circular del Ministro de Interior del Reich del 18/8/1939 –. IVb 3088/39 – 1079Mi–, referente a la obligación de informar de recién nacidos con malformaciones, etc.

1. A los efectos de aclarar cuestiones científicas en el campo de las malformaciones congénitas y del subdesarrollo mental, es necesario registrar lo más tempranamente posible los casos en cuestión.

2. Por consiguiente, si existe la sospecha de que el neonato está afectado de las siguientes enfermedades congénitas graves:

1. idiocia, así como mongolismo (en particular, los casos relacionados con ceguera y sordera),
2. microcefalia,
3. hidrocefalia de alto grado o en estado avanzado,
4. malformaciones de todo tipo, en particular, la falta de miembros del cuerpo, fisuras graves en la cabeza y la columna vertebral, etc.,

5. parálisis, incluyendo la enfermedad de Little,

ordeno que la partera, que ha asistido el parto de un niño —también en el caso de que haya tenido lugar la asistencia de un médico en el parto—, dé aviso al Servicio de Higiene Pública competente para el lugar de nacimiento del niño, según el formulario adjunto, que está disponible en los Servicios de Higiene Pública.

A las maternidades y secciones de hospital dedicadas a la asistencia del parto sólo les corresponde la obligación de informar en el caso de que el médico jefe (párrafo 5) no se encuentre presente o esté imposibilitado de dar aviso.

3. Además, todos los médicos deben denunciar a los niños afectados por una de las enfermedades mencionadas en el Párrafo 2, Puntos 1—5, y que aún no hayan cumplido los tres años de edad, si los conocen durante el ejercicio de su profesión.

Adolf Hitler, Berlín, 1° de septiembre de 1939

El Reichsleiter (trad. Jefe de la Cancillería) Bouhler y
el Dr. med. Brandt - 27/8/40

...tienen asignada la responsabilidad de ampliar las atribuciones de médicos a designar por nombre, con el fin de que a enfermos, que son considerados incurables según el mejor criterio humano, se les pueda conceder la muerte compasiva luego de una evaluación extremadamente crítica de su estado de salud.

Firma ilegible



confrontaciones



Acerca de una nueva ley en la Provincia de San Luis

Jorge Luis Pellegrini

Director Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis

*L*a Ley de Desinstitucionalización recientemente sancionada por la Legislatura de San Luis, produce definiciones históricas en nuestra legislación argentina, y en los enfoques sanitarios progresistas que consagra.

Bueno es saber que esta ley hace legal lo legítimo, toda vez que reconoce institucionalmente lo ya logrado por el Proceso de Transformación Institucional del ex Hospital Psiquiátrico de San Luis, hoy Hospital Escuela de Salud Mental.

El cambio de la competencia judicial hacia la responsabilidad profesional en las internacio-

nes; la prohibición de institucionalizar seres humanos depositándolos sin plazos ni objetivos; la definición de la enfermedad como episódica y no como un otro estado, diferente del de condición humana; la precisión respecto de las discapacidades, etc., hacen de esta Ley un aporte progresista para los Derechos Humanos de nuestra población, y la superación definitiva del encierro, el abandono, la discriminación, y el maltrato social como destino fatal de las personas con padecimientos mentales, los niños y adolescentes, y los discapacitados.



Palacio de la Legislatura, San Luis

Ley de desinstitucionalización

Fundamentación

Resulta del más alto interés del Estado sanluiseño llenar el vacío legal que implica la falta de legislación sobre las condiciones asistenciales exigibles para la moderna, actualizada y respetuosa custodia de los DDHH de los pacientes mentales.

Un principio orientador en esta década de trabajo en el campo de la Salud Mental en San Luis, ha sido la relación Derechos Humanos-Salud Mental, de la cual devienen precisiones éticas, estrategias, posturas ideológicas, marcos de política sanitaria y dispositivos institucionales que lograron la transformación del asilo manicomial en un Hospital digno de ese nombre: *hospitalario*: que se prepara para recibir huéspedes, según reza el Diccionario de la Real Academia Española.

Este eje puesto en la firme defensa de los Derechos Humanos, ha exigido la formulación de las técnicas cotidianas con las que se aborda la enfermedad y cambios de la misma estructura edilicia sanitaria. No se trata de una posición abstracta que deje intactos los dispositivos institucionales, sino que obliga a transformarlo todo, en la medida que el sistema custodial y el cuerpo de ideas que lo sostienen son en sí mismos una negación de los principios y derechos elementales de la condición humana.

Largo es el camino –y nada ideal– de definición de los derechos que identifican la condición del Hombre. Nacida la primera Declaración con la *Revolución Francesa* hace dos siglos, guerras, dictaduras, genocidios e hipocresías de doble discurso han también formado parte del recorrido que la Humanidad viene procesando junto a conquistas aún parciales y transitorias, revoluciones y cambios sociales liberadores con mayor o menor profundidad y extensión.

La *Resolución 217 A* del 10 de diciembre de 1948; luego de la catastrófica Segunda Guerra Mundial (donde ya se usaron lo que hoy se llaman "armas de destrucción masiva") conocida como *Declaración Universal de Derechos Humanos*, es el primer referente moderno al que recurrimos y en su artículo 3 dice "*Todo individuo tiene derecho a la vida; a la libertad y a la seguridad de su persona*":

La misma es una definición general sin condiciones ni excepciones. De aquí emergen ya no sólo derechos sino también obligaciones referidas a reconocer en los demás este derecho que nos pertenece a "*todos los individuos*".

Lo mismo podemos afirmar respecto del artículo 5: "*Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes*". La misma

existencia de las que Goffman llama "instituciones totales" es contradictoria con la disposición taxativa de este artículo.

El segundo párrafo del artículo 7 reza textualmente "*Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación*". Aquí está planteada una generalización que hace ya no sólo a deberes individuales de respeto, sino a exigencias *antidiscriminatorias* hacia el conjunto social. Basta conocer el trato expulsivo y segregador del que son víctimas nuestros pacientes –más aun los institucionalizados– para ver cómo esta disposición, que obliga a los Estados miembros, se viola sistemáticamente.

El primer párrafo del artículo 12 dice "*Nadie será objeto de ingerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación*". ¿cómo compatibilizar esta disposición con las diarias "ingerencias" de "arbitrarias" disposiciones judiciales, gubernamentales, policiales y médicas sobre la vida de los enfermos mentales que, aunque todavía cueste aceptarlo plenamente, son parte del sustantivo "*nadie*" con el que se encabeza este artículo?

Extensivamente el artículo 17 define "*Nadie será privado arbitrariamente de su propiedad*". Es lo que silenciosa y naturalizadamente viene sucediendo desde siempre con los depositados en manicomios (verdaderos corralitos), y otras instituciones asilares (auténticos corralones), víctimas por acción u omisión de decisiones que trasgreden todo Derecho Humano.

Naciones Unidas por la resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991 fija los principios de "*La protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental*" (se la conoce como "*Principios de las Naciones Unidas*") cuyo Principio 13 establece: "*Todo paciente de una institución psiquiátrica debe tener en particular el derecho a merecer el respeto en cuanto a: reconocimiento en todas partes como persona ante la ley, intimidación...*" y más adelante: "*No debe explotarse la labor de un paciente de una institución psiquiátrica*". Resulta imposible compatibilizar estos principios con la despersonalización, deshumanización e institucionalización domesticante que sufren miles de seres humanos en las instituciones manicomiales; con la promiscuidad y la obscena exhibición de la locura que se practica en dichos lugares; o con pacientes que hacen de enfermeros de otros pacien-

tes; pacientes que hacen de carceleros de otros pacientes; pacientes que participan de circuitos perversos de comercialización en los manicomios; pacientes que logran algo haciendo trabajos no remunerados en corredores, baños y habitaciones; pacientes que lavan coches en las playas de estacionamiento de los hospitales a cambio de bonachonas monedas y palmaditas; el trabajo como manera de pagar la depositación e institucionalización. En vedad: desnaturalización del papel dignificante del trabajo.

El Principio 16 se refiere a la "Admisión forzosa" y establece que un ser humano puede ser retenido compulsivamente en una institución "si y solo si" un profesional basado en conocimiento médico actualizado científicamente determina que hay por causa de dicha enfermedad "una seria probabilidad de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros".

También afirma que puede admitirse la admisión forzosa cuando "la no internación puede conducir a un grave deterioro de su estado", pero en el inciso 2 de este Principio dice taxativamente "Una admisión o retención compulsiva debe hacerse inicialmente por un corto período".

Sobre este punto la Asociación Mundial de Psiquiatría ("Proposición y puntos de vista sobre los derechos y la protección legal de los enfermos mentales" Grecia, 1989) dice que "la internación compulsiva es una gran infracción a los derechos humanos y a las libertades fundamentales del paciente" y que la misma "debe llevarse a cabo con el principio de la mínima restricción".

Anteriormente, en 1983, (Declaración de Hawai) la misma Asociación había señalado con tono menor al que luego redefine y precisa puntualmente: "... en cuanto desaparezcan las condiciones para el tratamiento compulsivo, el psiquiatra debe suspender su carácter obligatorio y, en caso de ser necesario seguir con la terapia, deberá obtener el consentimiento voluntario del paciente".

Sobre este tema la Asamblea Permanente del Consejo de Europa elaboró, en 1977, una recomendación "Sobre la Situación de los Enfermos Mentales" que refleja las experiencias de transformación de la atención psiquiátrica en el Viejo Continente (Inglaterra e Italia, principalmente) cuyos considerados (punto 5) ya enmarcan el carácter socio-cultural que tiene el trato recibido por los enfermos mentales, cuando dice: "Convencida de que la situación de los enfermos mentales, y en particular las condiciones que rigen la internación de los pacientes mentales y su 'alta' de los hospitales psiquiátricos son temas que conciernen a un gran sector de la opinión pública en los países miembros, y que los errores y abusos que

ocurren en ese aspecto causan tragedias humanas en algunos casos".

Lo antedicho es de suma actualidad en nuestro país, donde hemos visto experiencias que tras un planteo de crítica al manicomio, han generado *expulsiones* de los enfermos, consiguiente pérdida del cuidado debido, acompañamiento ausente en la salida de la institución, y negación del derecho a la necesaria atención médica.

El mencionado Consejo avanza aún más en definiciones: propone avanzar sobre "algunos conceptos básicos como **"peligroso"** y redefinir la **insania** y la **normalidad mental** y reevaluar las derivaciones correspondientes para la legislación civil y criminal, teniendo en cuenta los últimos descubrimientos en psicología y psiquiatría y la experiencia de los estados miembros del Consejo de Europa en ese dominio".

Posteriormente la Organización Mundial de la Salud elaboró los "Diez Principios básicos de las normas para la atención de la Salud Mental" basándose en los referidos principios de Naciones Unidas donde prioriza: "preservar la dignidad del paciente; tener en cuenta técnicas que ayuden a los pacientes a arreglárselas con los deterioros; reducir el efecto de los trastornos y mejorar la calidad de vida".

Sobre la base de esto último es que se indica "el tratamiento basado en la comunidad", que para los tratamientos restrictivos establece "una duración estrictamente limitada (Ej.: cuatro horas para restricción física)", recomendando "eliminar las cámaras de aislamiento y prohibir la creación de otras nuevas" y capacitar al recurso humano para "que reemplace las tradicionales medidas coercitivas".

Como se ve, aquí las definiciones en torno a la defensa de Derechos Humanos conforman indicaciones técnicas concretas, referidas a nuevos dispositivos por crearse y viejos maltratos presentados como tratamiento, que deben desterrarse.

El punto cinco está referido a la *Autodeterminación* determinándose la relación conflictiva y prejuiciosa que culturalmente se hace entre *capacidad* o *discapacidad* y *cordura* o *locura*. Se fija que para hacer realidad este principio debe "suponerse que los pacientes son capaces de tomar sus propias decisiones, a menos que se pruebe lo contrario".

Se establece la recomendación: "asegurarse que los prestadores de atención de Salud Mental no consideren sistemáticamente que los pacientes con trastorno mental son incapaces de tomar sus propias decisiones" y "no considerar sistemáticamente que un paciente es incapaz de ejercer su autodeterminación con respecto a todos los componentes (Ej.: Integridad, Libertad) por el hecho de que lo hayan encontrado incapaz con respecto a uno de ellos" adoptándose un criterio que relativiza el concepto totalizador de **incapacidad**.

En el mismo sentido se pronunció también el Consejo de Europa en la declaración ya aludida de 1977, cuando recomienda a sus Estados miembros que *"una hospitalización no deriva necesariamente en una determinación automática de incapacidad legal, creando de ese modo problemas concernientes a la propiedad y a otros derechos económicos"*.

Lo arriba señalado implica la necesaria y coherente transformación de técnicas, dispositivos, y arraigados conceptos, los cuales se traducen en acciones "piadosas" de subsidios o ayudas sociales, verdaderos beneficios secundarios de la enferme-

dad que terminan con seres institucionalizados y dependientes sujetos a la voluntad de personas y de instituciones ajenas a su decisión.

El Art. 57 de la *Constitución de la Provincia de San Luis* en relación con el régimen de Salud prescribe: *"Que el concepto de salud es entendido de manera amplia partiendo de una concepción del hombre como una unidad biológica, psicológica y cultural en relación con su medio social"* y que *"el Estado garantiza el derecho a la salud, con medidas que lo aseguren para toda persona, sin discriminaciones ni limitaciones de ningún tipo"*.

El Senado y la Cámara de Diputados de la Provincia de San Luis sancionan con fuerza de ley

Título I

De la institucionalización en general

Artículo 1°. Queda expresamente prohibida la institucionalización de niños, adolescentes, ancianos y/o personas con capacidades diferentes en instituciones de carácter público en todo el territorio de la Provincia.

Artículo 2°. Para la aplicación jurisdiccional de las reglas de procedimiento y control de menores, ancianos y/o personas con capacidades diferentes regirán las disposiciones de la Ley de Familias Solidarias N° IV-0093-2004 (5400).

Título II

De la institucionalización de los enfermos mentales

Artículo 3°. Queda expresamente prohibida la institucionalización de enfermos mentales en instituciones de carácter público o privado en todo el territorio de la Provincia.

Artículo 4°. Para la aplicación jurisdiccional de las reglas de procedimiento y control de enfermos mentales regirán las disposiciones que señala la presente Ley.

Título III

De la internación

Artículo 5°. El Estado Provincial garantizará la asistencia médica y psicológica a los enfermos mentales que se traten en la Provincia, basándose en los principios académicos, sanitarios, y profesionales que inspirados en la Carta Magna y en los Derechos Humanos se mencionan a continuación:

- a) Considerar la enfermedad mental como episodio y no como estado;
- b) Garantizar que todo individuo tiene derecho a la vida; a la libertad y a la seguridad de su persona;
- c) Asegurar igual protección contra toda discriminación y contra toda provocación a tal discriminación, que infrinjan los Derechos Humanos;
- d) Garantizar que ningún enfermo mental será objeto de ingerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación, ni ser privado arbitrariamente de su propiedad;
- e) Presumir que los pacientes son capaces de tomar sus decisiones salvo prueba en contrario. Aun con la prueba en contrario no hace estado, debiendo obtenerse el consentimiento voluntario del paciente salvo en casos excepcionales, y de ser necesario.
- f) Considerar que la incapacidad para ejercer determinada conducta no significa la incapacidad de ejercer su autodeterminación con respecto a otras conductas;
- g) Preservar la dignidad del paciente;
- h) Tener en cuenta técnicas que ayuden a las personas a reducir el efecto de los trastornos mentales y mejorar la calidad de vida.
- i) Disponer que una admisión o retención compulsiva debe hacerse inicialmente por un corto periodo, si y solo si un profesional basado en conocimiento médico/psicológico actualizado científicamente determina que hay por causa de dicha enfermedad "una seria probabilidad de daño inmediato o inminente" para esa persona o para terceros;

Artículo 6°. Toda internación será excepcionalísima y deberá determinar tiempo, alcances y objetivos terapéuticos sin medios coercitivos que violen los Derechos Humanos de pacientes, familiares o trabajadores de la Salud y determinados exclusivamente por la gravedad de la crisis siquiátrica y/o psicológica.

Título IV

Disposiciones generales

Artículo 7°. Se considera institucionalización a los fines de la aplicación de la presente Ley, la reclusión, internación, guarda o medida similar sobre personas, restringiendo su libertad y/o desconociendo su autodeterminación y autonomía, conformando un proceso inverso a la recuperación, rehabilitación, reinserción o tratamiento del ser humano por concluir con su discriminación, cronificación, abandono o exclusión social en instituciones.

Artículo 8°. Los principios enumerados en el Título III revisten carácter enunciativo, pudiendo actualizarse y/o ampliarse a instancia del Hospital de Salud Mental, siendo los mismos de aplicación obligatoria para los médicos, psicólogos y profesionales actuantes.

Artículo 9. El Estado Provincial asumirá la responsabilidad de garantizar que los adelantos científicos se encuentren disponibles en el Hospital de Salud Mental.

Artículo 10°. Habiéndose ya eliminado de la Provincia las cámaras de aislamiento y el ejercicio de medidas coercitivas, se prohíben la creación de otras nuevas en el territorio de la Provincia.

Artículo 11°. Deróguese toda otra norma que se oponga a la presente.

Artículo 12°. Comunicar al Poder Ejecutivo y archivar.

lecturas y señales



LECTURAS

Alfredo Jorge Kraut. Salud Mental-Tutela Jurídica. 1ª Edición, Rubinzal-Culzoni, Santa Fe, 2006, 575 p.

En la encrucijada del Derecho y la Salud Mental este libro de Alfredo Jorge Kraut viene a llenar una necesidad largamente esperada en nuestro medio. De lectura desde ahora obligada para los especialistas e interesados en este vasto campo multidisciplinario, la obra de Kraut -quien, como es ampliamente sabido, viene investigando en el tema desde hace muchos años- nos ofrece un estudio exhaustivo de los problemas que entrelazan conflictivamente la locura y la ley. El libro está dividido en catorce capítulos. En primer lugar se analiza el principio de igualdad como derecho humano inalienable -un eje, el de la igualdad, que recorre toda la obra- en particular, haciendo referencia a los enfermos mentales y a la discapacidad, vista ésta, tanto desde la óptica de las leyes locales como de las normas internacionales en vigor. Enseguida se pasa a estudiar el marco regulatorio existente en nuestro país en relación a las personas con discapacidad en general. En el tercer capítulo ("Salud Mental y derecho en la sociedad actual") se puede leer

una documentada masa de información sobre las legislaciones y formas de trabajo en pos de la desinstitucionalización y la integración social de las personas con discapacidad mental en la Argentina con referencias a lo acontecido en otros países. En los apartados siguientes (capítulos 5 y 6) se presentan casos concretos ilustrando las resoluciones que se tomaron respecto de ellos y se analiza, exhaustivamente, cómo se protege al ciudadano paciente en nuestro sistema jurídico.

En la parte que sigue Kraut analiza, a la luz de las normas internacionales vigentes (capítulo 6: "Las personas con discapacidad mental en el derecho internacional de los derechos humanos" y 7: "Protección de los derechos humanos de las personas con afecciones mentales: sistema supranacional y ámbito local"), cómo esos instrumentos superiores pueden incidir sobre los inferiores, los de la legislación local, a través de la declaración de inconstitucionalidad, el habeas hábeas y la acción de amparo. Coincidimos con el juez Eduardo Cárdenas quien califica, en su autorizado comentario de la obra para la revista *La Ley*, a ésta parte de la obra como la portadora del corazón conceptual del libro que comentamos.

En los capítulos siguientes se estudian las implicancias de los tratamientos compulsivos de las enfermedades mentales (capítulo 8) y la internación psiquiátrica, según la normativa vigente en

nuestro país (capítulo 9); la reforma psiquiátrica, sus aspectos jurídicos, sus avatares (capítulos 10, 11 y 12), la vinculación entre bioética, dignidad y derechos humanos (capítulo 13), para terminar con un detallado análisis, en el capítulo 14, de los derechos específicos de los pacientes mentales. En todos ellos el autor hace gala de un profundo conocimiento de las experiencias argentinas en Salud Mental, sostiene con profusas y atinadas referencias tanto psiquiátricas como psicoanalíticas y, por supuesto jurídicas, cada afirmación y, en ciertos pasajes, vuelve sobre nociones centrales que ya nos había entregado en obras anteriores, articulándolas de manera novedosa con el conjunto de esta nueva y brillante obra. El alcance del pensamiento de Kraut va más allá de lo jurídico: sus conceptos, necesariamente, tienen incidencia sobre la clínica misma, porque, si se los incluye en la toma de decisiones cotidiana de los psiquiatras frente a los casos concretos, deberían modificar muchos criterios e indicaciones terapéuticas y modelar ciertas nociones teóricas que alientan nuestras prácticas al darle un nuevo perfil al sujeto de nuestro accionar como médicos, contribuyendo, así, a cambiar el destino de los enfermos mentales.

Juan Carlos Stagnaro en

Errata

Por un error de armado, en la página 477 del N° 70 de Vertex aparece, erróneamente, una lista de referencias bibliográficas. Sin embargo, el artículo que las precede, del Dr. Alfredo Jorge Kraut, no sufrió ningún error pues el mismo tiene todas sus referencias en notas al pie.

SEÑALES

IX Congreso de Rehabilitación Psicosocial organizado por la WARP, Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial Octubre 2006

Del 12 al 15 de octubre de 2006 en la ciudad de Atenas, Grecia se realizó el IX Congreso de Rehabilitación Psicosocial organizado por la WARP, Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial, bajo el lema: "La Rehabilitación Psicosocial, hacia la madurez en el mundo globalizado" centrada en los tópicos: prácticas, políticas e investigación.

Se desarrolló en un moderno y confortables centro de convenciones, el Megaro Mousikis, con amplia capacidad y última tecnología para albergar los ochocientos inscriptos.

Se expusieron 142 posters y hubo 209 ponencias distribuidas en: Presentaciones científicas libres, *Workshop*, Simposios, Sesiones de expertos y otras modalidades.

Es de destacar que si bien el idioma del congreso era el inglés las sesiones de expertos, las *Key lectures*, las *What's new* y las lecturas especiales fueron traducidas de manera simultánea al francés y al español.

La WARP se organizó en Francia en 1986, y ha realizado congresos de manera periódica en: Lyon (1986), Barcelona (1989), Montreal (1991), Dublín (1993) Rotterdam (1998), Hamburgo (1998) París (2000), y Nueva York (2003).

El presidente de este Congreso, en el que asumió como presidente electo de la WARP, el Dr. Madianos, de Grecia, para el período 2006-2008, fue el Dr. Angelo Barbatto de Italia. En su estructura la WARP tiene un *Executive Board Committee*, seis vicepresidentes regionales que son de Africa, América, Mediterráneo del este, Región europea, Asia del sudeste y Pacífico oeste; representantes de familiares, de Organizaciones de Consumidores de Servicios (usuarios), Organizaciones de voluntarios, Miembros representantes ante las Naciones Unidas y un comité de miembros notables.

Las palabras de apertura del presidente del Congreso, fueron:

"Queridos colegas y amigos:

La Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial, fundada en Francia en 1986, puede considerarse como la más nueva de las Asociaciones de Salud Mental

El crecimiento de los últimos años va reflejando la importancia que se brinda a la prevención y a la reducción de las discapacidades por motivos sociales así como a los programas para los cuidados comunitarios de las personas con trastornos mentales.

Hoy día la WARP (AMRP, en su sigla en español) es reconocida como una ONG con estatus de Consultora en la OMS, las Naciones Unidas, el Consejo Económico y Social y también en contacto permanente con la Comisión Europea, el Instituto de Rehabilitación Africano y muchas otras agencias alrededor del mundo.

La membresía a la WARP no está abierta sólo a profesionales sino también a investigadores de varias disciplinas. Administradores, auditores, pacientes y familiares, grupos de autoayuda y/o de defensa de los derechos de los enfermos mentales.

En la WARP existen simultáneamente una sociedad científica, una organización multidisciplinaria y defensores de los derechos. Procura sostener un foro de discusión permanente acerca de los cuidados a largo plazo que demanda la salud mental.

La "Rehabilitación Psicosocial que se viene" está en el título de nuestro noveno Congreso y por cierto no podemos continuar siendo la Cenicienta de la Salud Mental. Es tiempo de mirar hacia atrás y hacia el futuro, revisar los fundamentos iniciales, el desarrollo pasado y el futuro de la rehabilitación psicosocial.

Queremos hacerlo desde tres áreas: la investigación, las prácticas, y las políticas.

Diez años atrás nos reunimos la OMS y la WARP y consensuamos definir la rehabilitación psicosocial como la estrategia que facilita y brinda oportunidades a las personas con discapacidad –por causas mentales– para alcanzar los mejores niveles posibles de funcionamiento en la comunidad, ya sea promoviendo el desarrollo de habilidades individuales como el mejoramiento de los intercambios sociales.

Hoy día nuestra ambición es brindar conjuntamente rigor científico, mirada humanística, atención particular al contexto político y social [...] experiencia diaria de cuidado [...] autoridad a las personas que se esfuerzan y trabajan para la salud.

La WARP celebra sus 20 años en Atenas entre el 12 y el 15 de Octubre de 2006. Todos somos bienvenidos para luchar contra la discapacidad que deviene de los trastornos mentales y lograr un mejoramiento de la calidad de vida, una mayor salud mental y una mejor inclusión social".

El congreso transcurrió en un clima óptimo de camaradería e intercambio de experiencias entre los distintos profesionales asistentes: terapeutas ocupacionales, psicólogos, psicopedagogos, trabajadores sociales, abogados, psiquiatras, musicoterapeutas, enfermeros, maestros y otros, conjuntamente con los familiares y usuarios.

Benedetto Saraceno, director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dio un panorama mundial de la salud mental e informó el número de psiquiatras que ejerce en cada país cada 100.000 habitantes; Argentina cuenta con 10 psiq. c/ 100.000 habitantes siendo en América únicamente superado por los EE.UU., luego expresó que el 65% de las camas psiquiátricas en el mundo se encuentran en los hospitales de salud mental, el 19% en otras estructuras alternativas, y el 16% en hospitales generales; en América las cifras son 47,6% HSM, 46,8% HG y 35,6 % Estr. ALT.

A lo largo del congreso pudimos relevar que el común denominador de las experiencias y fundamentaciones que se sustentaban desde distintos países tanto de oriente como de occidente eran: la defensa de los derechos humanos de las personas que padecen un trastorno mental, el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios y sus familias, la creación y utilización de distintas instancias con diferentes gradientes de mayor o menor soporte diario realizado por un profesional como alternativa a la internación asilar en un hospital psiquiátrico.

Elisabeth Gómez Mengelberg

Mabel Penette

Ideas e imágenes desde el nacimiento de Vertex

Hace diecisiete años, cuando emprendimos la aventura de crear una revista de psiquiatría nos vimos obligados a aprender los rudimentos de las tareas de edición.

Éramos tres: Dominique Wintrebert, Daniel Spiguel y quien escribe estas líneas. Los objetivos nos parecían claros, los contenidos estaban en la cabeza y las plumas de los colegas que convocamos a escribir en las páginas de Vertex; aparecieron entusiastas voluntades para integrar la Redacción, cubrir las corresponsalías y conformar el Comité Científico. Hasta teníamos lectores previstos entre los amigos que nos alentaban en la patriada y esperaban el primer número de la publicación. Inclusive habíamos tomado la decisión de pagar su producción con nuestra propia contribución hasta obtener publicidades de sostén y los primeros suscriptores.

Fue, entonces, que hubo que hacerla. Con papel y tinta. Pero, antes, hubo que concebir su diseño gráfico. Daniel Spiguel nos presentó a un amigo y eximio creativo local, Alfredo Saavedra, profesor de diseño gráfico en la Universidad de Buenos Aires. Generosamente, Alfredo nos regaló el logotipo y la idea de tapa que nos acompañaba desde entonces, y su esposa, Diana Dowek, nos cedió la primera ilustración de la misma, la cual inició la costumbre de tener en la carátula de todos los números la contribución de un plástico argentino.

Faltaba quien se encargara del diseño interior, cuyas características generales también avanzó Saavedra, y él nos sugirió continuarlo con una prometedora alumna suya a quien ya conocíamos: Mabel Penette.

Desde un taller que compartía con un colega en el barrio de Almagro, un tiempo desde su casa y, por fin, en los primeros locales de Vertex de la calle Callao, y en los actuales de Moreno 1785, después, Mabel diseñó, número a número, nuestra revista. Compartimos con ella la tarea durante estos diecisiete años, juntos repasamos in-



contables veces los catálogos de ilustraciones, ajustamos espacios gráficos para dar cabida a todos, transpiramos y estimulamos con litros de café tormentosos cierres “contra reloj”, acertamos, nos equivocamos, cometimos memorables errores tipográficos para desesperación de nuestros amigos del Comité de Redacción, inocentes corresponsables de nuestros furcios. Pero Vertex siempre estuvo en la calle con aceptable puntualidad (extraordinaria puntualidad y regularidad me animaría a decir teniendo en cuenta lo que es sostener una publicación científica en la Argentina).

Y Mabel siempre estuvo allí. Silenciosa, creativa, incansable, solidaria, seria en el trabajo y con humor en las adversidades. Los psiquiatras argentinos le deben parte de su prosa, que frecuentemente llegaba a la pantalla de su computadora cargada de esa típica redacción en “mediqués” (como dimos en llamarle al estilo de muchos médicos acostumbrados a escribir recetas indescifrables, a leer en inglés y a incurrir en horribles anglicismos sintácticos) y que Mabel corrigió infaliblemente apoyada en su vasta cultura y delicada expresión.

Mabel Gutierrez, como se la conoce en nuestro país, por su antiguo nombre de casada, es una de las líderes del movimiento de los Derechos Humanos. Es un pañuelo blanco de la primera hora cuando, con un coraje indecible, aprendió, primero reclamando por la aparición con vida de su hijo Alejandro, y, rápidamente, por la de todos los detenidos-desaparecidos, a recorrer los despachos oficiales infundiendo miedo y respeto a los verdugos en los años de plomo de la dictadura militar. Desde entonces ha sido, y sigue siendo, un puntal de las luchas por la verdad y la justicia en nuestra sociedad.

Nos habíamos conocido en París, durante mi exilio, cuando la acompañamos junto a otros argentinos en las campañas de denuncia y solidaridad que la Comisión de Familiares de Desaparecidos y Detenidos por Razones Políticas realizó en Europa. Allí trabajamos una amistad que me honra, y que seguirá por siempre, con esa heroína de nuestra historia nacional.

Nos divertimos “haciendo” *Vertex*, nos disputamos también. Nos ayudó con sus ahorros cuando nos quedamos sin fondos para la edición y esperó, pacientemente, su devolución.

Este es el último número que surge de sus primorosas manos. Decidió jubilarse, seguir trabajando en la Comisión de Familiares y darse tiempo para hijos, nietos y bisnietos. La vamos a extrañar en la tarea cotidiana. La vamos a recordar siempre frente a su computadora, teclando tozudamente durante noches enteras para entregarnos a tiempo un trabajo, paciente hasta el último minuto antes de ir a imprenta para hacer una corrección o esperar un texto Editorial esquivo a la inspiración. Seguiremos amigos y haciendo otras cosas que tenemos planeadas para dar a imprenta: ya se van a enterar.

JCS



APSA

Asociación de Psiquiatras Argentinos

23°
Congreso
Argentino de
Psiquiatría

RESILIENCIA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Una propuesta para nuestro siglo

19 al 22 de abril de 2007, Mar del Plata, Argentina

Evento "Libre de Humo de Tabaco"
Ministerio de Salud de la Nación
Resolución N° 558/06

Fecha límite para ingresar Pósters: 15 de febrero de 2007, 24 hs.
Cerrado el ingreso de otras actividades

VALORES DE INSCRIPCIÓN		
	Hasta el 15/02/2007	Desde el 16/02/2007
Socios APSA ⁽¹⁾	\$ 130	\$ 160
NO Socios APSA	\$ 250	\$ 300
Estudiantes ⁽²⁾	\$ 80	\$ 100
Extranjeros	U\$S 200	U\$S 240

(1) Deberá acreditar su condición de Socio al momento del pago.

(2) Deberá acreditar su condición de Estudiante al momento del pago, presentando "Certificado de Alumno Regular" expedido por la Autoridad de la Institución donde cursa.

- ✓ **Medios de pago disponibles (haga click en la opción deseada):**
 - Depósito en Cuenta APSA en cualquier Sucursal Banco Río del País, Cuenta Corriente en Pesos a nombre de APSA N° 087-00003020/1 del Banco Río, o usando el CBU 07200878-20000000302018, CUIT: 30-61997680-7.
No olvide: Enviar comprobante de depósito por Fax al (54-11) 4952-1249/1534 consignando su apellido y nombre, y concepto del pago.
 - Pago en Sede de APSA, Rincón 355, Capital Federal, de lunes a viernes, de 10.30 a 17.30 hs.
 - Pago con Tarjetas de Crédito (VISA, MASTERCARD, AMERICAN EXPRESS), o con impresión de Boleta PagoFácil o RapiPago
- ✓ **Ficha de Inscripción**
 - Ingrese sus datos a la Ficha de Inscripción. (La misma se considera completada cuando tenemos registro del efectivo pago o beca otorgada por el Comité Organizador)
- ✓ **Sistema de Solicitud de Becas**
 - Becas solicitadas por la Industria Farmacéutica o Becas solicitadas por Instituciones o Personas, por favor enviar mail con datos completos de los Profesionales que solicitan la beca (Nombre y apellidos completos, matrícula profesional, teléfonos, e-mail, Institución solicitante) a congreso@apsa.org.ar

✓ Consultas en: APSA, Rincón 355 - Buenos Aires
Tel. 011-4952-1249 o al mail congreso2007@apsa.org.ar

Índice alfabético de autores

Volumen XVII 2006 - N° 66 al 70

- Abadi, A. F. *El déficit de atención en la adolescencia desde una perspectiva integrativa*, N° 70 pág. 458
- Abel, C. G. Ver Mangone C. A
- Akiskal, H. Vázquez, G. *Una expansión de las fronteras del trastorno bipolar: validación del concepto de espectro*, N° 69 pág. 340
- Agrest, M. Ver Lipovetzky, G
- Albanesi de Nasetta, S. Morales de Barbenza, C. *Desesperanza y depresión en mujeres diabéticas*, N° 69 pág. 331
- Amado Cattáneo, E., *Descripción de los principales condicionantes que afectan las internaciones psiquiátricas en el Hospital "Dr. A. Korn" de Melchor Romero*, N° 65, pág. 43
- Amendolaro, R. Ver Guillis, G
- Apreda, G. A. *Acerca de un nuevo paradigma: la bioética*, N° 68 pág. 245
- Aznar, A. S. Ver González Castañón, D
- Barrionuevo, H., *Indicadores de accesibilidad y desempeño de la internación psiquiátrica*, N° 65, pág. 48
- Bignone, I. M. I. *Consideraciones sobre la regulación de medicamentos vigente en Argentina*, N° 67 pág. 220
- Bolaños, R. López Casanello, A. *Metodología de la Investigación en Farmacología Clínica: Fundamentos*, N° 67 pág. 191
- Bonierbale, M. Michel, A. Lançon, Ch. *El devenir de los transexuales operados*, N° 66 pág. 111
- Bruscoli, F. N. Ver Leiderman, E. A
- Bula, A. Ver Rodríguez Garín, E. C
- Cade, J. F. J. *El descubrimiento de las propiedades terapéuticas del litio*, N° 67 pág. 225
- Carrillo, R. *Ramón Carrillo una Clasificación sanitaria de los enfermos mentales para la psiquiatría argentina*, N° 69 pág. 384
- Castagnola, G. Ver Ruiz, M
- Castillo, J. L. Ver Folino, J. O
- Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y el adolescente (CFTMEA-R-2000)* N° 69 pág. 378
- Cereseto, M. Ver Ferrero, A
- Chamorro, J. *Psiquiatría y Psicoanálisis. Diálogo de locos*, N° 68 pág. 270
- Chan, M. *¿Coexistencia pacífica entre psiquiatras y psicoterapeutas?*, N° 68 pág. 285
- Chieri, P. Ver Rodríguez Garín, E. C
- Comas, C. Ver Rodríguez Garín, E. C
- Del Do, A. Ver Guillis, G
- Di Segni Obiols, S. *Sodomitas, homosexuales, gay: De la persecución a la desmedicalización*, N° 66 pág. 99
- Espert, J. Ver Richly, P
- Etchegoyen, R. H. *Sigmund Freud, un siglo y medio después*, N° 69 pág. 392
- Feijoo, F. Gallegos, M. Selva, V. *La interdisciplina posible*, N° 68 pág. 291
- Fernández Bruno, D. Ver Gabay, P. M. M
- Fernández Bruno, M. Ver Gabay, P
- Ferrari, H. *Manual de Diagnóstico Psico-dinámico (Psychodynamic Diagnostic Manual, PDM)*, N° 69 pág. 356
- Ferrero, A. Cereseto, M. Sifonios, L. *La señalización vía WNT y su relación con enfermedades psiquiátricas*, N° 67 pág. 165
- Ferrero, A. *Estabilidad de los medicamentos: su relación con la fecha de vencimiento y los productos de degradación*, N° 67 pág. 210
- Finkelsztejn, C. Ver Matusevich, D
- Finkelsztejn, C. Ver Pisa, H
- Finkelsztejn, C. Ver Ruiz, M
- Folino, J. O. Castillo, J. L. *Las facetas de la psicopatía según la Hare psychopathy checklist-revised y su confiabilidad*, N° 69 pág. 325
- Foschi, M. I. Ver Quiroga, M. de los A
- Fromm-Reichmann, F. *Problemas del tratamiento terapéutico en un hospital psicoanalítico*, por N° 68 pág. 295
- Gabay, P. M. M. Fernández Bruno, D. Roldán, E. J. A. *Sexualidad y esquizofrenia: Breve revisión del tema y resultados de una encuesta a pacientes en rehabilitación*, N° 66 pág. 136
- Gabay, P. Mangone, C. Fernández Bruno, M. *Nosografía de las demencias*, N° 69 pág. 362
- Gallegos, M. Ver Feijoo, F
- Garaño, P. Ver L. de Figueroa, N
- Genovese, O. Ver Mangone C. A
- Girard, P. Ver Ruiz, M
- González, A. Ver Quiroga, M. de los A
- González Castañón, D. Aznar, A. S. Wahlberg, E. *Nosotaxia y Nosología del Retraso Mental*, N° 69 pág. 373
- Guillis, G., Amendolaro, R., Del Do, A., Wikinski, M. L., Sobredo, L. *El encierro dentro del encierro. La situación actual en la Unidad Psiquiátrica Penal N° 20 del Hospital Municipal J. T. Borda de la Ciudad de Buenos Aires*, N° 65, pág. 72
- Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico* N° 69 pág. 353
- Hirsch, H. *¿Psicofármacos como psicoterapia?*, N° 68 pág. 288
- Kraut, A. J. *Salud Mental, Derechos Humanos y Sistema Judicial: un fallo auspicioso. Su proyección sobre el sistema de salud mental*, N° 70 pág. 474
- Ingenieros, José. *Los antiguos "loqueros" de Buenos Aires*, N° 65, pág. 65
- Job, A., Ver Ruiz, M
- Job, A. Ver Matusevich, D
- Job, A. Ver Pisa, H
- Lançon, Ch. Ver Bonierbale, M
- L. de Figueroa, N. Garaño, P. Schmidt, V. *Ambiente laboral y malestar en conductores de trenes. Efectos sobre la salud*, N° 68 pág. 249
- Leiderman, E. A. Mugnolo, J. Bruscoli, F. N. Massi, J. *Consumo de psicofármacos en la población general de la ciudad de Buenos Aires*, N° 66 pág. 85
- Levin, R. E. *Los relatos de la clínica psicoanalítica*, N° 66 pág. 150
- Lipovetzky, G. Agrest, M. *Aspectos clínicos de los tratamientos en colaboración entre psiquiatras y psicoterapeutas*, N° 68 pág. 263
- Lipovetzky, G. Agrest, M. *Reportaje a Fernando Ulloa*, N° 68 pág. 274
- Lipszyc, P. S. *Farmacovigilancia*, N° 67 pág. 224
- López Casanello, A. Ver Bolaños, R
- Manfredi, C. Ver Solimano, A
- Mangone, C. Ver Gabay, P
- Mangone C. A., Genovese, O., Abel, C. G. *Trastornos cognitivo conductuales en el período crónico de la intoxicación por neurotóxicos laborales y ambientales*, N° 65, pág. 16
- Martínez Ferretti, J. M., *Entre la ley 22914 y la ley 448: el marco legal de las internaciones psiquiátricas en la ciudad de Buenos Aires*, N° 65, pág. 35
- Massi, J. Ver Leiderman, E. A
- Matusevich, D. Ver Pisa, H
- Matusevich, D., Ver Ruiz, M
- Matusevich, D. Ruiz, D. Triskier, F. Vairo, C. *El Combo del horror, Reportaje a Leila Guerriero*, N° 70 pág. 452
- Matusevich, D. Ruiz, M. Vairo, M. C. Job, A. Finkelsztejn, C. *Tentativas de Suicidio en la Adolescencia con Psicofármacos de los Padres: Estudio Descriptivo*, N° 70 pág. 446
- Matusevich, D. Vairo, M. C. Ruiz, M. Pisa, H. *Sexualidad en las Demencias: Estudio de Casos*, N° 66 pág. 129
- Michel, A. Ver Bonierbale, M

- Miguez, H. A. *Emergencia hospitalaria y uso de sustancias psicoactivas*, N° 66 pág. 92
- Moles, P. Ver Quiroga, M. de los A Morales de Barbenza, C. Ver Albanesi de Nasetta, S
- Mugnolo, J. Ver Leiderman, E. A
- Mussa, A. Nemirovsky, M. *La evaluación de la función sexual desde la óptica psicofarmacológica*, N° 66 pág. 123
- Nemirovsky, M. Ver Mussa, A
- Nirenberg, O. *Desarrollo de adolescentes y su participación en proyectos*, N° 70 pág. 416
- Parisi, G. Ver Quiroga, M. de los A Pavlovsky, F. Ver Richly, P
- Pedace, M. Ver Pisa, H
- Pellegrini, J. *Sobre las internaciones psiquiátricas*, N° 68 pág. 309
- Pinto, I., Ver Ruiz, M
- Pisa, H. Ver Matusевич, D
- Pisa, H. Pedace, M. Ruiz, M. Vairo, C. Finkelsztein, C. Job, A. Matusевич, D. *Unidad de Psicogeriatría de un Hospital General. Análisis descriptivo de la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las consultas ambulatorias*, N° 68 pág. 254
- Ponce, Aníbal *La angustia - La ambición*, N° 70 pág. 465
- Quiroga, M. de los A., Foschi, M. I., González, A., Moles, P., Parisi, G. *Estudio correlacional de rasgos de personalidad y trastornos psíquicos en mujeres con vínculos violentos de pareja*, N° 70 pág. 405
- Rausch Herscovici, C. *La sesión de comida, el recupero de peso y su interacción con la psicopatología de la anorexia nerviosa adolescente*, N° 65, pág. 7
- Richly, P. Xamena, P. Surur, C. Espert, J. Pavlovsky, F. *Datos operacionales de la Sala de Internación de Psicopatología de un hospital general a lo largo de un año*, N° 67 pág. 182
- Rodríguez Garín, E. C. Chieri, P. Bula, A. Comas, C. *Estudio Epidemiológico sobre población adolescente internada en un Hospital de Emergencias Psiquiátricas*, N° 70 pág. 440
- Roldán, E. J. A. Ver Gabay, P. M. M Rozadilla, G. Ver Ruiz, M
- Ruiz, M. Ver Matusевич, D
- Ruiz, M. Ver Pisa, H
- Ruiz, M., Vairo, M. C. Girard, P. Rozadilla, G. Castagnola, G. Job, A., Pinto, I., Finkelsztein, C. Matusевич, D., *Modelo de comunidad terapéutica en internaciones psiquiátricas breves. Estudio Descriptivo de la Unidad Psiquiátrica Dinámica de Internación del Hospital Italiano de Buenos Aires*, N° 65, pág. 55
- Sapetti, A. *El sexo y la muerte. Prohibición, deseo y trasgresión*, N° 66 pág. 105
- Schaiquevich, P. *Formulaciones de liberación modificada para compuestos psicoactivos*, N° 67 pág. 203
- Schmidt, V. Ver L. de Figueroa, N
- Selva, V. Ver Feijoo, F
- Sifonios, L. Ver Ferrero, A
- Sobredo, L. Ver Guilis, G
- Solimano, A. Manfredi, C. *La noción de bipolaridad y la concepción psicoanalítica de la depresión y la manía*, N° 69 pág. 347
- Stagnaro, J. C., *Los psiquiatras y los hospitales psiquiátricos. Del asilo a la comunidad*, N° 65, pág. 28
- Stefano, F. J. E. *El medicamento genérico*, N° 67 pág. 197
- Surur, C. Ver Richly, P. Torrente, F. *Colaboración entre psiquiatras y psicólogos: revisión de la literatura*, N° 68 pág. 278
- Triskier, F. J. *La era de los axolotls. Algunas especulaciones respecto a las modificaciones neurobiológicas durante la adolescencia*, N° 70 pág. 424
- Triskier, F. Ver Matusевич, D
- Ulanosky, P. *Fronteras, bordes, límites*, N° 67 pág. 172
- Vairo, C. Ver Pisa, H
- Vairo, M. C. Ver Matusевич, D
- Vairo, M. C. Ver Ruiz, M
- Vasen, J. Massei, H. *Reinserción social en adolescentes a través del programa "Cuidar-cuidando"* N° 70 pág. 432
- Vázquez, G. Ver Akiskal, H
- von Krafft-Ebing, Richard. *Sentido sexual débil o nulo hacia el sexo opuesto, remplazado por una tendencia sexual hacia el mismo sexo (sentido homosexual o invertido)* N° 66 pág. 145
- Wahlberg, E. Ver González Castañón, D
- Wolfberg, E. *El cuerpo y la salud del psicoanalista en la relación consigo mismo, con sus pacientes y con sus pares*, N° 67 pág. 231
- Wikinski, M. L. Ver Guilis, G

CLEF
CAPACITACION EN LENGUA FRANCESA

Cursos de francés grupales e individuales
Cursos para profesionales
Traducciones e interpretaciones
Cursos en París

www.clef.com.ar info@clef.com.ar

☎ 4373-7423

Av. Corrientes 1847 piso 12° E



Casa de medio camino y hostel
Rehabilitación de la salud mental en una institución
de puertas abiertas

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

Paysandú 661 - Ca405ANE Ciudad de Buenos Aires
Tel. (11) 4431-6396 - www.centroaranguren.com