

La psiquiatría en el siglo XXI: realidad y compromiso



^

Carlos Larracilla. *Homenaje a Federico Larracilla*



SERGIO JAVIER VILLASEÑOR BAYARDO
FRANCISCO ALONSO FERNÁNDEZ
JEAN GARRABÉ DE LARA

*La psiquiatría en el siglo XXI:
realidad y compromiso*



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA DE JALISCO, COLEGIO MÉDICO, A.C

V Congreso Internacional de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco,
Colegio Médico, AC
XIV Congreso del Instituto de Psiquiatras de la Lengua Española
V Coloquio Franco-Mexicano
IV Coloquio de Psicopatología y Arte



Del 12 al 15 de octubre de 2006, Puerto Vallarta, Jalisco, México

© Sergio Javier Villaseñor Bayardo
Prohibida la reproducción total o parcial
del contenido, sin la autorización del autor
o del editor.

ISBN 968-5876-18-5

TONOCONTINUO

- Enrique Díaz de León sur 514-2
- Guadalajara, Jalisco, México
- Tel. 38 25 94 41
- tonoco@mail.udg.mx

Contenido

- 11 ■ Presentación
Dr. Sergio J. Villaseñor Bayardo.
- [19] ■ Prólogos
 - 21 ■ Dr. Francisco Alonso Fernández.
 - 23 ■ Dr. Jean Garrabé De Lara.
 - 27 ■ Dr. Ricardo Virgen Montelongo.
 - 31 ■ Dr. Carlos Rojas Malpica y Dr. Néstor de la Portilla.
- [37] ■ Conferencia Magistral Inaugural
 - 39 ■ Prof. Francisco Alonso Fernández
El Quijote, entre la psicopatología y el erotismo
- [59] ■ V Coloquio Franco-Mexicano:
La percepción de las alucinaciones
 - 61 ■ Prof. Jean Garrabé de Lara
Psicopatología de la alucinación negativa
 - 71 ■ Prof. Francisco Alonso Fernández
La objetivación alucinatoria: una alternativa entre la vulnerabilidad psicopatológica y la estética comunicativa
 - 95 ■ Dr. Héctor Pérez-Rincón García
Estesia externa e imagen mental. La alucinación entre la cámara oscura y la linterna mágica

- [101] ■ Simposium: Alucinar o delirar
- 103 ■ Dr. Carlos Rojas Malpica
Sentir y percibir. Umbrales y matices
 - 117 ■ Dr. Jaime Quezada Cardiel
*Lógicas del delirio: pasado, presente y futuro del loco
razonar cuerdo*
 - 127 ■ Dr. José Dorazco Valdés
Las alucinaciones, una aproximación neurofisiológica
- [137] ■ Simposium: Psiquiatría Transcultural
- 139 ■ Dr. Alejandro Patiño Román
Etnopsiquiatría en Salvador de Bahía
 - 173 ■ Dr. Augusto Conceição
Elementos de una Psiquiatría social y cultural
 - 189 ■ Dr. Wolfgang George Jilek
Koro. El Síndrome multicultural
 - 199 ■ Dra. Ana Cecilia Lara Zaragoza
Kierixet +, un Síndrome ligado a la cultura Wixárika
- [207] ■ IV Coloquio de Psicopatología y Arte
- 209 ■ Prof. Francisco Alonso Fernández
La personalidad de Goya y su pintura polimorfa
 - 221 ■ Dr. Carlos Rodríguez Betancourt
Homo Draculis y Pigmalión: boceto psicoliterario
 - 225 ■ Dr. Lucío Blanco
*Psicopatología en el cine: "Hannibal Lecter"
de Thomas Harris.*



- [229] ■ Simposium conjunto
Asociación Psiquiátrica Mexicana,
Asociación Psiquiátrica de América Latina,
Asociación Psiquiátrica de Jalisco
L'Évolution Psychiatrique:
“Las Esquizofrenias”
- 231 ■ Dr. Edgar Belfort
Los consensos sobre la esquizofrenia en Latinoamérica
- 235 ■ Dr. Wázcar Verduzco Fregoso
Uso y utilidad de los antipsicóticos de acción prolongada
- 243 ■ Dr. Enrique Camarena
Presente, pasado y futuro de la esquizofrenia
- [249] ■ Encuentro Franco-Carabobeño Jalisciense:
El Despertar histórico de las Regiones.
- 251 ■ Dr. Néstor de la Portilla
La psiquiatría de lengua española en el siglo XXI
- 263 ■ Dr. Carlos Rojas Malpica y Dr. Néstor de la Portilla.
Bosquejo histórico de la psiquiatría en Carabobo
- 275 ■ Dr. Sergio Altamirano Morales
Psiquiatría y carácter social en el México del siglo XX
- 288 ■ Dr. Ignacio Ruiz López
Los tratamiento psiquiátricos en México del siglo XV al XX
- [287] ■ Conferencias Magistrales
- 289 ■ Prof. Jean Garrabé de Lara
Historia conceptual de la histeria
- 301 ■ Dr. Sergio J. Villaseñor Bayardo
La Psiquiatría en Jalisco

- [313] ■ Mesa Redonda de la
Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, GLADP
- 315 ■ Dr. Rafael E. Galindo Jiménez
319 ■ Dr. Carlos E. Berganza
327 ■ Dr. Sergio J. Villaseñor Bayardo
- [333] ■ Simposia
- 335 ■ Dr. Sergio Gorjón Cano
La psicodinamia en la práctica psiquiátrica
- 345 ■ Dr. José Luis Estrada García
La rehabilitación del paciente crónico en los hospitales de día
- 357 ■ Dr. Miguel Duque Pérez-Camacho
Nuevos eutimizantes en trastornos bipolares
- 377 ■ Dr. Valentín Corcés Pando
Una aproximación epistemológica para la comprensión de la conducta humana
- 383 ■ Dr. César Cabral
Perspectivas de la psiquiatría como ciencia del hombre
- 391 ■ Dra. Angeles Roig Moliner
La histeria: ¿Cuadro nosológico o patogenia?
- 409 ■ Dr. José Manuel Bailón Blancas
La patobiografía como elemento del conocimiento
- 417 ■ Psic. Martha Patricia Aceves Pulido
El padecimiento de la enfermedad mental
- 423 ■ Dra. Ana E. Toledo Ruiz
Consciencia del inconsciente en el proceso psicoterapéutico de la paranoia y su adecuación psicosocial.



- [431] ■ Conferencia Magistral de Clausura
- 433 ■ Prof. Héctor Pérez-Rincón
Historia de una mujer diferente. El misterio de Catalina de Erauso
- [451] ■ Conferencia Magistral
Embajada Francesa, Universidad de Guadalajara,
Hospitales Civiles y APJ
- 453 ■ Dr. Daniel Delanoë
Les représentations de la ménopause





Realidad y compromiso

¡Misión cumplida!

Con estas palabras se clausuró nuestro V Congreso Internacional de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco Colegio Médico A. C. (APJ) y ahora lo reitero con un orgullo adicional: pocas veces se logran publicar *in extenso* los trabajos que se presentan durante un evento de esta magnitud. No solamente tuvimos un congreso internacional de alto nivel académico sino que además podemos ofrecer a nuestros agremiados, un libro con las memorias de la reunión. Ojalá que esto que hoy iniciamos sirva de acicate para que nuestras sociedades científicas aprovechen al máximo los espacios de intercambio científico y dejen por escrito, una muestra patente de su esfuerzo. Lo escrito perdura desafiando lo fugaz de nuestras vidas.

Responder de manera comprometida ante la sociedad es un imperativo para los psiquiatras y para los profesionales de la salud mental miembros de la APJ. Ya desde los tiempos de los precursores de la psiquiatría en nuestro estado, se respiraba ese ambiente de compromiso profundo, recordemos que así nació el grupo GHARMA, dándonos el mejor ejemplo de trabajo gremial. Cito algunas frases publicadas en su órgano oficial, el boletín *Gharma* que aparece en 1959:

Nous avons voulu protester contre l'hypothèse qui fait de l'hallucination un symptôme constant de la folie, et démontrer par les seules données de la science que, dans certains cas, elle peut être considérée comme un phénomène purement physiologique.

El grupo Gharma se establece por un interés dirigido a problemas de orden médico, psicológico, pedagógico y social. El grupo se guía por la idea de que el enfermo mental o psicótico, es, precisamente, un enfermo y deben ponerse a su servicio todos los conocimientos y adelantos de la medicina

y en particular de la especialidad neuropsiquiátrica, para reintegrarlo a la comunidad en condiciones de convivir armoniosamente con sus semejantes.”

El grupo Gharma ha ido poniendo en práctica las más avanzadas normas en cuanto a diagnóstico, estudios clínicos, manejo de los enfermos, formación de un ambiente de comunidad que reproduce lo más posible el ambiente familiar, quimioterapia científica y racional, psicoterapia individual y de grupo, contacto lo más amplio posible con los familiares, para inducirlos a una participación activa en el manejo de los pacientes...

Es evidente cómo las preocupaciones fundamentales de nuestros colegas de antaño siguen siendo vigentes. Además, el estado mexicano (como muchos otros) no ha dado respuesta a las necesidades que en esta materia tiene la población. La psiquiatría sigue siendo relegada al último renglón presupuestario. Por eso debemos seguir luchando con firmeza para que el panorama mejore. Las estadísticas son implacables y si no actuamos oportunamente la situación será muy grave.

“Realidad y compromiso”, fue el lema que escogimos para nuestro V Congreso internacional. Quisimos saber cómo estamos y qué podemos hacer, qué tenemos y qué nos falta, nuestras fallas y nuestros aciertos, conocer el panorama actual en la materia y los caminos a seguir o a inventar.

Tuvimos la oportunidad de hermanar este congreso con el Instituto de Psiquiatras de la Lengua Española, presidido por el Prof. Francisco Alonso Fernández; de tener la edición número V de los coloquios franco-mexicanos, mismos que ha organizado el que esto escribe; el primer encuentro franco-carabobeño-mexicano y el 4º coloquio de psicopatología y arte de la APJ.

Se realizaron las presentaciones simultáneas de varios libros entre ellos, *El Hombre Libre y sus Sombras (Antropología de la libertad: Los Emancipados y los cautivos)* del Dr. Francisco Alonso Fernández, presentado por el Dr. Antonio Ruiz Taviel; *La Psiquiatría en el Quijote*,



del Dr. J. Manuel Bailón Blancas presentado por el Dr. Valentín Corces; y el texto: *Voces de la Psiquiatría. Los precursores*, del Dr. Sergio Javier Villaseñor Bayardo, presentado por el Dr. Néstor de la Portilla.

Nuestro congreso fue vehículo para expresar la gratitud de los alumnos a sus maestros. Así en emotivo homenaje se hizo un reconocimiento público a los Profesores: Jean Garrabé de Lara, Francisco Alonso-Fernández, Héctor Pérez-Rincón García, Alejandro Díaz Martínez, Rafael Galindo Jiménez y Sergio Gorjón Cano. De modo que no todo fue intelecto sino que también hubo sentimiento.

Quisiera señalar que realmente tuvimos un banquete intelectual, las actividades fueron intensas y bien aprovechadas por un público atento y participativo. Como nos habíamos comprometido, todo fue de muy alto nivel científico.

Quisiera destacar algunos puntos. Después de la inauguración oficial nos deleitamos con la Conferencia Magistral del Prof. Francisco Alonso Fernández titulada: El Quijote, un mundo de delirio, espiritualidad y erotismo. Escuchamos cómo Sancho era, en realidad, “un Sócrates analfabeto encerrado”, alguien a quien el Quijote rescata de su animalidad y transforma en sabio popular. Alonso Quijano, a su vez se transforma en un espléndido caballero andante, que se hizo llamar Don Quijote, poseído por el delirio de la falsa identidad de sí mismo, constituyendo una autometamorfosis delirante total, un delirio megalomaniáco.

Alonso Fernández nos señaló pues, uno de los máximos aciertos psiquiátricos de don Miguel de Cervantes quien acreditó méritos para ser respetado como un doctor en psiquiatría!

Uno de los platillos fuertes de esta reunión, fue el V Coloquio Franco- Mexicano, titulado de manera provocativa: “La percepción de las alucinaciones”. El coloquio inició con la participación del Prof. Jean Garrabé de Lara el cual, nos recordó cómo, en este mismo lugar, en 1995, 11 años antes, durante el XIV congreso de la Asociación Psiquiátrica Mexicana tuvo lugar el 1er coloquio Franco-Mexicano. El maestro Garrabé disertó sobre la “Psicopatología de la alucinación negativa”. Citó a Bernheim, quien explicó que mediante la sugestión se podía impedir que un sujeto en estado hipnótico viese un objeto aunque éste estuviera en su campo perceptivo; eso es la alucinación

Le jour où la philosophie descendra avec son flambeau dans l'étude des affections mentales, elle rencontrera une ample matière à observations nouvelles... ainsi, dans ces grandes ravages de la folie, on retrouve partout sur les ruines de nos facultés la trace du principe immortel que les animait.

Quoi de plus pénible de plus douloureux, en effet, que de prétendre que les opinions les plus sublimes, les entreprises les plus grandes, les actions les plus belles, ont été enseignées ou faites par des fous hallucinés, en ajoutant pour correctif, qu'importe les instruments, pourvu que le but ait été atteint? L'histoire et la raison ne sont-elles pas d'accord pour protester contre la folie de Socrate, de Luther, de Jeanne d'Arc, de G. Fox et de tant d'autres?

negativa, mientras que la alucinación positiva, también mediante la sugestión era cuando se le permitía a un sujeto en estado hipnótico reconocer un objeto que no estuviese presente en su campo de percepción; a Forel, quien adelantó la idea de que la alucinación negativa podía ser el origen de la alucinación positiva, o sea que el sujeto percibiría un objeto que no existe en vez del objeto real que no vería; a Freud,

el cual escribió sobre 4 casos de alucinaciones negativas. Por supuesto, también citó a su maestro, Henry Ey, el cual en el léxico del *Traité des hallucinations*, dio, de la alucinación negativa la siguiente definición: “Ausencia de percepción de un objeto a percibir presente en el campo perceptivo” Asimismo, aclaró cómo Ey, hizo de la heautoscopia y del signo del espejo, formas de alucinación negativa.

¡Valdría la pena estudiar las alucinaciones negativas en el caso de los políticos que por no saludar a alguien fingen no ver a nadie en frente de ellos! ¿O será una escotomización?

El segundo conferencista fue el Prof. Francisco Alonso Fernández quien abordó el tema de: “La objetivación alucinatoria: una alternativa entre la vulnerabilidad psicopatológica y la estética comunicativa”. Alonso expresó su descontento con las ideas circulantes así: A modo de anticipación me permito señalar que la alucinación es cualquier cosa menos una percepción sin objeto; sencillamente, porque no es una percepción y porque sí tiene un objeto. La alucinación no puede ser una percepción porque su punto de origen no radica en el exterior del sujeto, sino en su interior, o sea en su campo mental. Esta es la impronta de grandeza de la alucinación: la acreditación de la hegemonía subjetiva sobre la realidad sensible.

Para Alonso, las cuatro características primordiales del fenómeno alucinatorio son: la sensorialidad, la espacialidad exterior, la certidumbre y la interacción con los objetos de la realidad empírica.

Una sencilla sistemática fenomenológica de las alucinaciones que él mismo propone, se basa en distinguir estos cuatro tipos fenoménicos de alucinación: el tipo genuino o completo, el interior, el irreal, y el descontextualizado.



El tercer grande del coloquio fue el Dr. Héctor Pérez-Rincón García quien con su brillante estilo abordó el tema de “Estesia externa e imagen mental. La alucinación entre la cámara oscura y la linterna mágica”.

Después de mencionar las discusiones decimonónicas de la Société Médico Psychologique, discusiones que aun conservan su vigencia, Pérez-Rincón repitió el apotegma de Paul Guiraud: “El problema de las alucinaciones es el problema central de la psiquiatría. Es el campo de batalla en el que se afrontan las teorías”. Luego siguió con un discurso en

el que hermanó de manera deliciosa, a la fisiología, las bellas letras, la historia de la psiquiatría y la filosofía.

Tal como habíamos previsto, el tiempo dedicado al V coloquio Franco-Mexicano fue insuficiente, por lo que durante el evento dimos un espacio adicional a mayores discusiones sobre el tema y en el simposium intitulado: “Alucinar o delirar”, contamos con la brillante participación del Prof. Jean Garrabé de Lara (ponencia programada junto con la Dra. Manuela de Luca) quien culminó la disertación sobre «La Alucinación Negativa”.

Nuestro querido amigo, el Prof. Carlos Rojas Malpica, abordó el problema de la sensación y de la percepción, y los umbrales y matices con que ambas se recrean en el mundo interior; subrayando que por el método de una rigurosa hermenéutica se contrastan con las alucinaciones, vividas como fenómenos impuestos, anancásticos o repetitivos; que parecen revelar una automatización de procesos neurofisiológicos.

En otros términos, Rojas coincidió con Pérez-Rincón: “...ni los estímulos procedentes del exterior o el interior se reflejan como en un espejo en las áreas perceptivas del cerebro, ni la conciencia es un reflejo generalizado de la realidad. Los matices lo serían entonces, de algo ya registrado en un inmenso almacén de estructuras pre-existentes, que permite contrastar y re-elaborar lo nuevo con aquello ya existente. Toda la sensopercepción queda entonces teñida por la subjetividad,

Comme dans l'aliénation mentale, les idées dominantes ont une grande influence sur les hallucinations; ainsi, lorsque régnèrent la démonologie, la sorcellerie, la magie, la lycanthropie, le vampirisme, les hommes virent partout des diables, des sorciers, des loup-garoux, des vampires, etc. Avec les diverses civilisations, les hallucinations varièrent également; chez les Grecs, elles se montrèrent sous la forme de pans, de faunes, de náyades; chez les Romains, elles prirent l'aspect de génies; au moyen-âge elles se manifestèrent sous la forme d'anges, de saints, de diables. A notre époque, toutes les combinaisons possibles de la pensée en formeront la base.

Alex Crichton définit l'hallucination ou l'illusion, une erreur de l'esprit, dans laquelle les idées sont prises pour des réalités, et les objets réels sont faussement représentés sans qu'il existe un dérangement général des facultés intellectuelles.

Sauvages, appelait hallucination la fausse perception due au vice des organes externes.

Aubanel regarde ce phénomène comme une forme ou une variété d'aliénation mentale dans laquelle un homme transforme en sensations les conceptions délirantes de son esprit, ou qui, en vertu de ces mêmes conceptions, dénature les sensations réelles les assimilant aux idées de son délire.

lo que la convierte en una experiencia necesariamente personal.”

Siguió el turno del Dr. Jaime Quezada Cardiel, quien introdujo el tema: Lógicas del delirio: pasado, presente y futuro del loco razonar cuerdo.

Sobre el criterio de comprensión, Quezada propuso tres niveles lógicos del delirio:

a) Las “lógicas de primer nivel” que permiten denotar la existencia del objeto-síntoma-delirio.

b) En el segundo nivel: “Se delira por que el pensamiento trasgrede las reglas

de conceptualización y argumentación racional” (Remo Bodei). Junto al “error de juicio” el delirio tendría una “función ortopédica” en asistir al enfermo y compensarle de sus insuficiencias, de su inseguridad observable y de su “paranoidismo”.

c) En el tercer nivel, toma la teoría de G. Berrios y Fuentenebro de Diego como la más consistente al tomar el predelirio en su modelo de formación de síntomas psicopatológicos por un lado y la vertiente pragmático-lingüística del delirio como “acto de habla vacío” disfrazado de creencia en “enunciado delirante”.

El maestro José Dorazco Valdés cerró, con broche de oro, este simposium. En su exposición se refirió a una aproximación neurofisiológica de las alucinaciones. Después de desarrollar el tema con singular dominio, Dorazco señaló la importancia e influencia del sueño en lo que respecta a las alucinaciones, diciendo que la teoría es la siguiente: Normalmente, durante el sueño se establecen y consolidan las sinapsis interneuronales. Por ello cuando hay alteración del sueño, se interfiere en los procesos fisiológicos y se *debilita* la función de las redes neuronales. Además, se presenta un déficit en las funciones cognoscitivas (esto sucede en general con las disomnias crónicas, asociadas o no a cuadros alucinatorios). El deterioro de los circuitos provoca una activación incompleta de las redes neuronales y se provoca también una intercomunicación anormal entre tales redes neuronales. Con lo anterior, se induce el caos alucinatorio y psicótico.



Normalmente, los ensueños tienen coherencia, suceden en un nivel de conciencia no vigilante, la psique *no se da cuenta de...* En el delirio-alucinación pueden considerarse como ensueños desfasados que suceden en un estado de conciencia vigilante, *de darse cuenta de...*

La coexistence de la raison et des hallucinations nous permettra d'expliquer plus tard, d'une manière convenable, les paroles et les actes des hommes célèbres qu'on a faussement accusés de folie.

El simposium sobre Psiquiatría Transcultural fue de particular interés. Participaron el Dr. Alejandro Patiño Román con un ensayo sobre la etnopsiquiatría y hablando de su experiencia en Salvador de Bahía"; siguiendo con el área brasileña, la Lic. Ana María Barrera leyó el trabajo del Dr. Augusto Conceição, sobre "Elementos de una Psiquiatría social y cultural"; de los bahianos se pasó a los chinos y malayos. El Dr. Wolfgang G. Jilek abundó sobre un síndrome multicultural, el "Koro." ; la Dra. Ana Cecilia Lara Zaragoza nos situó de nuevo en nuestro país al hablar del "Kierixet +, un Síndrome ligado a la cultura Wixárika" y, finalmente, el Dr. Eduardo Corona Tavares explicó cómo es la sexualidad entre los Wixárikas (trabajo no publicado aquí).

Tuvimos también, la cuarta edición del Coloquio de Psicopatología y Arte que la APJ ha venido organizando anualmente. Aquí, los conferencistas fueron el Prof. Francisco Alonso Fernández quien fascinó al público hablando de "La personalidad de Goya y su pintura polimorfa", el Dr. Carlos Rodríguez Betancourt con su "Homo Draculis y Pigmalión: boceto psicoliterario" y el Dr. Lucio Blanco con "Psicopatología en el cine: "Hannibal Lecter" de Thomas Harris.

Destaca un simposium conjunto en el que participaron la Asociación Psiquiátrica Mexicana, la Asociación Psiquiátrica de América Latina, l'Évolution Psychiatrique y la Asociación Psiquiátrica de Jalisco, el tópico fue "Las Esquizofrenias" y pudimos apreciar los discursos del Dr. Edgar Belfort, presidente electo de la APAL sobre "Los consensos de América Latina", del Dr. Wázcar Verduzco con el "Uso de antipsicóticos en la práctica clínica" y el Dr. Enrique Camarena, secretario administrativo de la APAL, con "Presente, pasado y futuro de la salud mental en México".

Por primera vez tuvimos un encuentro Franco-Carabobeño-Jalisciense en donde participaron el Dr. Jean Garrabé hablando sobre "Henry Ey y el congreso mundial de psiquiatría en París en 1950",

Des Hallucinations ou histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes, de l'Éxtase, du magnetisme et du somnambulisme. Brierre de Boismont. Paris. Germer Baillière, Libraire-Éditeur. 1852.

el Dr. Néstor de la Portilla con “La psiquiatría de lengua española en el siglo XXI” (por cierto, con este libro damos respuesta al Dr. De la Portilla), el Dr. Carlos Rojas Malpica y el Dr. Néstor de la Portilla con un “Bosquejo histórico de la psiquiatría en Carabobo”, el Dr. Sergio Altamirano Morales con “Psiquiatría y carácter social en el México del siglo XX, y el Dr. Ignacio Ruiz López con “Los tratamiento psiquiátricos en México del siglo XV al XX”.

También tuvimos otras conferencias magistrales, entre ellas: la del Prof. Jean Garrabé de Lara con la “Historia conceptual de la histeria”, la del Prof. Sergio J. Villaseñor Bayardo sobre la “Psiquiatría en Jalisco y el grupo Gharma” y el Prof. Héctor Pérez-Rincón con “Historia de una mujer diferente. El misterio de Catalina de Erauso”.

Faltaron de incluir pocas conferencias del congreso, desgraciadamente no las recibimos oportunamente.

Aunque no se presentó en Puerto Vallarta, quiero darme el lujo de incluir en este libro una conferencia que se organizó una semana después del congreso, gracias al concurso de la APJ, la Embajada Francesa, la Universidad de Guadalajara, los Hospitales Civiles de Guadalajara y la Asociación Cultural “Fray Antonio Alcalde”. Se trata de la conferencia magistral del Dr. Daniel Delanoë: “Les représentations de la ménopause”.

En este libro se ofrece un registro fotográfico, intercalado en los textos, de algunas de las actividades patentes en este libro. De esta manera, como antes mencioné, no sólo damos crédito a los frutos de la razón sino que también le damos su justo valor a las emociones que allí compartimos.

Amable lector espero que este material sea de su interés y que le permita conservar nítidamente en su memoria el recuerdo de este histórico encuentro en donde los jaliscienses logramos reunir a lo más granado de la psiquiatría mundial.

Dr. SERGIO J. VILLASEÑOR BAYARDO

Presidente de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco, Colegio Médico AC



Prólogos





Una realidad comprometida

En este libro se recoge la mayor parte de los trabajos presentados al XIV Congreso del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española (IPLE), celebrado en Puerto Vallarta, Jalisco, México, del doce al quince de Octubre de dos mil seis, en estrecha coordinación con el V Congreso Internacional de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco (APJ) y el V Coloquio Franco-Mexicano. Precisamente, en este Coloquio dedicado a “La percepción de las alucinaciones”, he tenido la honrosa oportunidad de compartir el tema de la ponencia con los profesores honoríficos del IPLE Jean Garrabé de Lara y Héctor Pérez-Rincón García.

Los textos aquí incluidos pueden tomarse como una fiel ilustración del lema del Congreso: la psiquiatría en el siglo XXI: realidad y compromiso.

Siguiendo este lema acuñado con acierto por los organizadores del Congreso, me hago cargo gustosamente del afectuoso deseo de ellos mismos de que haga por mi parte la introducción de este libro, tarea que representa para mí un acto de honor y al tiempo una “realidad y un compromiso”, o sea, una realidad comprometida. “Realidad” porque me someto al cumplimiento de esta grata petición. Y “comprometida” porque el índice de la obra que estoy introduciendo es un rico compendio de temas heteróclitos. Por ello, para redactar estas líneas prologales me siento obligado a efectuar un vivo recordatorio de lo mucho que he aprendido en el Congreso escuchando intervenciones de alto nivel, todo lo cual no me evita el tener que andar ahora “un poco a tientas”, como decimos en el argot de mi tierra asturiana.

Es Asturias precisamente una de las autonomías españolas conexas por mayor densidad de población con el muy querido país mexicano. Pero son todas las autonomías españolas un conjunto denso y unido a la hora de proclamar la inmensa deuda de gratitud que nos embarga a toda la ciudadanía al recordar el gesto del Presidente de la República de México, el añorado Lázaro Cárdenas, para recibir con los brazos abiertos llenos de cariño a los republicanos exiliados españoles.

Desde entonces el lazo hispano-mexicano continúa prieto en todas sus dimensiones. La celebración de cuatro Congresos del IPLE, uno en Cuernavaca, otro en la Ciudad de México, el tercero en Guadalajara y el que comentamos en Puerto Vallarta, significa el récord nacional como sede de congresos del IPLE en el continente americano, dato que acredita la pervivencia de la dimensión científica materializada en el lazo que nos une a españoles y mexicanos, al menos en el plano psiquiátrico. Tal conexión ha tomado un carácter de continuidad sin dejarse quebrar siquiera por el ardor belicoso de una posible advenediza espada alejandrina como aconteció con el fastuoso nudo gordiano.

Si no fuera porque me frena la presencia en estas páginas de cuatro modestos trabajos míos, sobre el Quijote, Goya, las alucinaciones y el hombre libre, sería más explícito a la hora de estimular la lectura de los textos incluidos en esta obra al representar un fiel testimonio de la Psiquiatría del siglo XXI, una psiquiatría que trasciende la clínica, sin perder su centro didáctico y pragmático en ella, para extenderse a la cultura, la sociedad y la historia, integrando en suma una de las disciplinas humanísticas de mayor desarrollo actual.

Los admirados y estimados colegas mexicanos “jaliscoños”, encabezados por el presidente ejecutivo del Congreso profesor Sergio Villaseñor Bayardo y por los coordinadores doctores Adriana Rivas Anguiano y Ricardo Virgen Montelongo pueden enorgullecerse, con la impresión de este libro, de haber dado perennidad gráfica unitaria a la información psiquiátrica congresual, que ha constituido una importante avanzadilla del espíritu y una muestra trufada de las nuevas tendencias de la Psiquiatría naciente en la presente centuria. Por lo demás, remito mi sincero y cálido agradecimiento a todos los autores de trabajos incluidos en esta obra.

Profesor FRANCISCO ALONSO-FERNÁNDEZ

Presidente del IPLE

Socio honorífico de la APJ



La historia como fundamento epistemológico

El V° Congreso Internacional de la APJ, así como los otros eventos también de carácter internacional que lo han acompañado, con el tema general *La psiquiatría en el siglo XXI* nos han permitido comprobar una tendencia que ha nacido con este siglo y que se observa en el mundo entero: el recurso a la historia como fundamento epistemológico de la medicina de la mente humana.

En las últimas décadas del siglo XX, desde digamos el VI° Congreso Mundial de 1977 en Honolulu, y por motivos que convendría indagar, pareció que a los psiquiatras solo les interesaba ya en su especialidad lo más moderno, las últimas novedades, no me atrevo decir la última moda, lo más técnico, abandonando todos los conocimientos anteriores e incluso como queriendo olvidarse de ellos. En cierto modo algo parecido ha ocurrido para toda la medicina para la cual lo que estamos viendo en nuestra especialidad, debería servir de lección para evitar que se convierta en pura tecnología.

El psicoanálisis a la vez como método psicoterapéutico y como método de investigación apareció como una teoría anticuada sobre todo paradójicamente en los países en que, como en los Estados Unidos, había llegado a una posición dominante con respecto a otras teorías de la actividad y de la vida. El presidente del VII° Congreso Mundial llegó

incluso a anunciar en Viena, la propia patria de Freud, la muerte del psicoanálisis.

Pero parecía que también todo lo referente a la psicopatología o a los aportes de las ciencias humanas, de la antropología y de la filosofía debía ser abandonado. Ya no se hablaba, por ejemplo, de la psicopatología fenomenológica desarrollada por Ludwig Binswanger y Eugène Minkowski que solo los japoneses seguían estudiando.

La terapéutica parecía reducirse exclusivamente a los fármacos y los únicos avances que se esperaban eran la aparición de nuevas moléculas. Naturalmente ni ignoramos ni menospreciamos la revolución que ha representado para los médicos y sobre todos enfermos el descubrimiento de los neurolépticos en 1952, entre otros motivo por haber contribuido a ella como joven residente y haber conocido la psiquiatría anterior a la introducción de los psicofármacos, pero la psicofarmacología también tiene su historia que hay que tener en cuenta para apreciar la mejoría que ha representado permitiendo entre otras cosas que enfermos a los que su estado impedía hasta entonces beneficiar de una psicoterapia pudiesen emprenderla. El Congreso de Puerto Vallarta ha dado la ocasión de recordar que la primera utilización en América de la clorpromazina se hizo en México gracia a los lazos que Dionisio Nieto había conservado con sus colegas y amigos europeos, especialmente los franceses.

Los avances en psiquiatría corresponden a épocas de intensos intercambios de ideas entre distintas escuelas de varios países. A finales del siglo XIX, inicios del XX hasta la Primera Guerra Mundial entre Francia y Alemania, lo que permitió al profesor Ramón Sarró, de Barcelona, hablar jocosamente de la psiquiatría como de una “ciencia franco-alemana”, ciencia de la que era un gran conocedor.

Por eso tuvo tanta resonancia y tanta importancia para la psiquiatría en el mundo entero el Primer Congreso Internacional de Psiquiatría organizado en París por mi maestro Henri Ey en 1950, congreso al que asistieron como se sabe distinguidos psiquiatras mexicanos, para restablecer los lazos rotos durante la Segunda Guerra Mundial. El éxito de este congreso fue tal que se convirtió en la marcha en Congreso Mundial y que de él nació la Asociación Mundial de Psiquiatría. Así mismo fue la ocasión por el encuentro en París de psiquiatras de toda América Latina de la fundación de la APAL.

Se ha recordado también en Puerto Vallarta como prueba de la riqueza del intercambio de ideas entre Francia y México las conferencias



dictadas en México, entre otros estados en el de Jalisco, por el que fue luego durante diez y seis años secretario general de la Asociación Mundial, Henri Ey, así como los anteriores coloquios franco-mexicanos que han permitido mantener estos intercambios hasta ahora en que acaba de empezar el siglo XXI.

Personalmente la publicación en México de la traducción en español de varios de mis libros, las numerosas veces que ha tenido la suerte de cruzar el Atlántico que son tantas que ya no sé contarlas, me han dado la alegría de ver que compartimos muchas ideas.

Se ha hablado para una parte de la psiquiatría, de hecho, la que estudia la bioquímica molecular neuronal, de “psiquiatría biológica”, limitación absurda ya porque por definición toda la psiquiatría que se ocupa de la vida del ser humanos es biológica. Además la biología, como todas las ciencias, tiene su historia que empieza, y no es mera casualidad, al mismo tiempo que la de la psiquiatría.

Creo, y esto será mi conclusión que para comprender los adelantos científicos que se anuncian para la psiquiatría en el siglo XXI hay que tener un buen conocimiento de cómo se han elaborado los conceptos actuales.

El Vº Congreso Internacional de la APJ en Puerto Vallarta, ha permitido, leyendo sus actas, dar un gran paso adelante en esta dirección.

Paris 17 de noviembre de 2006

Dr. JEAN GARRABÉ DE LARA

Presidente de honor de l'Evolution psychiatrique

Socio de honor de la APJ





El arte del encuentro

Se dice que la vida es el arte del encuentro y si algo se aprende al encontrarse con los demás, es precisamente, a conocerse uno mismo aprendiendo de aquellos que vienen, que han venido y que van.

En lo personal, no puedo dejar de sentirme agradecido y satisfecho con la coincidencia que logramos los profesionales de la salud mental en éste V Congreso Internacional de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco, enmarcado con las bellas playas de Puerto Vallarta, con un propósito: entender un poco más nuestro presente, esta realidad definida por los logros de la psiquiatría actual así como redefinir los compromisos de esta ciencia por fortuna cada vez más vasta, con el futuro que nos ha alcanzado en éste siglo XXI. Realidad y compromiso es una propuesta deliberada para motivar la discusión de temas tan antiguos y complejos como son las esquizofrenias con líderes de opinión de Europa y de América Latina, quienes nos dieron perspectivas frescas de la psicopatología, la psicofarmacología y los contextos diversos tanto sociales y culturales de estas enfermedades.

De igual manera se da continuidad a una responsabilidad adquirida hace años con nuestro origen en América Latina a través de *la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico*, talleres y ponencias de la gente comprometida con éste esfuerzo se ve recompensada con la

eficacia diagnóstica y sus consecuencias terapéuticas, mucho por recorrer y aprender, es cierto, pero con un buen inicio estamos obligados a mejorarlo cada vez más.

Temas de hoy como los trastornos de la personalidad, la psiquiatría de enlace, los diferentes abordajes psicoterapéuticos, aportaron nuevas luces para lograr un consenso con más identidad, apegado a nuestra realidad y necesidades.

Y hablando de ésta identidad no podemos dejar a un lado el Encuentro Franco-Carabobeño-Jalisciense el cual nos mostró las etapas históricas de nuestro quehacer médico y psiquiátrico, donde Henri Ey tiende lazos trascendentes entre dos continentes que tenían y tienen mucho que compartir cultural y científicamente, una psiquiatría carabobeña que vuelve un minuto a su historia y unas propuestas terapéuticas sin parangón de un México Colonial que nos obliga a la reflexión.

Sin embargo, un esfuerzo materializado que se ha buscado constantemente en las participaciones de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco en diversos congresos es precisamente generar el acercamiento de las artes y la psiquiatría dándose de manera natural en su común denominador: la psicopatología.

Así, propiciar encuentros de esta naturaleza nos compromete a todos a seguir aprendiendo de nuestras diferencias y así fortalecer nuestras coincidencias.

La oportunidad invaluable de compartir las experiencias y los conocimientos de nuestros maestros y colegas siempre será un buen motivo para recordarlo y celebrarlo.

Y que mejor que rescatando cada participación académica de las cuales fuimos testigos con el siguiente material escrito.

Quisiera destacar el trabajo y dinamismo que el Dr. Sergio J. Villaseñor Bayardo ha ofrecido a la Asociación Psiquiátrica de Jalisco, Colegio Médico, A. C. (APJ). Desde su regreso de París se integró a la asociación y empezó a apoyar firmemente sus trabajos. De entrada, dio la pauta para que el grupo de la Guía Diagnóstica Latinoamericana sesionara en Guadalajara durante el segundo congreso internacional de la APJ. Todos sabemos cómo han fructificado esos trabajos con la publicación de la guía, también en esta ciudad. Poco después, en octubre del 2002, el Dr. Villaseñor, sin ser presidente de la APJ pero en su calidad de profesor honorario del Instituto de psiquiatras de la lengua española, presidió el IX Congreso del Instituto de Psiquiatras de la Lengua Española y III



Congreso Internacional de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco, Colegio Médico A.C.; evento que tuvo una gran concurrencia. En 2005 presidió el IV Congreso Internacional de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco, Colegio Médico, A. C. en conjunto con el VII Congreso Internacional Avances en Medicina, Hospitales Civiles de Guadalajara. Culmina esta intensa labor societaria con este magno evento, el V Congreso Internacional de la APJ y el XIV Congreso Internacional del Instituto de Psiquiatras de la Lengua Española, que además, deja por escrito las memorias del intercambio científico.

Siguiendo con su línea de trabajo el Dr. Villaseñor ya ha organizado el VI Congreso Internacional de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco, Colegio Médico, A. C. Esto tendrá lugar del 22 al 24 de febrero de 2007 en el marco del IX Congreso Internacional Hospitales Civiles de Guadalajara después de lo cual entregará la estafeta al Dr. Flavio Miramontes. Vale la pena reconocer el compromiso que el Dr. Villaseñor tiene y ha tenido con nuestra sociedad.

Estas memorias son un esfuerzo conjunto de todos aquellos psiquiatras quienes tuvimos el honor y la fortuna de participar en éste congreso de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco con la esperanza de volver a encontrarnos con nuevos compromisos para nuestra actividad médica.

Dr. RICARDO VIRGEN MONTELONGO
Prof. de la Universidad de Guadalajara





La psiquiatría en el siglo XXI

Entre el 12 y el 15 de octubre de 2006, se celebraron en Puerto Vallarta, Jalisco, México, el V Congreso Internacional de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco, XIV Coloquio Internacional del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española, IV Coloquio de Psicopatología del Arte y el I Encuentro Franco-Carabobeño-Jalisciense de Psiquiatría, todos bajo el lema que intitula este artículo. Si los eventos nos plantean revisar la realidad y compromisos de la psiquiatría en el siglo XXI, es porque en el ambiente ya existe esa atmósfera de exigencia que los organizadores han acertado en recoger con el enunciado. El siglo XXI exige transformaciones sin perder lo esencial de nuestra disciplina, que ha sido considerada la rama humanística por excelencia de la medicina. Todo organismo se nutre de lo que no es él mismo, a través de un proceso de asimilación, que consiste en que el nutriente termina transformado en sustancia viva de quien lo ingiere, sin que este último pierda su individualidad ni la direccionalidad de su existencia. Un delfín en el mar es un individuo único que no pasa a transformarse en mar hasta que el proceso entrópico de su muerte no lo lleve a disolverse en el todo de ese mar donde habita. El secreto de mantenerse vivo consiste en apropiarse de los nutrientes de su entorno en un permanente proceso de autopoye-

sis. ¿Podrá la psiquiatría mantenerse viva en el siglo XXI? ¿Se justifica socialmente? ¿Cómo revertir la tendencia entrópica? ¿De qué materiales debe nutrirse? Desde las luces de Puerto Vallarta, veamos cómo pueden ser abordadas esas inquietudes.

La psiquiatría navega en un mar de saberes de los que se nutre y crece. Está animada por los *logos* de las ciencias naturales y las ciencias humanas. Fue así como en Puerto Vallarta pudimos presenciar simposia cuyos contenidos procedían de ambas vertientes en diálogo tenso y fecundo, sin que por ello se desdibujara el perfil de la psiquiatría como disciplina convocante de ese interesante juego heterológico. Cuando el Profesor Héctor Pérez Rincón disertó sobre la Estesia externa e imagen mental. La alucinación entre la cámara oscura y la linterna mágica o sobre la Historia de una mujer diferente. El misterio de Catalina de Erauso, acampó en los límites de la doxa psiquiátrica, iluminado por una exquisita y lúcida erudición, para luego retornar con su antorcha encendida en los territorios de la estética con un saber asimilado para enriquecer la psiquiatría. Si el Profesor Francisco Alonso-Fernández se refirió a ese personaje inmortal de Cervantes en su conferencia sobre El quijote, entre la psicopatología y el erotismo, lo hizo precisamente desde una rigurosa hermenéutica psicopatológica, de la misma manera que lo hace en su último libro, *El hombre libre y sus sombras* (Antropología de la libertad: los emancipados y los cautivos), donde partiendo de una reflexión filosófica muy profunda, propone como paradigma de salud mental al hombre libre mientras presenta a los cautivos, también como paradigma, pero de la pérdida de esa libertad, tan saludable como precaria y frágil. De la misma manera, las exposiciones del Profesor Jean Garrabé de Lara, sobre Psicopatología de la alucinación negativa o la Historia Conceptual de la histeria, así como la relacionada con Henry Ey y el Congreso Mundial de Psiquiatría: París-1950, revelan tanto la importancia de la clínica y su lectura epistemológica, como de la contextualización histórica de los grandes acontecimientos de la especialidad y del papel protagónico que ha representado el hombre de pensamiento en la construcción de su corpus teórico. Nuestra exposición, titulada *Sentir y percibir, umbrales y matices*, quiere referirse a la nueva concepción de la subjetividad que está surgiendo del diálogo fecundo entre las neurociencias y las humanidades que propone el pensamiento complejo.



Debe destacarse el inmenso interés que viene despertando la *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico*, excelentemente expuesta por el Profesor guatemalteco Carlos Berganza Champagnac, tanto en Mesa Redonda, como en su Conferencia Magistral titulada Perspectivas educativas y de investigación de la GLADP. La actividad fue presidida por el Profesor Luis Enrique Rivero Almanzor, Ex Presidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana que se distinguió por su incondicional apoyo a esta iniciativa. Al respecto hay que hacer notar que hoy existen alrededor de 12.000 ejemplares de la GLADP en manos de los colegas latinoamericanos, quienes le han dado una calurosa acogida en todo el continente, donde se han celebrado cantidad de simposios y talleres en los Congresos Nacionales y Latinoamericanos de Psiquiatría.

Aunque el evento tuvo un marcado sesgo antropológico y humanístico, ello no impidió escuchar excelentes disertaciones pensadas desde el avanzado discurso de las neurociencias. Fue así como los profesores Gregorio Gómez-Jaraboy Julio César Peñalver González nos presentaron una interesante exposición sobre los Parámetros psicofisiológicos en el deterioro neurocognitivo, y el Profesor José Dorazco Valdéz se refirió a Una aproximación neurofisiológica a las alucinaciones. La experiencia de la APAL en los consensos fue trabajada en las comunicaciones de los profesores Edgard Belfort, con Los consensos en América Latina; Wazcar Verduzco, con Uso de antipsicóticos en la práctica clínica y Enrique Camarena Robles con Presente, pasado y futuro de la salud mental en México.

La perspectiva antropológica de la Psiquiatría Transcultural fue abordada en un Simposio llevado a cabo por los Profesores Alejandro Patiño Román, con Etnopsiquiatría en Salvador de Bahía; Augusto Conceição, con Elementos de una psiquiatría social y cultural; Cecilia Lara, con Trastornos disociativos entre los Wixárikas y Wolfgang George Jilek, con Koro, el síndrome multicultural. Se trata entonces de un grupo de psiquiatras de praxis comprometida, respondiendo al reto de comprender su entorno socio-cultural, desde una perspectiva novedosa y crítica.

Pero la psiquiatría que nos propuso el evento, no es una de mirada lineal ni escotomizada. En ella cabe incluso la conjugación de la realidad que nos propone la literatura y el arte. De tal manera, que en el IV Coloquio de psicopatología y arte, se presentaron trabajos sobre Goya

(Francisco Alonso-Fernández), Psicopatología del Cine, Hannibal Lecter de Thomas Harris (Lucio Blanco); Homo Draculis y Pigmalión: boceto psicoliterario (Carlos Rodríguez Betancourt) y La literatura como medio de enseñanza en psiquiatría (Rafael Medina Dávalos). Todo un testimonio de cómo el pensamiento divergente, elaborado muchas veces en la penumbra y en las fronteras de la razón, es asimilado por la psiquiatría, que ha sido también definida como disciplina heteróclita, por no dejarse conjugar con arreglo a la norma común.

Bajo la presidencia del Profesor Antonio Ruiz Taviel se celebró un Simposium sobre Opciones terapéuticas en psiquiatría, con la intervención de los Profesores Sergio Gorjón Cano, con el papel de la psicodinamia en la práctica psiquiátrica; Raúl Medina Centeno, con La terapia familiar en los servicios psiquiátricos; David López Garza, con Psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT) en el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad y Miguel Balderrama Hernández, con Psicoterapia con foco en solución de problemas. Un conjunto de trabajos que testimonian una de las partes más arduas de la práctica clínica, porque el profesional ha de emplearse a fondo y desde sí mismo, haciendo uso de su capacidad intelectual, empática e interpretativa, más que de un recetario comportamental de los que recomienda una psicología chata y fácil desde otros lugares del orbe. La lección más importante del simposio es que la subjetividad jamás podrá quedar entre paréntesis. En proximidad conceptual con este coloquio ubicamos el trabajo de Valentín Corcés Pando, titulado Una aproximación epistemológica para la comprensión de la conducta humana, el de José Manuel Bailón Blancas sobre La patobiografía como elemento del conocimiento psiquiátrico y el de Ángeles Roig Moliner, sobre La historia: ¿Cuadro nosológico o patogenia?

Pero así como hubo oportunidad para la reflexión densa y el debate de lo novedoso, lo hubo también para el encuentro fraterno de dos regiones de Latinoamérica con un viejo país de Europa. No sólo desde los centros de poder se piensa y se construye saber. Es legítimo afirmar cómo el sabor cotidiano de la parroquia impregna y asimila lo universal sin ningún complejo. Por primera vez, que sepamos, se da un encuentro de esta naturaleza entre nuestros pueblos. El Encuentro Franco-Carabobeño-Jalisciense de Psiquiatría, subtítulo como El despertar histórico de las regiones, ofreció la posibilidad de un diálogo próximo



y enriquecedor. Se leyeron trabajos que permiten identificar y debatir problemas y desarrollos comunes. Jean Garrabé de Lara, quien por esos azares de la vida, también tiene raíces remotas en Carabobo, se refirió a Henry Ey, como ya comentamos en un párrafo de más arriba; Carlos Rojas Malpica y Néstor de la Portilla presentaron su Bosquejo histórico de la psiquiatría carabobeña y la Escuela de Valencia, luego Néstor de la Portilla leyó su inquietante trabajo sobre La psiquiatría de lengua española en el siglo XXI; seguidamente Sergio Altamirano Morales disertó sobre Psiquiatría y carácter social en el México del siglo XX y cerró la sesión, Ignacio Ruiz López, con Los tratamientos psiquiátricos en México del siglo XV al XX. De todas maneras, tampoco hay necesidad de justificarse demasiado: en estos tiempos de globalización hegemónica, no se puede concurrir sin nada a los debates, pues parece ser que ya todos somos periferia de un solo centro de poder.

Con el mismo entusiasmo expresado en el párrafo anterior, saludamos la iniciativa de la Universidad de Guadalajara, de editar el texto *Voces de la Psiquiatría. Los precursores*, del Profesor Sergio Javier Villaseñor Bayardo. El mismo constituye una contribución al conocimiento de la historia de la psiquiatría de Jalisco, que de alguna manera trasunta la historia universal. La forma y manera como se fue integrando en Jalisco el saber universal, así como las aportaciones que en ese proceso de asimilación hicieron los protagonistas del texto, se dejan leer como un fascinante reportaje de primera mano donde se recogen, no sólo las voces de los precursores, sino también sus producciones científicas, documentos fundacionales y opiniones personales. Resulta especialmente interesante el papel del Grupo Gharma y su Revista en la conformación del pensamiento fundante de la psiquiatría jalisciense contemporánea, que hoy por hoy, ya tiene una vigorosa voz propia y una obra con que presentarse al debate de estos tiempos.

El evento previó momentos para el reconocimiento y la ternura. La calidez se hizo presente en la Sesión de Homenajes de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco. Bajo la delicada orientación de la Dra. Adriana Rivas Anguiano, Maestro de ceremonias de la sesión, se entregaron reconocimientos a los Profesores Jean Garrabé de Lara, Francisco Alonso-Fernández, Héctor Pérez-Rincón G, Alejandro Díaz Martínez, Rafael Galindo Jiménez y Sergio Gorjón Cano. Y ya, en la Sesión de Clausura, todos a la una, reconocimos el papel de Sergio Villaseñor



Bayardo y su equipo de entusiastas colaboradores, en la realización de este evento en el que la Psiquiatría respondió a los retos que le plantea el siglo XXI en un hermoso ejercicio de autopoyesis.

Dr. CARLOS ROJAS MALPICA
Dr. NÉSTOR DE LA PORTILLA GEADA



Conferencia magistral inaugural





FRANCISCO ALONSO-FERNÁNDEZ¹

El Quijote, entre la psicopatología y el erotismo

I

SANCHO PANZA O EL CEREBRO RESCATADO

Vamos a hacer aquí abstracción de Sancho Panza. Pero no sin llevarlo a efectuar un mutis con todos los honores, porque Sancho encarna nada más y nada menos que el cerebro rescatado de esta grandiosa novela. El gesto beatífico del hidalgo Alonso Quijano de ir a visitar a su vecino más humilde y paupérrimo para extraerlo del establo, desanimalizarlo y convertirlo en un compañero de fatigas, el hermano de aventuras, representa, a mi modo de ver, el sentido social más profundo del Quijote, un sentido que otorga al hidalgo méritos de santidad.

La respuesta de Sancho a su incorporación a la vida social es gigantesca. Sancho, un pueblerino refranero en el *Quijote I*, hasta glotón y zopenco, se convierte en el *Quijote II* en un personaje ingenioso sobre el que llueven toda clase de halagos. Su modo de expresarse es objeto de elogios en el texto, de los que seleccionamos estos tres párrafos:

¹ Catedrático Emérito de Psiquiatría. Académico. Director del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española. Doctor Honoris Causa. Profesor Honorario por once Universidades.

-Vos, hermano Sancho –dijo Carrasco– habéis hablado como un catedrático (II,4).

-Hízolo así Don Quijote, pareciéndole que las razones de Sancho más eran de filósofo que las de mentecato (II, 59)

-Voto a tal –dijo un labrador que escuchó la sentencia de Sancho–, que este señor ha hablado como un bendito y sentenciado como un canónigo (II, 66).

Esta radical transformación de Sancho la he percibido yo mismo como un parangón en el curso evolutivo de la tragedia griega. El Sancho de la primera época era como la voz del pueblo, al modo de un coro polifónico simplón y sencillote, el coro inspirado en el espíritu dionisiaco, sobresaturado de simplicidad, primitivismo, vitalidad y espontaneidad. Sobre este inicio dionisiaco y popular se produjo el nacimiento de la antigua tragedia griega. Así, apegado a una conducta de candidez y llaneza, nació también Sancho en las páginas del Quijote.

La tragedia griega entró en la fase de decadencia y ruina cuando de la mano de Eurípides se deslizó hacia la racionalidad más socrática que apolínea. El intelectualismo la destruyó. La mente de Sancho al entrar en una fase de hombre social y libre, por el contrario, ascendió de un modo vertiginoso impulsado por el aprendizaje autodidacto de la vida, y llegó a perfilarse como una especie de Sócrates analfabeto.

Sócrates emergió en el océano de la racionalidad, sustentado por un discurso verbal razonado y comprensible, para poder ser comprendido. Tal fue el santo y seña del socratismo literario. Sócrates fue uno de los últimos genuinos representantes de la cultura oral. Pues bien, la palabra romántica fue asumida de un modo pleno por Sancho dado que comenzó a acompañar al hidalgo qui jotizado en su tercera salida.

Así dejamos de lado a Sancho, con inmensa pena, porque representa el tercer registro esencial del Quijote –los otros son el qui jotismo, o sea una combinación de espiritualidad y erotismo, la psicopatología principalmente representada por el delirio y el hidalgo delirante–, no sin reivindicarle como un personaje que a través de su acelerado proceso de socratización, dejó acreditado de sobra que lejos de tener un pelo de tonto, bobo, idiota, necio, bellaco o delirante, lo que tenía dentro de sí era “un sócrates analfabeto encerrado”, presto a manifestarse tan pronto como abandonase el establo.



II

LA AUTOMETAMORFOSIS DELIRANTE DEL HIDALGO DE LA MANCHA

El *Quijote*, escrito con una genial pluma motivada por llevar la ironía a cuestiones fundamentales de la vida, para hacer pensar y divertir, como si fuera una parodia de la vida de su tiempo, se inicia con la transfiguración de un aburrido y modesto hidalgo manchego, Alonso Quijano, en un espléndido caballero andante, que se hizo llamar Don Quijote, poseído por el delirio de la falsa identidad de sí mismo.

Pero el cambio no sólo afectó a la identidad del hidalgo, sino a todas sus cualidades físicas, psíquicas y sociales, constituyendo una autometamorfosis total, un delirio de autometamorfosis, quedando sólo excluida de esta transformación personal global la condición humana y el género masculino.

Se trataba de una metamorfosis con suerte megalómana, puesto que tomó el rasgo de ganancia y engrandecimiento, en su conjunto personal, que comprendía la subjetividad psíquica y física, la conducta social y la identidad.

Recién instalado en su nueva identidad de caballero andante, el hidalgo se metamorfoseó en un sujeto valiente y audaz, hercúleo y lindo, afamado y moderno: “De mí sé decir que después que soy caballero andante, soy valiente, encuadrado, liberal, bien criado, generoso, cortés, atrevido, blando y paciente”. Casi no existe un rasgo humano de valor positivo que le sea ajeno. Todas las características adquiridas en su repentina autometamorfosis, poseen el denominador común del esplendor y la grandiosidad. Para cualquier observador la nueva imagen del hidalgo está impregnada de fanfarronería y arrogancia. El gran bocazas del reino afirma una y otra vez valer por ciento y ser el más valeroso caballero de toda la tierra.

Este delirio de autometamorfosis megalómano global, o sea un delirio de grandezas de falsa identidad de sí mismo, se instaura al tiempo que el estilo de vida apacible y monótono del hidalgo deja paso a una desorbitada conducta inquieta, entrometida, charlatana o locuaz, dominada por la euforia con arranques de irritabilidad y asaltada por un tropel de ideas y fantasías, la incapacidad de dormir, un cuadro clínico tipificado como un estado hipomaniaco, o sea un grado de manía o hipertimia moderado.

La productividad imaginativa del hidalgo se hizo desbordante, sobre todo en el sentido de plasmar algunos de sus deseos de siempre, como el de ascender al rango de valeroso caballero, y como en esta exhuberancia imaginativa no encontró el freno o el control de la autocrítica, tales fantasías desiderativas, perfiladas como un yo ideal, fueron asumidas por él como convicciones reales, con lo que cayó en las redes de un delirio imaginativo megalómano.

El enfrascamiento en la lectura de libros de caballerías no fue la causa del deliro del hidalgo, sino uno de sus primeros síntomas. Resulta una broma casi pesada atribuir a la pasión por los libros la capacidad de volver a uno loco.

Coincidiendo con la entrega a la lectura incesante, “las noches de claro en claro y los días de turbio en turbio” (I, 1), el hidalgo cambió el horario y de modo de vivir, descuidó la administración de su casa, entró en la venta dispendiosa o pródiga de algunas de sus propiedades para poder adquirir libros de caballerías y fue abandonado por el mundo nocturno. De suerte que cuando prendió en él la afición por la lectura cabalresca, fue con el objeto de acumular documentación específica sobre su nueva identidad de caballero andante, o sea un producto integrado de la avanzadilla sintomatológica de un cuadro hipomaniaco delirante.

Muchas veces me he preguntado ¿cómo se le ocurrió a Cervantes atribuir a la afición a la lectura un efecto tan nocivo como la irrupción de la locura, cuando él mismo se había declarado un aficionado volcánico a leer?. En mis elucubraciones he barajado varias posibles pretensiones: la de gastar una broma inocente al lector, la de reforzar el rechazo popular de los libros de caballerías o la de complacer a los enemigos eclesiales de los libros y congraciarse con los inquisidores. En cualquier caso, la idea de volverse loco a causa de la entrega desmedida a la lectura ya se encuentra en *El examen de ingenios*, libro de Huarte de San Juan.

Uno de los máximos aciertos psiquiátricos de quien acreditó méritos más que suficientes para ser respetado como el doctor en psiquiatría Miguel de Cervantes fue haber precisado que el hidalgo recuperó el equilibrio mental a los pocos días de haber sido afectado por una enfermedad somática febril. La mejoría experimentada por una alteración psíquica a instancia de la influencia ejercida por un proceso febril es una incidencia conocida de antiguo. Además, en la práctica psiquiátrica, la provocación de accesos de fiebre mediante la inyección de preparados de



azufre o de vacuna antitífica fue una terapia utilizada para el tratamiento frecuente de los cuadros psicóticos dominados por la inquietud o la agitación hasta el advenimiento de la medicación neuroléptica hace casi cinco décadas. Este método terapéutico está registrado en los manuales psiquiátricos con la denominación de “piretoterapia”.

El hidalgo quijotizado proyectó sobre el entorno el delirio de falsa identidad de sí mismo mediante falsas identificaciones de personas, objetos, animales y situaciones, contribuyendo un pintoresco repertorio de engaños y errores, entre los que sobresalen las modalidades siguientes:

- El fenómeno Capgras que consiste en no reconocer a una persona conocida. Este desconocimiento persistente fue flagrante cuando tomó en una secuencia a su amigo el bachiller Germán Carrasco por otro que se le parecía y cuando en otro pasaje creyó que el cura y el barbero eran otras personas que habían tomado esa apariencia por obra de algún encantador mágico.

- El fenómeno de autometamorfosis, reflejado en la atribución a una persona de cambios de personalidad múltiple, como ocurrió con su vecino el labrador Pedro Alonso, visto primero como el marqués de Mantua y después como don Rodrigo de Narváez.

- La transmutación delirante de objetos: la confusión de la venta con un famoso castillo (I, 3); la confusión de los molinos de viento con desaforados gigantes, de brazos tan largos como casi dos leguas (I, 8); la conversión imaginaria de dos manadas de ovejas y carneros en dos ejércitos enemigos en pose de combate (I, 18), amén de otros errores semejantes.

Algunos de estos errores delirantes de identificación de objetos o de animales fueron debidos en principio a la presentación de una ráfaga alucinatoria. Pero el engaño se mantuvo después de recuperar la percepción normal y así, por ejemplo, Sancho no pudo sacarle de la convicción de que los molinos eran molinos y no gigantes, y argumentaba que “aquel sabio Frestón, que me robó el aposento y los libros, ha vuelto estos gigantes en molinos, por quitarme la gloria de mi vencimiento...” (I, 8).

El hidalgo se creía envuelto por una red persecutoria de sabios y magos que realizaban encantamientos en una sola idea de transformar las personas, los objetos y las situaciones, con ánimo de perjudicarle, sea

poniendo a prueba su capacidad caballeresca, sea ocasionándole fracasos y desventuras. Este delirio persecutorio de encantamiento ya se inició antes de realizar la primera salida, cuando todavía no era armado caballero, pasando el hidalgo entonces, según el testimonio de su sobrina, varias noches combatiendo a golpes de espada a sus supuestos enemigos. Este delirio persecutorio no sólo no se oponía al modo de contradicción con la megalomanía de un sistema delirante autometamorfósico, sino que lo ratificaba, al sentirse el hidalgo un personaje importante para contar con enemigos encantadores tan poderosos. El tremendo poderío de sus enemigos confabulados contra él era la mejor demostración indirecta del notable relieve social de su propia persona.

El delirio imaginativo del hidalgo llegó a expandirse por doquier con la convicción de que el mundo estaba encantado y sujeto a una intermetamorfosis incesante.

Tal vez la ocurrencia delirante cósmica de máxima tonalidad megalofantástica o fantasmagórica se produjo al comentar la existencia de desplazamientos mágicos por el aire, con un recorrido de más de mil leguas en una noche y tres mil leguas en un día (I, 31). [Una legua equivale a cinco kilómetros y medio largos].

Al tiempo, este delirio de encantamiento le llevaba a afirmar con habituación que “las cosas no son lo que parecen”. Una discrepancia de la realidad percibida común interpretada como un apoyo para su punto de vista por la corriente filosófica del relativismo y el respectivismo. En mi opinión se produce aquí un grave equívoco; el *Quijote* no trata de mostrar que la captación de la realidad sea relativa, a tenor de la multiplicidad de perspectivas aglutinadas en torno a la polaridad existente entre la realidad objetiva y la subjetiva o la realidad empírica y la realidad ideal y su constelación de realidades (realidad sensible y infrasensible, realidad aparente y real, realidad percibida y pensada o interpretada, realidad objetiva y poética o histórica), sino la existencia de una abrupta derivación de la realidad empírica compartida con unanimidad o consenso, en forma de una realidad aberrante delirante, en rigor una irrealidad, producto directo de la proyección del delirio, con la complicidad de la distorsión perceptiva y del concurso indirecto de las falsas interpretaciones delirantes. Se ha tratado, pues, de dar una envoltura filosófica a un problema presentado en el *Quijote* como una cuestión psicopatológica.



Una vez constatado el diagnóstico psicopatológico de la afección del hidalgo quijotizado como síndrome maniaco delirante, la evolución rápida por este cuadro clínico nos depara la novedad—tratada con amplitud en mi libro *El Quijote y su laberinto vital*² de mostrar alguna ráfaga depresiva esporádica, un cuadro mixto maniacodepresivo (con ocasión de hacer penitencia en Sierra Morena) y su estado melancólico (mantenido durante su ensoñación tétrica y patibularia en la Cueva de Montesinos y después de su salida al adoptar una actitud de profunda inhibición). La observación de un estado hipomaniaco salpicado con sintomatología depresiva coincidente o sucesiva, ofrece una base suficiente para estimar que la afección mental del hidalgo era un trastorno bipolar.

Con vistas a diagnóstico etiológico, es preciso contar con la observación de que el trastorno bipolar obedece a un factor somático. Cuando prevalece en sus manifestaciones el cuadro maniaco, iniciado después a los 50 años, su aparición suele producirse de un modo autóctono, es decir, sin el concurso de un factor desencadenante. En todo caso, pudo haber facilitado la eclosión del cuadro maniaco, a título de circunstancia predisponente; la situación existencial del hidalgo, cerrada, vegetante, opresora y asfixiante, o sea un género de vida propicio para estallar en forma de una escapada maniaca.

El aburrimiento existencial propio de una vida que, según Cervantes, no podía ser más ociosa, monótona y estéril, ofrece un terreno propicio para el sufrimiento de un ansia hedonista desorbitada.

La opinión de que el *Quijote* es una novela realista psicopatológica, o sea una novela confeccionada por un enfermo mental auténtico, con una omnipresencia de la problemática psíquica en sus páginas, no abriga la intención de delimitar esta obra como un texto psiquiátrico. Su almacén nuclear, ocupado por la biografía de un enfermo mental, centrada más en el campo psíquico interior en el *Quijote I* y en la conducta en el *Quijote II*, está trascendido por la temática de diversas regiones del conocimiento, en particular las siguientes: la sociedad, la cultura, la historia, la ciencia, la literatura, la filosofía, la moral y la religión. Su carácter intrínseco de novela polidimensional resulta, pues, evidente en una trama donde se entremezcla lo real y lo irreal protagonizada por un enfermo mental que ofrece la particularidad de ser un loco lúcido.

² *El Quijote y su laberinto vital*. Anthropos, Barcelona, 2005.

III

EL QUIJOTISMO O LA PURA ESPIRITUALIDAD

El espiritualismo del *Quijote* está constituido por un idealismo cervantista que se viene denominando “quijotismo”. La estructura del quijotismo es un ideario apasionado de justicia y equidad, reforzado con la ambigüedad de hacer el bien en toda oportunidad. Su sentido de justicia se sitúa por encima de la ley y se extiende a toda clase de personas, otorgando la prioridad a los más menesterosos y precisados de protección, como los huérfanos, las doncellas, las criadas y las damas abandonadas. La doctrina del quijotismo era, en verdad, una ideología de justicia *sui generis*. Y ahora caigo en la idea de que todas las justicias tienen mucho de *sui generis*, pero la del quijotismo ha sido una de las más particulares. Aunque más dogma de confianza que la justicia burocratizada confinada en los despachos y sometida al parangoneo comparativo de los alcaldes, los gobernadores y los corregidores, que llevó a Cervantes a la desesperación y por tres veces a la cárcel, la justicia quijotil tampoco brillaba a gran altura.

El hidalgo andantesco se sentía como la encarnación de la moralidad y la rectitud, alguien capaz como ningún otro de discernir el bien del mal, y él, particularmente, se quedaba con el bien. Estaba convencido de que a su conducta justiciera no le alcanzaba la jurisdicción terrenal al disponer de la bula propia de la caballería andante. “Calla –dijo Don Quijote (a Sancho)– ¿y dónde has visto, o leído jamás, que caballero andante haya sido puesto ante la justicia, por más homicidios que hubiese cometido?” (I, 10). De una manera implícita venía a confesar “la justicia soy yo”.

Una de las grandezas de esta ideología justiciera quijotista personal residía en asentarse sobre el principio de defender la libertad. Al considerar Cervantes a la libertad como el tesoro terrenal más preciado (II, 58) y como “uno de los más preciados dones que a los hombres dieron los cielos” (II, 58), se anticipa en casi dos siglos al poema del poeta romántico Novalis, el proclamador de la voluntad libre como “el reino de los cielos”.

La grandeza del comportamiento justiciero del hidalgo, era que no detenía su acción ni siquiera ante las causas justas perdidas de antemano, ofreciendo a veces un comportamiento que rayaba en lo heroico. Su inspiración partía, a la vez, de lo andantesco albergado en



los libros de caballería, y de lo caballeresco proporcionado por el estilo de vida del caballero medieval regulado por las Ordenanzas Reales de Castilla. El compendio normativo medieval, complementado con ciertas exageraciones extraídas de los libros de caballerías, ha servido a Cervantes para diseñar el espíritu del hidalgo quijotizado, según queda acreditado en el capítulo XIII de mi libro *El Quijote y su laberinto vital*:

- El verdadero motor imparable del hidalgo quijotizado, lanzado hacia la gloria de ser el mejor caballero andante de los siglos y del mundo, fue su delirio hipomaniaco de autometamorfosis. No fue óbice para su irresistible lanzamiento a combatir gigantes y otros seres perversos la carencia de los elementos adecuados, ya que su armamento era de lo más tosco y añejo y estaba recubierto por una densa capa de óxido, y su cabalgadura era de lo más ruin y estafalario, no habituada a trotar por los caminos. Sus condiciones personales también distaban de ser óptimas, tanto por su edad cincuentona, como por acumular más pasión que sosiego y unos músculos aficionados al sedentarismo, si bien la práctica de la caza podía suponer una cierta preparación para su nuevo oficio.

- Pero, con todo ello, el gran pecado –pecado en mayúscula, mortal, mortal– cometido por el hidalgo quijotizado, fue que descuidó la práctica de las normas piadosas, prescritas por los textos medievales, entre las que figuraba la obligación del caballero de asistir a una misa diaria. Quizás tratase más delante de poner remedio penitente a esta omisión religiosa con el millón de avemarías que dicen silabeó en Sierra Morena, aunque la Inquisición no lo creyera así, y por no ser verdad (risas) lo expurgase en la segunda edición del libro *Quijote I*.

- La desorbitada entrega del hidalgo a la caballería andante debía de estar preformada en su personalidad en un doble aspecto: como un ansia propia del hidalgo a ascender a caballero, tema de su yo ideal de siempre, ideal individualizado, y como un ideal del yo, conformado por las ideas morales que marcaban la senda de cómo él creía que debía ser, en una interacción con los otros que se remontaba a sus padres. El yo ideal le movió a nombrarse caballero andante. El ideal del yo le inclinaba a contar con los demás para hacerse famoso sembrando la felicidad de los menesterosos. Mucho antes de volverse hipomaniaco y, llevado por la exaltación personal, hacerse delirante megalómano, sintiéndose capaz de todo, el hidalgo incubaba la pretensión de caballerizarse y santificarse.

El brío de la sátira corrosiva cervantina hacia este modo andantesco de administrar justicia por un adefesio anacrónico cincuentón, con unas

armas tornadas de orín y llenas de moho, no dejaba seguramente de referirse al sueño de Cervantes, de ser objeto de un trato ponderado por la maquinaria de la justicia española de aquel tiempo. De todos modos, este sueño del genial escritor nunca se vio cumplido.

La ideología ilusoria del quijotismo y su conducta justiciera no estaba libre de motivación personal. No por ello se erosiona la sublimidad y nobleza de esta ideología. Tengamos presente que hasta Santa Teresa confesaba que la predicación de un sermón “con el intento de aprovechar las almas no está tan desasido de provechos humanos que no lleva alguna pretensión de contentar, o por ganar honra u crédito”. La motivación personal integrada por el ansia de conquistar fama universal y gloria inmortal era como la recompensa recibida o esperada por la desprendida entrega solidaria y altruista a defender a los seres más desvalidos y abandonados y sembrar el bien por los caminos y las villas. En suma, el hidalgo pretendía conquistar para sí celebridad intemporal ganada en buena lid, a costa de “hacer bien a todos y fiel a ninguno” (II, 32) y de ningún modo una fama infame como la de Eróstrato, cuando incendió el templo de Diana.

El carisma emocional de la obra que fascina y conmueve al lector, como su fuese la grandeza de grandezas, unida a la noble actitud idealista del hidalgo que no se descabalgaba ante ningún obstáculo por insuperable que pareciese o fuese. En la esencia del quijotismo no cabe el propósito de abandonar la lucha por la reparación de una injusticia o la satisfacción de un agravio, ni la resignación de dejarse arredrar ante una justa causa perdida desde el principio.

El idealismo heroico del quijotismo exige ser visto con los ojos del espíritu. Si así se hace, fascina y asombra por ser un modelo de conducta sublime enfrentada, sin concesiones, a la injusticia y la contrariedad. Pero hay otros dos enfoques comunes del quijotismo. Uno de ellos consiste en resaltar el ridículo de querer revivir un pasado largo tiempo olvidado, o sea una chifladura encarnada en un inofensivo “bocazas”. El otro enfoque plantea la esterilidad del resultado obtenido por el hidalgo en su inútil lucha contra el destino.

En muchas ocasiones, dentro y fuera de nuestro país, se ha definido a los españoles como quijotes, con clara referencia al ideario del quijotismo. Pues bien, la lectura del quijotismo se despliega, según las distintas opiniones, en las tres variantes convencionales: la de la nobleza y la sublimidad –la que aquí hemos analizado– la de la chifladura y la



ridiculez, y la de la inutilidad del esfuerzo en el sentido del trabajo de Sísifo. He de reconocer por mi parte que los tres significados encajan a la perfección en el arquetipo hispánico, ya que entre los habitantes de la piel de toro abundan bastante las tres cosas.

En definitiva, la actitud idealista henchida de espiritualidad que denominamos “quijotismo” está preconizada por un hidalgo delirante, justiciero y libertador, a la vez machote protector de damas, motivado por imponer el bien universal mediante una conducta valiente, lo que le inspira la expectativa de lograr una fama inmortal y heroica.

IV

ENTRE LA FALOCRACIA, EL PLATONISMO Y LA EROTOMANÍA

En lo tocante a las relaciones entre hombre y mujer, el ideario del quijotismo se centra en la falocracia encarnada en forma del macho protector de ella, característica propia de la época, superándole en fortaleza física y moral.

Como uno de los objetivos beligerantes quijotescos preferentes, figura el de modificar el trágico destino espontáneo de las doncellas, condenadas a morir en estado de santa virginidad, con el cuerpo íntegro, como su madre las había parido, a no ser que “algún follón (holgazán), algún villano de hacha y capellina (caperuza) o algún descomunal gigante las forzase” (I, 9).

Además de la radical defensa contra los gigantazos y demás asaltantes del sexo femenino, el quijotismo falocrático extiende su amparo de las damas a velar por su honra: “Contra cuerdos y contra locos está obligado cualquier caballero andante a volver por la honra de las mujeres, cualesquiera que sean, mucho más por la reina de tan alta guisa...” (I, 25). Aprovechando la menor ocasión, el hidalgo quijotizado se complacía en presentarse como un desfacedor de entuertos y agravios, un auxiliador de las viudas, un amparador de las doncellas y un protector de los huérfanos.

La tarea quijotil de amparar doncellas no se detenía en ser un escudo contra los asaltantes de mujeres en caminos y villas, y un elegido contra la usurpación de la honra, sino que se extendía a ayudarlas, a encontrar los medios para poner fin a su virginidad por la senda del amor y evitarles la tragedia de marcharse de esta vida “a los ochenta años”, a la sepultura, como madre las había parido.

El catecismo femenino contenido en el ideario del quijotismo, desde luego machista hasta lo más, al erigirse el varón en escultor falocrático del destino de la mujer, lejos de elogiar la abstinencia sexual o venerar la castidad, se decanta por llevar a la mujer a *la isla del placer, ayudándola a dejar de ser virgen, eso sí por la vía legal del amor conyugal*. De esta suerte, la misión caballerescas en lo tocante a la población femenina se escalona en tres niveles: primero, la defensa contra el forzamiento; segundo, la protección de la honra; y, tercero, el apoyo al casamiento por amor.

La única salida digna de la mujer alienta en estas páginas, para superar los *riesgos de la doncellez, a la vez santa y maldita*, y la caída en la *barraganería* y el yugo conyugal. Teresa Panza comenta a propósito del porvenir de su hija que “mejor parece mal casada que bien abarraganada”. Cervantes deja vislumbrar así su agrado por el oficio de casamentero.

El donquijotismo alcanza su punto machista más absorbente cuando asume la tarea de proteger ya no a las damas contra el asalto masculino físico o mental o de poner fin de algún modo su forzada virginidad, sino de protegerlas contra su propia flaqueza carnal o su debilidad pasional dado que “es de vidrio la mujer”, como postula el primer verso del poema inserto en el relato “el curioso impertinente”.

Los tipos femeninos preferentes en los relatos intercalados ocupan una extensa galería variopinta, desde Marcela, la pastora liberada por sí misma del cerco masculino, hasta Camila, la adúltera por su flaqueza, hecha de vidrio quebradizo, sin omitir a Luscinda, la enamorada leal, y Azoraida, la rosa de pasión erótica. A este ramillete de mozas cervantinas, cada una con una entidad propia, la colocaremos aquí entre paréntesis para ocuparnos del erotismo presente en el hilo esencial de la novela, protagonizada por el hidalgo de la Mancha.

La sobrecarga erótica de la trama central del *Quijote*, toma una rigurosa forma espiritualizada y poética, desprovista de sexo físico o de placer carnal, dispersa en una gama de fenómenos comprendidos entre los polos del enamoramiento platónico y el delirio erotómano. Mejor sería precisar que el mundo del hidalgo estaba impregnado de una aleación de platonismo y erotomanía. En tanto, todo el mundo sabe que el amor platónico es un amor confinado en la estimación espiritual y la atracción psicofísica, la erotomanía es un concepto psicopatológico, sólo manejado por los expertos, que consiste en la creencia delirante de ser amado apasionadamente por otra persona. Mientras el contrapunto del amor platónico es la cruda lujuria física, la locura del amor casto al estilo



de la erotomanía, encuentra su oposición en las modalidades clásicas de la adicción sexual promiscua conocidas como ninfomanía y satiriasis. Conviene agregar que la erotomanía no pasa casi nunca de ser un amor platónico imaginario, dato que se cumplía con creces casi siempre en la erotomanía quijotil.

El influjo erótico ya está presente en el cambio de nombre inicial. Si el hidalgo quijotizado eligió para la nueva identidad de sí mismo el ridículo apodo de “Don Quijote”, agregando a su nombre al estruendoso sufijo aumentativo “ote”, fue llevado por la pretensión de aproximarse al nombre del famoso Lanzarote de Lago, el más envidiado caballero de la Tabla Redonda a causa de sus amores con la reina Ginebra (I, 1 y 2).

Pero para completar su dotación caballeresca le faltaba aún la dama de sus amores, su dueña y señora, porque “el caballero andante sin amores era árbol sin hojas y sin fruto, y cuerpo sin alma” (I, 1). Llevado por el propósito de cubrir con gallardía esta laguna, el hidalgo manchego, inspirado por su fantasía delirante, convirtió a una aldeana virtuosa y honesta, una moza de buen parecido, aunque analfabeta, rústica y de bajo linaje, vecina de un pueblo próximo, una tal Aldonza Lorenzo, de la que había estado prendado algún tiempo atrás, en su amada princesa y gran señora, y comenzó a llamarla “Dulcinea del Toboso”. Esta secuencia de *intermetamorfosis* fue la responsable del cambio de identidad de la aldeana, que le permitió al caballero establecer en su mente un vínculo erotómano con ella.

El delirio erotómano que ligaba al hidalgo con Dulcinea ofrecía la particularidad de estar formado por la convicción de corresponder al amor de ella con el enamoramiento propio, o sea una erotomanía de doble dirección. Esta ampliación a dos vías del delirio erotómano resultaba todavía más sorprendente por residir en un sujeto masculino, cuando la psicopatología erotómana alcanza una notoria prevalencia en la población femenina.

La pasión erotómana delirante del hidalgo hacia Dulcinea no dejó de resultar un tanto ensombrecida al entrar en competencia con la fascinación asimismo erotómana que el hidalgo creía provocar en cualquier dama próxima. Al sentirse transformado en una especie, a la vez, de Adonis y Hércules, dotado de un inmenso atractivo estético y una fuerza viril inconmensurable, no duda el hidalgo en presentarse como un atlético supernarciso:

- Tomad, señora, esa mano o, por mejor decir, ese verdugo de los malhechores del mundo; tomad esa mano, digo, a quien no ha tomado otra de mujer alguna ni aun la de aquella que tiene entera posesión de todo mi cuerpo. No os la doy para que la beséis, sino para que miréis la contextura de sus nervios, la trabazón de sus músculos, la anchura y espacialidad de sus venas; de duda sacaréis que tal debe ser la fuerza del brazo que tal mano tiene (I, 43).

Al sentirse respetado de princesas y solicitado de “doncellas” (II, 59), lamenta nuestro hidalgo el irresistible enamoramiento que provoca, en contra de su voluntad, en los sentimientos de cualquier dama próxima:

- ¡Qué tengo de ser tan desdichado andante, que no ha de haber doncella que me mire que de mí no se enamore! (II, 44).

Del hidalgo se adueñó este interrogante: ¿cómo va a ser posible que las mujeres fueran tan ciegas y frías que no sintieran arder sus vísceras abdominales al contemplar un varón tan hermoso y agraciado como yo?. Por consiguiente, el hidalgo aceptó como algo irresistible el arrebatado amoroso que acometió a las mujeres al disfrutar de su presencia.

El hidalgo universalizó de esta manera su erotomanía, pero, a excepción de Dulcinea, sin sentir él nada por la dama de turno, salvo en alguna contada ocasión. Como suele ocurrir en casi toda la casuística existente de erotomanía, se trataba de una pasión desexualizada o espiritual, o sea un amor platónico.

Tan pronto como el hidalgo advertía la presencia de una mujer ante su vista, sus ojos, más arrebatados que escrutadores, se teñían de imágenes eróticas, al estilo del amor caballeresco en su versión platónica.

Algunas veces el asalto erótico se producía sin el concurso de la presencia corporal de la mujer:

- Luego imaginó que alguna doncella de la Duquesa estaba dél enamorada, y que la honestidad la forzaba a tener secreta su voluntad; temió no le rindiese, y propuso en su pensamiento el no dejarse vencer; y encomendándose de todo buen ánimo y buen talante a su señora Dulcinea del Toboso (II, 44).

La primera impresión erotómana captada por el hidalgo se debatía entre o haber inspirado un irresistible amor a la dama con quien



conversaba o ser solicitado por una doncella embelesada. La duquesa, dejándose llevar por la burla, hizo suya la convicción erotómana general del hidalgo y le advirtió con cordialidad: “Y andad con Dios; que mientras más os detenéis, más aumentáis el fuego en los pechos de las doncellas que os miran” (II, 57).

El erotismo estaba presente en el hidalgo manchego como un plan sistemático de erotizar las relaciones humanas con el otro género.

En su intimidad se sentía el hidalgo complacido por el acoso femenino casi siempre, pero en otras ocasiones, la presión de una dama fascinada por él le producía temor ante el riesgo de ser débil y claudicar, cayendo en las redes amorosas de la dama de turno, lo que le apartaría de Dulcinea. Incluso llegó a no sentirse seguro de no ser acometido y lanzado. Tal era el furor femenino que ponían algunas damas en su empeño simulado. Para salir del trance, trataba el hidalgo de cortar de raíz la ilusión de la dama enamorada, mostrándole la imposibilidad de acceder a su pretensión, al encontrarse comprometido con Dulcinea, su dueña y señora. Este recurso le servía para ponerse a salvo no sólo de la dama en trance amoroso sino de sí mismo: “Mirad, caterva enamorada, que para sola Dulcinea soy de masa y alfeñique y para todas las demás soy de pedernal; para ella soy miel y para vosotras acíbar” (II, 44).

Ante un posible casamiento con una reina o una infanta, el rechazo del hidalgo se adorna con una imagen mitológica: “Y no digo más, no es posible que yo arrostrase, ni por pienso, el casarme, aunque fuese cual ave fénix” (I, 30).

El acoso al que le sometió Altisidora, la doncella de la duquesa, con ánimo de burlarse de él, haciendo uso de tiernas romanzas, hondos suspiros, llantos y lamentos universales, fue motivo de una respuesta tan irónica como contundente: “llore o cante Altisidora; desespérese Madama (confusión por señora)... que yo tengo de ser de Dulcinea, cocido o asado, limpio, bien criado y honesto, a pesar de todas las potestades hechiceras de la tierra” (II, 44).

En alguna ocasión llegó el hidalgo a reconocer el temor de fallar en su autocontrol y entregarse a gozar a la hermosa de turno. Tal flaqueza le acometió ante una dueña de la duquesa que entró en su aposento a medianoche, ya que “ni yo soy de mármol ni vos de bronce, ni ahora son las diez del día sino de medianoche, y aun un poco más, según imagino, y es una estancia más cerrada y secreta que lo debió ser la cueva donde el traidor y atrevido Eneas gozó a la hermosa y piadosa Dido” (II, 48).

Debe quedar especificado que el principal objeto del temor experimentado por el hidalgo, en estas circunstancias de acoso real o imaginario, era “que le moviesen o forzasen a perder el honesto decoro que su señora Dulcinea guardaba” (II, 44).

El deslumbramiento amoroso que su imagen presente o pensada producía en las damas por él le llevó a preguntarse en alguna ocasión si no andaría por el medio un sabio encantador que le tenía ojeriza y trataba de apartarle de Dulcinea. Se abrazaba sobre todo a esta idea paranoide cuando la fascinación de la dama cobraba un grado extremo real o imaginario. Llegó a pensar entonces el hidalgo si un impacto amoroso de tal envergadura que hacía temblar hasta su voluntad no sería obra del diablo o de algún mago encantador con el propósito de ponerle en trance de traicionarse a sí mismo: “¿quién sabe si el diablo, que es sutil y mañoso, querrá engañarme con una dueña lo que no ha podido con emperatrices, reinas, duquesas, marquesas ni condesas?” (II, 48).

La interpretación paranoide del asunto le orientó en alguna otra ocasión como un intento de quedarse con su amor, por parte de la enamorada dama, tal vez movida por el resentimiento contra Dulcinea: “¡que tengo de ser tan desdichado andante, que no ha de haber doncella que me mire que de mí no se enamore!... ¡que tenga de ser tan corta de ventura la sin par Dulcinea del Toboso, que no la han de dejar a solas gozar de la incomparable firmeza mía!... ¿qué la queréis, reinas?, ¿A qué la perseguís, emperatrices?, ¿Para qué la acosáis, doncellas de a catorce a quince años?, Dejad, dejad a la miserable que triunfe, se goce y ufane con la suerte que Amor quiso darle en rendirle mi corazón y entregarle mi alma” (II, 44).

La infidelidad se cierne sobre el hidalgo como una sombra tentadora cuando especula con Sancho sobre el casamiento de un caballero con la hermosa hija de un rey (I, 21). Y tal sombra infiel cristaliza como una realidad, hasta con pasión carnal y todo, cuando el hidalgo se siente corresponder con su amor al enamoramiento de la linda y gentil hija del ventero (I, 16, 17). Una complicada aventura vivida por el hidalgo, con un encuentro nocturno engañoso, sin que la pizpireta moza hubiese tomado conocimiento de nada.

Todo el tropel de creencias erotómanas profesadas por el hidalgo quijotizado en torno al enamoramiento irresistible provocado en las damas con su deslumbrante y maravillosa figura, se eclipsa ante la ocurrencia erotómana, sostenida e inamovible, vinculada a Dulcinea, la



única dama de sus pensamientos, mientras la creencia de provocar una atracción platónica irresistible se adscribía al género de las interpretaciones delirantes, en este caso inspiradas y apoyadas por su autometamorfosis en un adonis, pletórico de hermosura y gracia varonil, la convicción delirante erotómana, asimismo platónica, hacia Dulcinea partía de una ocurrencia imaginaria delirante, al modo de un complemento del delirio de autometamorfosis. La ocurrencia delirante es una convicción más central y primaria que la expansión del delirio producido por las falsas interpretaciones, y al tiempo un fenómeno más estable y sostenido con mayor firmeza.

El delirio erotómano proyectado sobre Dulcinea se componía de una ocurrencia delirante de estructura bimembre, o sea formado por estos dos eslabones: primero, cambiar la identidad de la aldeana metiéndola a un proceso de intermetamorfosis idealizada, o sea una idealización intermetamorfósica; segundo, sentirse vinculado a esta persona inventada por un lazo erótico centrípeto y centrífugo.

El amor platónico hacia Dulcinea era para el hidalgo como la guinda espiritual y romántica de caballero andante. Él mismo la vivía a su amada como el motor de su alma y la energía de su cuerpo. Varias veces se le oyó decir que él sin Dulcinea no era nada.

Cuando emprendía una arriesgada aventura, como la de atacar los molinos de viento trocados en gigantes se encomendaba de todo corazón a su señora Dulcinea “pidiéndole que en tal trance le socorriese” (I, 8). Con ser muy grandiosa la inyección de poderío transmitida por Dulcinea al hidalgo, todavía se remontaba más a las alturas su belleza mayestática. A un lado quedaban eclipsadas todas las mujeres, hasta Helena, la de Troya (I, 21). “Para mí, solo Dulcinea es la hermosa, la discreta, la honesta, la gallarda y la bien nacida, y las demás, las feas, las necias, las livianas y de peor linaje” (II, 44).

La detallada descripción morfológica que de Dulcinea hizo su enamorado galán, llevado por la idealización de la dama³ es digna de ocupar un lugar de honor en la antología de retratos femeninos cual si fuera la mismísima diosa de la belleza. He aquí algunas muestras de su hermosura sobrehumana: cabellos de oro; cejas, arcos del cielo; ojos, soles; mejillas, rosas; labios, corales, perlas sus dientes, alabastro su cuello, mármol su pecho, marfil sus manos.

³ La idealización consiste en investir la imagen de otro con cualidades del ideal del yo. De este modo conseguimos ver en el otro, lo que más adoramos, o sea el ideal del yo.

Entre las modalidades de enfermedad psiquiátrica puede determinarse la aparición de un delirio erotómano, figura en un lugar destacado el cuadro maniaco, sobre todo en un nivel atenuado, conocido como hipomanía. Ello se debe a que la exaltación imaginativa, descabalgada de la autocrítica, fenómeno habitual en los casos hipomaniacos y maniacos, se vuelca sobre la temática psicosexual o erótica, a causa del desbordamiento libidinoso suscitado por la exaltación vital.

Una incógnita llena de interés es el modelado del incremento libidinoso hipomaniaco del hidalgo en forma de un delirio erotómano platónico o desexualizado, cuando lo habitual en este tipo de enfermos es su cristalización en forma de una conducta hipersexual. La platonización o desexualización del libidinoso circundante en el hidalgo quijotizado puede haberse debido al freno ejercido por el celibato del hidalgo, responsable de un largo desentrenamiento sexual, asociado con una edad avanzada y con el desgaste de energías ocasionado por la dedicación a la práctica caballeresca en pro de la justicia y la libertad.

La aventurada suposición de otorgar algún papel causal al enamoramiento platónico en la determinación del cuadro hipomaniaco, es un dato incompatible con los conocimientos científicos actuales sobre la etiología de este trastorno psíquico. Ya hace ciento veinte años, el psiquiatra catalán Pi y Molist dejaba el asunto sagaz sentenciado: “El hidalgo no enloqueció de enamorado, sino que, por loco, cayó en la cuenta de que había de enamorarse”.

Este problemático dilema lo compartía la reina Juana de Castilla, figura histórica que ha sembrado dudas entre ser una mujer poseída por la pasión del amor y atenazada por “una locura de amor”, o ser una enferma mental víctima de “un amor de locura”. La pasión amorosa mórbida fue un sufrimiento compartido, *mutatis mutandis*, por el hidalgo quijotizado y Juana de Castilla. La particularidad de Juana es que su historia clínica y su historia amorosa comenzaron al mismo tiempo, de suerte que la noche de bodas sirvió de escenario a la irrupción de una “psicosis nupcial”, que a partir de entonces evolucionó como un grave proceso esquizofrénico, según dejé acreditado en mi obra sobre los Austrias españoles. En cambio, toda la parafernalia sintomática del delirio erotómano del hidalgo se puso en marcha cuando el episodio hipomaniaco había dejado plasmado con toda claridad su presencia ya al inicio de la novela mediante un reguero de síntomas, bastante fácil de



detectar, como la inquietud, la locuacidad, la prodigalidad en los gastos y el insomnio.

A partir de entonces se desata la fantasía del hidalgo y se establece el cambio de identidad y la metamorfosis delirante. Surge así la figura de don Quijote, una criatura ficción de ficción, inventada por el hidalgo manchego Alonso Quijano. El engaño de suplantar al hidalgo por don Quijote se transmite al lector convirtiéndole como en un delirante inducido. Tal encumbramiento realista de una criatura de papel constituye una broma tendida por Cervantes al leyente del texto, hasta el punto de que quien aparece en el título del libro y muere en estas páginas es don Quijote y no el hidalgo.

El genial escritor se la jugó cuando llevado por su sentido del humor convirtió a don Quijote en el personaje real de su novela. Tanto creció la fama de la criatura “ficción de ficción”, *ficción metaliteraria*, que además de usurpar la personalidad al hidalgo manchego, ha usurpado un sinfín de homenajes y un torrente de gloria a su creador. Por ello, hoy tenemos que lamentar que la figura de don Quijote sea más conocida en el mundo que el genial Miguel de Cervantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso-Fernández, F: *Historia general de los Austrias españoles*. México/Madrid. Fondo de Cultura Económica, 2ª edición, 2001.
2. Alonso-Fernández, F: *El Quijote y su laberinto vital*. Barcelona, Anthropos, 2005.
3. Alonso-Fernández, F: *El Quijote, entre la usurpación y el delirio*. Madrid, Fundación Aventis, 2005.
4. Alonso-Fernández, F: *El hombre libre y sus sombras*. Barcelona, Anthropos, 2006.
5. Barbier, D: *Don Guicho Hisme et la psychiatrie*. París, Privaneu, 1987.
6. Castro, A: *El pensamiento de Cervantes*. Barcelona, Editorial Crítica, 1987.
7. Cervantes, M: *Las mujeres del Quijote*. Madrid, López del Arco, 1905.
8. Espino, C: *Mujeres del Quijote*. Madrid, Tripaldi, 2005.
9. Pi y Molist, E: *Primores del Don Quijote*. Barcelona, Imprenta Barcelonesa, 1886.
10. Salazar, J: *El mundo social del Quijote*. Madrid, Gredos, 1986.





V Coloquio Franco-Mexicano: La percepción de las alucinaciones





PROF. JEAN GARRABÉ DE LARA¹

Psicopatología de la alucinación negativa

En una nota de pie de página a su *Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños*, nota que por cierto no he encontrado en la traducción española de López Ballesteros y Torres escribe Freud: “añado que un intento de explicación no debería atacarse a la alucinación positiva sino a la negativa”.

No voy a intentar explicar los que constituye el nudo gordiano de la psiquiatría, el problema de las alucinaciones, si no a exponer a que corresponde esta noción de alucinación negativa de la que hablan muy poco o nada los tratados de estos últimos años.

El primero en describir el fenómeno sin nombrarlo fue Alexandre Bertrand, el primero en la opinión de Pierre Janet en emprender el estudio científico del “magnetismo animal”. Lo hace en su *Traité du somnambulisme et des différentes modifications qu'il présente* (1) publicado en 1823 o sea cuando ya se han abandonado las ideas de Franz-Anton Mesmer(1734-1815) sobre el magnetismo animal.

En 1884 Hippolyte Berheim (1840-1919) emplea para designar este fenómeno la expresión “alucinación negativa”. En su libro sobre *La sugestión* (2) y en el siguiente, en que aparece por primera vez en el título

¹ Président d'honneur de l'Evolution Psychiatrique.
Président de l'Association pour une Fondation Henri Ey.

la palabra "psicoterapia", (3) expone Bernheim que se puede mediante la sugestión impedir a un sujeto en estado hipnótico ver un objeto que esta sin embargo en su campo perceptivo; es una alucinación negativa. Así mismo la sugestión permite a un sujeto en estado hipnótico reconocer un objeto que no esta presente en su campo de percepción: es una alucinación positiva. Corresponde esta ultima a la definición clásica de la alucinación por Esquirol: "percepción sin objeto".

Berheim da en sus libros numerosos ejemplos de alucinaciones negativas, estando siempre el sujeto en un estado de trance hipnótico.

¿O PERCEPCIÓN INCONSCIENTE?

En la *Revue philosophique* de Enero de 1885 Alfred Binet (1857-1911) y Charles Ferré (1852-1907) criticaron la elección del termino "alucinación" en este caso. Binet en su libro sobre *Las alteraciones de la personalidad* (4) señala que lo que se produce con la sugestión hipnótica es una forma de un síntoma de la histeria, la "anestesia espontánea"; Relata varios experimentos que permiten demostrar "que el objeto invisible ha sido en realidad percibido y propone el termino de "anestesia sistemática" o lo que me parece más adecuado de "percepción inconsciente".

Esta controversia entra de pleno dentro del debate sobre la utilización de la hipnosis en el tratamiento de la histeria que a fines del siglo XIX opone la escuela de Nancy, capitaneada por Bernheim y la de la Salpêtrière capitaneada por Charcot, debate que va a interrumpir la muerte repentina de este ultimo en 1893.

Comprenderéis fácilmente el interés que despertó en Freud la idea de una percepción inconsciente, estaba entonces no descubriendo el inconsciente como tal, empezando por el mismo, se ha dicho -el inconsciente se conocía ya como lo demuestra precisamente esta idea de Binet de un percepción inconsciente, sino descubriendo otro modo de explorarlo diferente de la hipnosis utilizado hasta entonces, el psicoanálisis.

Mucho de lo que estoy exponiendo ha sido recogido por Henri F. Ellenberger (1905-1993) en su libro *The Discovery of the unconscious* que lleva como subtítulo que no hay que olvidar *The History and Evolution of Dynamic Psychiatry* (5) ya que se trata de temas de investigación propios de la psiquiatría dinámica.



LA DINÁMICA ALUCINACIÓN NEGATIVA-ALUCINACIÓN POSITIVA

El paso siguiente lo va a dar el suizo Auguste Forel (1848-1931), sin duda el personaje más pintoresco de los grandes maestros de la psiquiatría mundial. Formado en Munich nada menos que con Bernhardt von Gudden (1824-1886) que el Rey loco Luis II de Baviera arrastró en su suicidio, dedica su tesis doctoral en 1877 al estudio de la región subtalámica, conocida en neuroanatomía como zona de Forel.

Nombrado profesor en Zurich y director del Burghölzli en 1879 tendrá como alumnos entre otros a Adolf Meyer (1866-1950), fundador de la psiquiatría dinámica norteamericana moderna y a Eugen Bleuler (1857-1939). Siendo ya profesor Forel fue a iniciarse en la hipnosis con Bernheim en Nancy para poder introducir el método en la prestigiosa institución que dirigía; en 1889 adelantó la idea que la alucinación negativa puede ser el origen de la alucinación positiva, o sea que el sujeto percibe un objeto que no existe en vez del objeto real que no percibe. Forel amplía esta visión psicodinámica de la relación alucinación negativa/alucinación positiva estudiada en el sujeto hipnotizado a las psicosis. Por eso no es de extrañar que en su famoso libro *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* (1911) Bleuler cite un artículo de su maestro en *Zitschrift für Hypnotismus* una de las muchas revistas que ha fundado este investigador polifacético.

La obra científica de Forel culmina cuando ya casi octogenario publica los cinco tomos de *Le Monde social des fourmis du globe comparé à celui de l'homme* (6). Confieso que no los he leído integralmente pero supongo que no nos dice nada de las alucinaciones negativas o positivas en las hormigas a pesar de que haya recorrido el mundo entero para comparar la organización social de estos insectos himenópteros con la de los hombres que viven en las mismas regiones.

LA ALUCINACIÓN NEGATIVA EN LA OBRA DE FREUD

Freud que conocía perfectamente las publicaciones de los autores que acabo de nombrar habla constantemente del fenómeno de la alucinación negativa en sus obras desde 1895 hasta 1917 o sea en la época en que lo que estudia es la relación consciente/inconsciente, la llamada de la primera tópica.

Ya en los *Estudios sobre la histeria* Breuer habla de este fenómeno a propósito de Anna O que no reconoce, como si no lo viese un médico llamado en consulta, seguramente el propio Freud y este relata que Bernheim había provocado en una enferma en somnambulismo una alucinación negativa que hacía que el mismo estaba ausente (esta enferma acabó por recordar despierta lo que aparentemente no había percibido durante el somnambulismo).

En 1901 en su *Psicopatología de la vida cotidiana* Freud da cuatro ejemplos de alucinaciones negativas, fenómenos vividos por el mismo lo que indica que no los considera como patológicos en si y que son el resultado del auto análisis que está entonces llevando a cabo.

En uno de ellos cuenta como yendo a visitar a su hermano Alejandro en Holanda no vio el cartel que en la estación de Colonia indicaba cual era el tren para Rotterdam y tuvo que pasar por Ámsterdam, aprovechando este contratiempo para ir a ver en esta ciudad los cuadros de Rembrandt; luego recordó que había visto el anuncio del tren para Róterdam sin percibirlo. Es fácil interpretar que deseaba más ver estas obras de arte que visitar a su hermano;

En 1905 en una de sus *Cinco historias clínicas. Análisis de una histeria o el caso Dora* (7) cuenta Freud: “Comencé la investigación con un pequeño experimento...Encima de mi mesa había casualmente un cerillero de amplias proporciones. Pedí a Dora que observase si sobre la mesa había algo desacostumbrado. No vio nada”. Esta alucinación negativa se produce cuando Freud va a interpretar un sueño de incendio que ha impresionado mucho a la enferma.

En 1907 en *El delirio y los sueños en la “Gradiva” de W. Jensen* (7 p.589) Freud señala el fenómeno a propósito de Norberto Hanod, el héroe de la novela de Jensen que “según la dolida acusación de la muchacha tenía el don de la” alucinación negativa”, o sea el arte de no ver ni reconocer a las personas que ante él se hallaban, tiene que poseer el conocimiento inconsciente de todos estas circunstancias que a nosotros son reveladas mucho más tarde (7 p. 619). Esta frase de Freud nos recuerda la opinión de Binet que se trata de una percepción inconsciente.

La publicación de la traducción francesa del ensayo de Freud sobre la Gradiva apasionó a los surrealistas parisinos inspirándoles numerosas obras de arte que pudimos admirar en una exposición en el Museo Reina Sofía de Madrid. Personalmente pienso que ha contribuido al descubrimiento por Salvador Dalí (1904-1989) de su famoso método



paranoico-crítico que empieza por la falta de percepción consciente de la realidad, la "alucinación negativa", para llegar a percibir la surealidad inconsciente que se esconde tras de ella y que es la que representa el pintor.

Freud habla de alucinación negativa por última vez en 1917 en su *Adición metapsicológica a la teoría de los sueños* (7. p. 1086). Escribe nos limitaremos a anticipar la hipótesis de que la alucinación consiste en una carga del sistema Cs. (P.), carga que no es efectuada como normalmente sucede desde el exterior sino desde el interior y que tiene por condición el avance de la regresión hasta este sistema, superando así el examen de la realidad". Aquí esta la nota de pie de página de la que hablé al principio y que no he visto en la traducción española de sus obras pero puede ser que haya sufrido de una alucinación negativa.

En sus obras posteriores que corresponden a la segunda tónica del aparato psíquico, la del Yo (Ich) consciente, del Ello (Es) y Superyo (Über-Ich) inconscientes, Freud habla de "Verleugnung", en español "renegación," mecanismo que consiste en el rechazo por el sujeto de reconocer la realidad de una percepción traumatizante.

LA "ESCOTOMIZACIÓN"

En 1926 un psiquiatra francés René Laforgue (1894-1962), el primero en redactar una tesis doctoral sobre la esquizofrenia desde un punto de vista psicoanalítico y uno de los fundadores de la sociedad L'Évolution psychiatrique, hizo la propuesta de introducir la noción de "escotomización" para hablar de esta negación de parte de la realidad por el Yo (8). Forja la palabra con el vocabulario de la oftalmología en que "escotoma" significa la pérdida de la visión en una zona circunscrita. Merece la pena subrayar que se habla de escotoma negativo cuando el sujeto no percibe esa pérdida y que solo la descubre el examen oftalmológico y de escotoma positivo cuando el sujeto se da cuenta de ella. Freud no aprueba esta novedad que da, sin embargo, lugar a un interesante intercambio de cartas con Laforgue y como es frecuente con el maestro vienés adopta el concepto abandonando el término propuesto por el discípulo. La palabra desaparece del vocabulario psicoanalítico y solo la siguen utilizando psiquiatras franceses que no se reclaman exclusivamente de las ideas freudianas.

EL SIGNO DEL ESPEJO

En los años veinte varios de estos psiquiatras se interesan por un síntoma muy evocador, para ellos, de una esquizofrenia incipiente que llaman “signo del espejo”. La observación clínica de adolescentes en fase prodrómica muestra que pasan largo tiempo mirando su imagen en un espejo como si no se reconociesen en ella o no se identificasen a ella. Se ha interpretado esta conducta según varias teorías, la del narcisismo, el desarrollo de la imagen del cuerpo de Schilder y el del reconocimiento del Yo por el infante. Pasa este por un estadio del espejo cuando reconoce la imagen especular de sí mismo, estadio al que el psiquiatra y psicoanalista Jacques Lacan (1901-1981) dará gran importancia. El neuro-psicólogo Jean Lhermitte (1877-1959), maestro de Julian de Ajuriaguerra (1911-1993) ha estudiado este fenómeno que llama “heautoscopia”, del griego heauton, simismo y scopein, mirar. Ajuriaguerra en su *Manual de psiquiatría infantil* trata de la heautoscopia positiva en el niño. (9) En sus *Fundamentos de la psiquiatría actual* F. Alonso-Fernández estudia conjuntamente el síndrome de Capgras o ilusión de Sosas y la heautoscopia.

LA ALUCINACIÓN NEGATIVA EN LA OBRA DE HENRI EY

En el léxico de su magno *Traité des hallucinations* (11) mi maestro Henri Ey (1900-1977) ha dado las definiciones correspondientes a las doce categorías de alucinaciones que reconoce; Dice:

alucinación.- fenómeno patológico de objetivación de lo subjetivo, definido clásica y elípticamente como “percepción sin objeto”. Es, más explícitamente, el acto inconsciente que hace que el Sujeto desorganizado en su Cuerpo psíquico sea engañado por “percepciones sin objeto que percibir”, bien sea por consecuencia de la desorganización de su Ser consciente, bien sea por consecuencia de la desintegración de sus sistemas perceptivos. De esto resulta 1° el carácter heterogéneo (anómico) de toda alucinación. 2° la necesaria clasificación de las alucinaciones en dos especies :las alucinaciones delirantes y las eidolias alucinatorias.

Esta diferenciación entre dos especies de alucinaciones fundamental en el pensamiento de Ey la conocen los psiquiatras de América latina



por las conferencias que dictó en varios países, entre otros México, en donde lo recibió el grupo antecesor de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco.

La Fundación Archivos de Neurobiología ha reeditado en 1998 los *Estudios sobre los delirios* (12), texto de las conferencias que dio en Madrid en 1949, con otra que dio en Montevideo. Intentamos ahora reeditar el libro con el texto de las que dio en Perú.

En el léxico del *Traité des hallucinations* (11) Ey da de la alucinación negativa la siguiente definición: "Ausencia de percepción de un objeto a percibir presente en el campo perceptivo". Añade: "Se trata a menudo de la imposibilidad para el sujeto de ver su examen en el espejo". O sea que hace de la heautoscopia y del signo del espejo formas de alucinación negativa.

Dedica Ey un capítulo entero de su tratado a la condición negativa de los fenómenos psicopatológicos en que desarrolla su teoría órgano-dinámica inspirada por las ideas del neurólogo inglés decimonónico Hughlings Jackson (1835-1911). Como sabéis la concepción de éste de una organización anatomo-fisiológica jerarquizada del sistema nervioso central, la función de cada nivel controlando la función del nivel inmediatamente inferior le hace postular que todo fenómeno neuropsicopatológico resulta de la dinámica entre la negatividad por pérdida de la función superior y la positividad por liberación de la función inferior. Para Ey está implicada la función la más elevada de la jerarquía, la consciencia y es la alucinación negativa la que permite la aparición de la alucinación positiva.

En el número de homenaje a Henri Ey que *L'Evolution psychiatrique* publicó en 1977, año de la muerte del homenajeado, uno de sus discípulos André Green, buen amigo mío que se ha dedicado exclusivamente al psicoanálisis, si centra también el problema en esta dinámica negativa/positiva – deberíamos decir percepción consciente/percepción inconsciente – critica esta utilización del modelo jacksoniano, por nuestro maestro común, a la relación alucinación positiva/alucinación negativa. Opina que nada indica que haya una disolución de una función de un nivel superior del sistema nervioso que permita aplicarlo a los fenómenos psíquicos. En cierto modo Green sigue fiel a la concepción freudiana del aparato psíquico en la que el inconsciente no es inferior jerárquicamente a la consciencia (13).

DESPUÉS DE 1977

Es curioso que en la literatura internacional más reciente el único artículo sobre la alucinación negativa se haya publicado en una revista de neurología y neurocirugía de lengua inglesa evocando la hipótesis de una localización cerebral del fenómeno (15)

En un coloquio sobre la *Psicopatología hoy* que organicé en París en 1989, dos colegas A. Manus y J.C.Montfort presentaron una ponencia de la que he recogido muchos datos sobre este fenómeno tan importante para la clínica y que sigue aun enigmático(16).

No me extraña que algunas publicaciones recientes con los métodos modernos de exploración cerebral hablen de fenómenos similares aunque no se trate de alucinación negativa *strito sensu*. Me ha llamado la atención un artículo publicado en el número del 21 de septiembre de *Nature* por los neurólogos del hospital de Lausanne que estimulando la región temporo-espacial izquierda de una joven epiléptica durante una intervención han provocado en la enferma la sensación de que tenía detrás de ella una persona que no veía, como un ser invisible, no sé si me atreveré a decir una alucinación negativa.

En el próximo Congreso del Sistema Nervioso y de Psiquiatría que se va a celebrar en París en noviembre próximo, L'Evolution psychiatrique, ha escogido como tema de su taller las alucinaciones y especialmente el problema de la dinámica alucinación negativa/alucinación positiva.

Espero que lo que acabo de decir despierte el interés entre los colegas latino-americanos por su estudio y que nos ofrezca la oportunidad de nuevos intercambios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Bertrand A. *Traité du somnambulisme et des différentes modifications qu'il entraîne*. Paris:Dentu; 1823.
- 2.-Bernheim H. *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. Paris: Octave Doin;1882.
- 3.-Bernheim H. *Hypnotisme,suggestion,psychothérapie. Etudes nouvelles*. Paris: Octave Doin; 1881.
- 4.-Binet A. *Les altérations de la personnalité*. Paris: Félix Alcan; 1882.
- 5.-Ellenberger H.F. *The Discovery of Unconscious.The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. New York; Harper Collins; 1970.
- 6.- Forel A. *Le monde social des fourmis du globe comparé à celui de l'homme*. Genève: Kundig; 1921-1923.



- 7-Freud S. *Obras completas*. trad. L.Lopez Ballesteros; Madrid: Biblioteca Nueva; 1948.
- 8.-Laforgue R. *Verdrängung und Skotomisation*, Intern.Zschr. psychoanal.,4,371-374.
- 9.-Ajuriaguerra J. de. *Manuel de psychiatrie infantile*. Paris; Masson; 1970.
- 10.-Alonso Fernandez F. *Fundamentos de la psiquiatria actual* (4a ed.) Madrid: Paz Montalvo; 1979.
- 11.-Ey H. *Traité des hallucinations*. Paris Masson; 1973.
- 12.-Ey H. *Estudios sobre los delirios*. Madrid: Paz Montalvo; 1950.
- 13.-Green A. *L'hallucination négative*. Evol. Psych. 1977,XLII,III/7,645-656.
- 15.-Keefouer R.,Ringerl R. Roy E.P. *Negative hallucinations: an ictal phenomenon of partial complex seizures*; J. Neurol. Nuerosurg Psychiatry 51,1988,454-455.
- 16.-Manus A.,Montfort J.C. *Psychopathologie de l'hallucination négative*. Evol. Psych.1990,55/2,Avr. Juin,341-358.





FRANCISCO ALONSO-FERNÁNDEZ

La objetivación alucinatoria: una alternativa entre la vulnerabilidad psicopatológica y la estética comunicativa

EL FENÓMENO ALUCINATORIO

Debo confesar que me he sentido muy enojado al afrontar en esta ocasión el estudio fenomenológico de la alucinación por haber comprobado como los manuales y tratados al uso y la mayoría de los artículos científicos de la prensa psiquiátrica permanecen estancados, tal vez víctimas de una beatería escolástica, en la fórmula francesa decimonónica que arranca de Esquirol (1838) y Falret (1864), a despecho de ser atribuida por lo general a Ball, y que se resume en estos términos: “La alucinación es una percepción sin objeto”, expresión que es un descarado oximoron.

A modo de anticipación me permito señalar que la alucinación es cualquier cosa menos una percepción sin objeto; sencillamente, porque no es una percepción y porque sí tiene un objeto.

A lo largo del siglo veinte, la fórmula francesa ha circulado profusamente por los trabajos en lengua alemana, ligeramente modificada, presentando la alucinación como una percepción engañosa, falsa o irreal (*eine Trugwahrnehmung*).

El enunciado de la sentencia gala aparece levemente retocado en los catálogos psiquiátricos conocidos como el DSM-III y el DSM-

IV, donde se describe la alucinación como una percepción sensorial producida sin el concurso de la estimulación externa del órgano sensorial correspondiente, dato que ya se encuentra explícitamente señalado, en parecidos términos, en la obra de Esquirol.

El colofón lo pone el eminente psiquiatra francés Henry Ey (1973), en su monumental tratado sobre las alucinaciones, al dejarse decir que “La definición clásica de la alucinación como una percepción sin objeto se impone necesariamente al enfocar en efecto la esencia del fenómeno alucinatorio”.

Tissot (1992) se encarga de dar el remate final a este infortunado asunto mediante la puntualización de que “todos los diccionarios y todos los tratados clásicos están de acuerdo en que la alucinación es una percepción sin objeto”.

Si ha alcanzado algún mérito esta definición, es el de haber servido como punta de referencia inicial para distinguir la alucinación de las ilusiones sensoriales o perceptivas, definidas como la percepción inadecuada o deformada de un objeto exterior.

El escándalo científico que puede suscitar este modo de formular la esencia de la alucinación como una percepción sin objeto, se produce al advertir que el fenómeno alucinatorio no es una percepción, ni siquiera un trastorno de la percepción sensorial, función entendida como el conocimiento del objeto a partir de la sensación, o sea el significado de la excitación de los nervios sensoriales.

La alucinación no puede ser una percepción porque su punta de origen no radica en el exterior del sujeto, sino en su interior, o sea en su campo mental. Contrariamente a la actividad de la sensopercepción que va de afuera adentro, en su condición de función centrípeta por excelencia, la alucinación se produce al objetivizar una imagen psíquica, dotándola de sensorialidad, y después proyectarla al exterior, con brevedad una proyección objetivante, tránsito nítidamente centrífugo.

Si analizamos la fórmula decimonónica de la alucinación, podemos advertir que, a despecho de su sencillez, se desdobra en dos términos heterónimos. Por una parte, se muestra a la alucinación como una percepción, por requerirlo así el sujeto, arrastrado por la fuerza engañosa de su vivencia. Por otra, se señala su carencia de objeto real, al modo de un hallazgo del observador, o sea el signo de falsedad.

Por lo demás, la percepción sensorial y la proyección sensorial se contraponen en varios rasgos esenciales: la primera, función centrípeta



y la segunda, función centrífuga; en la primera prevalece la realidad externa y en la segunda se impone la realidad interior; la primera trabaja en la línea de la realidad empírica o experiencial y la segunda implica la descalificación de esta línea. Entre ambas actividades, como un equilibrio entre el sujeto y el objeto, se presentan los valores como un producto de las relaciones del sujeto con los objetos (al menos en las teorías de Scheller y de Stern).

El observador toma del alucinado solo lo que le conviene, es decir, que es una percepción, y después lo descalifica asumiendo su propio punto de vista, lo que le lleva a negar que se trata de un objeto real.

El emparejamiento proporcionado por la conjugación de un síntoma y de un signo, aparte de constituir una fusión disarmónica o extorsionada, ya que incurre en ligar en la misma unidad dos discursos distintos, supone el escamoteo del contenido alucinatorio, o sea la procedencia de ese objeto que en opinión del observador no pertenece a la realidad exterior. En el interrogante sobre la procedencia del objeto alucinado reside el *quid* fenomenológico de la cuestión. Es obvio, aunque pocas veces se manifieste, que el objeto no real (para el observador) vivido como real (por el sujeto), proviene del campo mental del propio sujeto.

Y es que la teoría de la alucinación venía sustentándose en el principio de la realidad en el sentido de la realidad de los objetos externos (en alemán *Wirklichkeit Prinzip*), al tiempo que se evadía de afrontar la realidad de los objetos internos o psíquicos, enjuiciada por el principio de realidad mental (en alemán *Realität Prinzip*).

Si llevados por el propósito de indagar de que clase de objetos se trata, rescatamos ahora la dimensión de la realidad psíquica o interior de la alucinación, aparece el fenómeno alucinatorio en su primera secuencia como la objetivización sensorial o estésica de una experiencia subjetiva, proceso que culmina en la incrustación sensorial externa de la imagen objetivada. Esta es la impronta de grandeza de la alucinación: la acreditación de la hegemonía subjetiva sobre la realidad sensible. En suma, toda experiencia psicológica interna que conduce al sujeto a comportarse como si se hallara ante una sensación o una percepción, constituye una alucinación.

Tal captación del fenómeno alucinatorio permanece fiel a la etimología de la alucinación, vocablo derivado del latín *hallucinatio*, termino que significa engaño o confusión, ya que, del principio al fin, la objetivación

alucinatoria (perdónese me el pleonasma) constituye un engaño, nada menos que un autoengaño. El sujeto alucinado transmuta -sin recurrir a la magia- e independientemente de la voluntad libre, una experiencia subjetiva e interior en un objeto anclado en la realidad exterior, de una forma involuntaria y sin percatarse de la transmutación operada. Este proceso transmutante cristaliza en forma de una objetivación sensorial plena que implica la externalización o percepción exterior y la convicción de realidad. El trío semiológico definidor del objeto alucinado (sensorialidad, externalización y realidad) constituye -para regocijo de esa moda que es la Medicina de la Evidencia- una prueba evidente del falseamiento interaccionado con la realidad exterior, fraguado a espaldas de la realidad misma.

Existe una particular propensión en el enfermo mental a la objetivación sensorial del delirio. Entre las personas no delirantes, la objetivación plasmada en la aparición de una alucinación se distribuye entre las ideas, las representaciones, las fantasías, los deseos y los recuerdos. La objetivación sensorial culmina en la aparición de un objeto exterior interaccionado con los objetos de la realidad. Muchas veces el objeto alucinado se sirve de las cosas del entorno poniéndolas como mero pretexto o como un elemento de unificación. Don Quijote se vale de los molinos para fundirlos con la imagen delirante de monstruosos gigantes, figura híbrida de alucinación y delirio. El grado íntimo de interacción con la realidad alcanzado por la alucinación, puede motivar su confusión con la ilusión perceptiva, sobre todo cuando se le exige a la alucinación la condición de ser un objeto desvinculado con nitidez de la realidad, condición ausente por lo general en la alucinación genuina y de un modo especial en su variedad de alucinación delirante.

El filisteo de turno, bajo un disfraz de científico ultraserio y superriguroso, se ha servido de la alucinación para criticar la existencia de una realidad empírica, asimismo enjuiciada como realidad percibida o realidad objetiva. Puede llegar su crítica a los límites del pirronismo. Habría que advertirle que la lectura del mundo es una tarea subjetiva; pero sobre un texto compartido. Lo percibido no es la realidad verdadera, sino una perspectiva de la realidad. La desviación de lo comúnmente leído o percibido se mantiene dentro de ciertos límites, únicamente rebasados con holgura por la irrupción de fenómenos mórbidos alucinatorios simples o combinados con elementos delirantes. La alucinación delirante



se vive en ocasiones en un plano de la realidad algo peculiar, distinto del plano de la realidad común.

El fenómeno alucinatorio es un compendio de las cuatro características siguientes:

- La *sensorialidad*, entendida como nitidez en lo tocante a forma, colores y demás detalles del orden sensorial. La sensorialidad es el dato definidor de la objetivación alucinatoria. Si el objeto no se acompaña de una determinada carga de sensorialidad, su admisión como fenómeno alucinatorio está, cuando menos, recubierta por la duda. Constituye el único rasgo de la alucinación *sine qua non*, el único jalón que sirve de límite absoluto entre la vivencia alucinatoria y toda clase de experiencia mental.
- La *externalización* o localización en el espacio exterior, cualidad también denominada espacialidad externa. La externalización está ausente en la banda de fenómenos alucinatorios incompletos conocidos como alucinaciones psíquicas, cuyo nombre idóneo podría ser el de alucinaciones interiores.
- La *certeza de realidad* concentrada en el objeto alucinado, o sea la convicción de su no-subjetividad. La certeza de realidad se inicia en forma de una vivencia de realidad asociada con la aparición del objeto alucinado y después se confirma o no mediante el juicio de realidad. Esta cualidad falla en la serie de las alucinosis, a las que también podríamos llamar alucinaciones irreales.
- La *ausencia del objeto real*, dato diferencial con las ilusiones perceptivas, muchas veces sobrepasado por una alucinación casi siempre delirante que se incrusta en la realidad exterior apoyándose en ella o incluso fundiéndose con alguno de sus objetos. Cuando el objeto alucinado, casi siempre en asociación con el delirio, alcanza una interacción íntima con los objetos reales, el mantener la exigencia de una falta de objeto real para identificar la alucinación como tal, representa una actitud teórica purista, sustentada por una fidelidad mal entendida a la línea del pensamiento psiquiátrico decimonónico. Por tanto, esta cualidad de la ausencia real del objeto alucinado debe matizarse con su aparición interaccionada con las cosas de la realidad.

No suficientemente satisfecho con montar el fenómeno alucinatorio sobre algunos de estos rasgos básicos, el psiquiatra y filósofo Karl Jaspers (1913) trató de definir su esencia como la sensación de presencia corpórea o corporeidad (*Leibhaftigkeit*, de Leib-cuerpo), termino copiado del psiquiatra ruso psicótico Victor Kandinsky (1881). Jaspers equiparó la corporeidad a la impresión de presencia física o tangible y la conceptuó como una sustancialidad. No dudó en tomar la corporeidad o sustancialidad como el rasgo fundamental de la alucinación, contraponiéndolo a la presencia imaginaria o subjetiva (*Bildhaftigkeit*, de *Bild-imagen*), propia de los fenómenos mentales tipo representaciones. Este intento diferencial no alcanzó apenas resonancia bibliográfica, lo que se justifica por su excesiva ambigüedad, y sobre todo por incidir en un concepto de alucinación suficientemente perfilado por las tres características señaladas (la externalización, la sensorialidad la certidumbre). Además Jaspers mantenía la presencia corpórea como un atributo de las alucinaciones y de las percepciones, o sea de las objetividades secundarias y de las primarias, lo que lleva a Lothane (1982) a precisar con ironía que solo estas últimas son observables y verificables por otros.

Lo que no se puede negar a la alucinación es la impronta de xenopatía, o sea experiencia vivida como ajena al sujeto, aspecto de la alucinación destacado por los psiquiatras franceses Guiraud (1950) y Lanteri-Laura (1994). Pero el valor específico de la xenopatía se diluye en el océano donde flotan los heterogéneos fenómenos mentales no vividos como propios, sobre todo los síntomas obsesivo-compulsivos y el síndrome de influencia.

TIPOLOGÍA FENOMENOLÓGICA DE LAS VIVENCIAS ALUCINATORIAS

La colección tan heterogénea de fenómenos psíquicos incluidos en el género de las vivencias alucinatorias, supone un desafío para ordenarlos con arreglo a una sistemática basada en los rasgos fenoménicos esenciales. En lo que a mí se me alcanza una sistemática tipológica sujeta el enfoque mencionado sigue siendo una ordenación inédita de las alucinaciones en el terreno de la bibliografía especializada.

La clasificación de las alucinaciones, por el contrario, se ha volcado por sistema en la distribución a tenor del campo sensorial al que



pertenecen. La clasificación sensorial de las alucinaciones, sin duda una ordenación importante e imprescindible de las múltiples variedades sensoriales de alucinación, se ha dejado orientar a veces por datos anecdóticos o argumentos poco convincentes, al encontrarse huérfana del criterio categorial. Ello constituye un aliciente más para que aquí y ahora tratemos de perfilar el bosquejo de una ordenación categorial de las alucinaciones.

Una sencilla sistemática fenomenológica de las alucinaciones que yo mismo podría proponer, se basa en distinguir estos cuatro tipos fenoménicos de alucinación: el tipo genuino o completo, el interior, el irreal, y el descontextualizado. Su nombre respectivo se refiere a la cualidad esencial de la modalidad alucinatoria.

La *alucinación genuina* se caracteriza por constituir el producto de una objetividad sensorial plena, o sea una experiencia objetivamente llevada hasta sus últimas consecuencias. Su carácter de completud fenoménica queda acreditado por agrupar las cuatro características primordiales del fenómeno alucinatorio: la sensorialidad, la espacialidad exterior, la certidumbre y la interacción con los objetos de la realidad empírica. De este tronco de alucinaciones se desgajan los otros tres tipos básicos por compartir el carácter de incompletud, lo que se manifiesta en cada uno de ellos por la ausencia de un rasgo primordial de los cuatro señalados. Por ello, la alucinación genuina también merece la denominación de alucinación completa. Sobre la certidumbre, habría que especificar que se refiere a la experiencia vivida inmediata de realidad, que es una cualidad vivencial. Esta certidumbre puede después ser confirmada o no por el juicio de realidad ofrecido por el sujeto como elaboración ideativa de su vivencia.

El sujeto alucinado se encuentra tan entregado a su alucinación que no se le ocurre pensar que tiene una alucinación. Una alucinación genuina se registra en el espacio exterior, tiene una existencia objetiva y se vive como una realidad evidente.

La *alucinación interior* se desmarca de lo que es la plena objetividad sensorial por no cumplir el rasgo de la proyección al exterior, por lo que se trata de una especie de alucinación registrada en la espacialidad interna mental o corporal, sobre todo en el interior de la cabeza, en ocasiones con una sensorialidad atenuada. Queda así como detenida la alucinación en su primera secuencia, de sensorialización, sin llegar a proyectarse en el espacio externo o espacio real.

Este tipo de alucinación fue descrito por Baillarger, un discípulo de Esquirol, en 1846 con la denominación de alucinación psíquica. La imposición de este nombre obedecía al propósito de llamar la atención sobre su supuesto carácter de fenómeno psíquico o en todo caso de fenómeno distinto a la verdadera alucinación aprehendida en el espacio exterior: mientras que la primera sería más bien una experiencia psíquica, la segunda era catalogada como una experiencia psicosensoorial. Hoy sólo podría estar justificada la etiqueta de alucinación psíquica en las alucinaciones internas no sensorializadas, como ocurre sobre todo en la serie acústico-verbal en forma de voces insonorizadas.

Baillarger tuvo la inmensa fortuna de efectuar esta distinción en el sector de las alucinaciones acústico-verbales, que es uno de los sectores alucinatorios autónomos más importantes, donde además figura incluido el síntoma más común de esquizofrenia.

A partir de Baillarger, hace siglo y medio corrido, las alucinaciones acústico-verbales quedaron escindidas en estos dos tipos: uno, el de las verdaderas alucinaciones, de alta sensorialidad y sobre todo de espacialidad externa, grupo representado por la audición de voces provenientes del exterior y recibidas por el oído, por lo general voces fuertes y sonoras, análogas a las voces comunes; el otro tipo, la agrupación de voces aprehendidas en el campo mental o en el interior del cuerpo, especie de alucinación denominada alucinación psíquica, con la intención de contraponerla al tipo psicosensoorial.

Las alucinaciones acústico-verbales internas fueron valoradas con claridad como uno de los síntomas esquizofrénicos más relevantes y entendidas como una reproducción en voz alta del pensamiento o del lenguaje interior del propio sujeto.

Algunos años después, todavía sin salir del siglo XIX, el médico-psiquiatra ruso Viktor Kandinsky de San Petersburgo, primo carnal de Vladimir Kandinsky, el genial creador del arte abstracto, basándose en la autoobservación de síntomas propios, puesto que estaba afectado por una psicosis esquizofrénica, trató de agrupar las alucinaciones verbales interiores en el cuerpo de las falsas alucinaciones o seudoalucinaciones. Kandinsky publicó la primera descripción de la seudoalucinación en 1880 en francés y en 1881 en alemán. Y se esforzó en defender con el máximo ardor este concepto, hasta que falleció a los 40 años en el Asilo San Nicolás de San Petersburgo, donde él había sido médico superintendente, a causa de la ingestión suicida de una dosis mortal de opio.



Al hilo de la sutil descripción de las voces internas propias, que el atribuía a un supuesto enfermo mental, llamado Dolinine, descripción que fue capaz incluso de seducir y encantar al adalid de la fenomenología, Karl Jaspers, el título de la pseudoalucinación disfrutó de una atención privilegiada durante varias décadas, después de haber desterrado al ostracismo el rótulo de alucinación psíquica acuñado por Baillarger.

Al principio, la versión falsa de la alucinación genuina en cuanto “percepción alucinatoria” estaba solo representada por las voces escuchadas en el “oído interior”. Pronto el término “falsa alucinación”, que, por cierto, ya había sido propuesto con anterioridad por el psiquiatra germano Hagen (1846), hizo tanta fortuna que se convirtió en un cajón de sastre. Según Ey (1973), el grupo de las pseudoalucinaciones llegó a abarcar síntomas tan diversos entre sí como los siguientes: el pensamiento mórbido, los fenómenos del automatismo mental de Clérambault presididos por el síndrome de influencia, el delirio y, naturalmente, las alucinaciones psíquicas. Su único rasgo compartido era el de ser síntomas esquizofrénicos comunes. Lo más lamentable fue que este confusionismo sobre la pseudoalucinación sirvió para agrietar el concepto de alucinación.

El rotundo fracaso nosográfico del intento de Kandinsky no debe conducirnos a dejar de reconocer, como señala Koupernik (1996), que este psiquiatra psicótico se esforzó en transmitir una obra que dejó inacabada a base de una autoobservación apasionante y heroica.

En la actualidad la audición de voces internas conserva un profundo significado diagnóstico a favor de la esquizofrenia. Este significado lo asumen con menos rotundidad las voces generadas en el exterior, y ello siempre que su contenido sea una conversación o un comentario sobre el propio sujeto. En cambio, la valencia diagnóstica esquizofrénica se tambalea cuando se trata de voces insultantes o provocadoras recibidas a través del oído.

La *alucinación irreal* es una experiencia que sorprende al observador por razón de albergar una profunda contradicción: a despecho de lucir una objetividad sensorial fulgurante desplegada nada menos que en el espacio exterior, no es vivida con evidencia real por el sujeto considerándola como una percepción irreal, o sea como algo inexistente o imaginario. Este tipo de alucinación incompleta, por ser vivida sin certidumbre, se encuentra referida en la bibliografía como alucinación neurológica o alucinación neuro-sensorial, en atención a que una parte considerable

de las alucinaciones generadas por una enfermedad neurológica o por una lesión sensorial periférica tienen las características mencionadas. Casi todas las alucinaciones inducidas por alteraciones cerebrales localizadas y por una reducción de la vista o del oído, así como una fracción importante en el conjunto de las alucinaciones no mórbidas, se viven sin acompañarse del criterio de realidad positivo.

Anteriormente muchos autores llamaban a esta experiencia alucinatoria, alucinosis, en fidelidad a la línea histórica inaugurada con la descripción de la alucinosis peduncular por Jean Lhermitte en 1922 a propósito de un enfermo que tenía una lesión en la calota peduncular.

La entidad de la alucinación irreal se refuerza por ser el contrapunto de todo el espectro alucinatorio acompañado de la vivencia o el juicio de realidad, o sea la impresión inmediata errónea, reforzada algunas veces con el error del delirio. Para Ey, todas las alucinaciones tomadas como realidad serían alucinaciones delirantes. Hay que destacar las alucinaciones irreales como fenómenos psíquicos anómalos que no han sido absorbidos por el océano del delirio, ni son servidores del delirio, ni inducen al delirio, ni sirven para dramatizar el delirio. No se alinean, por tanto, en ese continuum fenomenológico de ruptura con la realidad que según Strauss (1965), forman el delirio y la alucinación. En definitiva, la característica negativa antidelirante de la alucinación irreal otorga mayor solidez a su soporte conceptual (esquema 1).

La *alucinación descontextualizada* ofrece la peculiaridad de ser aprehendida por fuera del contexto de la realidad empírica, o sea, independientemente de los objetos percibidos. La alucinación genuina aparece incrustada en la trama de la realidad empírica, interconexiónada con los objetos reales. Tal interacción le sirve a la imagen alucinatoria para apoyarse en algún objeto real o utilizarlo como pretexto, alcanzando su máxima penetrancia en la amplia especie de las alucinaciones delirantes, donde se engloban las alucinaciones asociadas con el delirio, como causa o consecuencia suya. La intromisión de la imagen alucinatoria en el campo de los objetos reales puede acarrear alguna dificultad científica para efectuar una rotunda diferenciación entre la alucinación y la ilusión perceptiva.

La serie de las alucinaciones aprehendidas con independencia de los objetos de la realidad empírica, está integrada en su inmensa mayoría por alucinaciones relacionadas con el sueño, casi siempre alucinaciones visuales. Aparte de las alucinaciones propiamente sómnicas, se incluyen



Esquema I

Rasgos diferenciales entre las tres clases de vivencia alucinatoria			
	Alucinación genuina	Alucinación interna	Alucinación irreal
Presencia objetiva	+	+	+
Localización en el espacio exterior	+	-	+
Evidencia de realidad	+	+	-

aquí las hipnagógicas -registradas en el paso de la vigilia al sueño- y las hipnopómpicas -aparecidas en la transición del sueño a la vigilia-. Mientras que las alucinaciones sómnicas se producen casi solo en el marco del sueño rápido o paradójico, la aparición de las hipnagógicas y las hipnopómpicas resulta muy facilitada por el vacío ofrecido por la desconexión neuronal. Recordemos que el género de las alucinaciones sómnicas y parasómnicas se ha esgrimido con reiteración como prueba de la presentación de alucinaciones en el sujeto sano.

La aparición del conjunto de las alucinaciones del sueño y el semisueño, juntamente con las asociadas al adormecimiento (las hipnagógicas) y al despertar (hipnopómpicas), se multiplica de un modo significativo cuando está presente un trastorno mental, como la depresión, la ansiedad o un trastorno psicótico. Su acumulación en el estado depresivo debe guardar relación con el acortamiento del periodo de latencia del sueño rápido, dato valorado como un marcador biológico de la depresión, si bien no patognomónico ni constante.

Las alucinaciones sómnicas alcanzan un especial relieve en la narcolepsia, tanto en sus aspectos cuantitativos como en los cualitativos. Su presentación se vuelve entonces precoz y masiva, al contar con la facilitación aportada por la temprana irrupción del sueño paradójico, con una latencia por lo general inferior a los veinte minutos, dato que llega en ocasiones a reducirse a cero, lo que significa la entrada directa en el sueño paradójico a partir del estado vigil. Al tiempo, las alucinaciones narcolépticas, en su mayor parte visuales, toman una complejidad estructural superior a lo que es común entre las alucinaciones sómnicas, en forma de complicadas escenas, amenizadas con música o con canciones.

De un modo irremediable el estado de sueño se acompaña de un aletargamiento de la conciencia, una suspensión de la memoria y una

desconexión de los demás. La madre trata de dulcificar con su melodía y sus arrullos, aportando compañía y estímulos, al adormecimiento del bebé. En el sueño se dan cita, por tanto, los dos factores más alucinógenos que no implican necesariamente la ruptura de la salud mental: el vacío del espacio interior y el aislamiento emocional o social. Muchos niños necesitan recurrir a la luz como agente antifóbico antes de alejarse de su madre para caer en las tinieblas huecas y solitarias del reino de Morfeo. Por su parte, esa alucinación descontextualizada que es la ensoñación, ejerce la doble función de servir de guardián al sueño y de facilitar la satisfacción alucinatoria del deseo, dicho así en los términos empleados por el mismísimo Sigmund Freud en su libro “metapsicología de la doctrina de los sueños”.

El registro de las alucinaciones ha entrado en un periodo de falta de rigor selectivo al admitir en su seno a las denominadas alucinaciones del recuerdo y las alucinaciones negativas.

Ha sido el psiquiatra germano Kahlbaum quien comenzó a llamar -impropiamente desde luego- *alucinación del recuerdo* a los recuerdos totalmente engañosos presentados en la forma psíquica habitual, o sea como representaciones mnésicas. Recurrió a este término para contraponer el falseamiento total de la memoria al parcial, considerando al primero como alucinación y al segundo como ilusión, a pesar de que su forma psíquica correspondía a la de una representación y carecía, por tanto, del más mínimo grado de objetivación sensorial. Naturalmente, un recuerdo puede ser el dato psíquico objetivado convertido en una alucinación. Pero esta utilización de la memoria a partir de un material archivado para alucinarlo no tiene una impronta específica. Hay alucinaciones de las ideas, las representaciones, las fantasías, los deseos y demás.

Por otra parte, no debe confundirse la alucinación del recuerdo, una alucinación de contenido anteriormente vivido, con el recuerdo alucinatorio, que es el recordatorio de una alucinación, término análogo al del recuerdo delirante, expresión muy empleada para designar el residuo de un delirio que conserva solo actualidad retrospectiva.

Bernheim acuñó el término *alucinación negativa* en 1884. Desde el principio se advirtió que el objeto real desaparecido del campo perceptivo solía ser un objeto visual molesto o insoportable y que el hecho acontecía casi siempre en el marco de un cuadro histérico. En realidad, la alucinación negativa si que es una percepción, una percepción



suprimida, un trastorno de la sensación que no guarda ninguna relación fenoménica con la alucinación. La exclusión de un objeto desagradable de la realidad empírica encierra el sentido defensivo del yo al modo de un mecanismo psicológico de represión o aislamiento. Esa defensa represiva de evidente carácter mágico o infantil, análogo a la ocultación de la cabeza del avestruz cuando se encuentra en una situación de riesgo inminente, acontece precisamente en la histeria por implicar la neurosis histérica la acción represiva más potente de la que no se libra ningún elemento conflictivo o perturbador.

El psicoanalista francés Brusset (1995) se muestra partidario de englobar en las alucinaciones negativas de orden cenestésico o visceral la negación de los órganos presente en el síndrome de Cotard. Este pintoresco y dramático síndrome delirante se manifiesta en un primer plano clínico como un delirio nihilista, del que forma parte la negación de los órganos y se extiende a menudo a la negación de existir o estar vivo. Es obvio que la filiación de ambos fenómenos de negación, la negación histérica y la negación cotardiana, no encajan en la tesis objetivadora de la alucinación.

LA ALUCINACION COMO FENÓMENO CLINICO, EXPERIMENTAL O RELIGIOSO

Después de un animado debate, mantenido a lo largo de varios siglos, se reconoció por consenso que además de la alucinación patológica existe una alucinación normal. Pero los términos normal y patológico no son antónimos como antes se pensaba. Por ello, el hecho consensuado de la admisión de una alucinación “no patológica” debe formularse sin relacionarlo con la normalidad en su doble sentido (estadístico o valorativo).

La alucinación no es siempre un signo de enfermedad puesto que aparece en el individuo sano o como un componente del sueño, o como un puente tendido al exterior en situaciones de aislamiento, o como la expresión de un estado de conciencia especial en el marco de la creatividad o de la mística.

El maestro de la psiquiatría europea Henry Ey (1973) diferenció con la mayor de las rotundidades las verdaderas alucinaciones o alucinaciones propiamente dichas, por él denominadas “alucinaciones delirantes”, y las alucinaciones no psicopatológicas, “eidolias alucinósicas” (de eidos-

imagen), donde se agrupaban las visiones del sueño y del semisueño y las llamadas alucinaciones neurológicas, cuyo rasgo básico común era no ser tomadas por el sujeto como un objeto perteneciente a la realidad exterior, o sea no sustentarse en un juicio de realidad positivo. De todos modos, una bipartición de alucinaciones tan radical y esquemática como la aducida por Ey resulta hoy difícil de admitir.

La revisión del significado de la alucinación en la salud y en la enfermedad sólo es posible, en mi opinión, a la luz de la causalidad de las alucinaciones y de los mecanismos o factores alucinógenos, o sea lo que clásicamente se llamaba en Medicina etiopatogenia.

La alucinación en la clínica psiquiátrica es un síntoma transnosográfico que se extiende por un amplio espectro de síndromes clínicos y entidades nosológicas. De su presencia no se libran la mayor parte de las psicosis endógenas o funcionales, las psicosis exógenas y los trastornos psicoorgánicos, y con una presencia menos asidua los estados depresivos endógeno, situativo o sintomático, llegando sus insinuaciones hasta la neurosis histérica y el síndrome de estrés postraumático.

En particular, el enfermo esquizofrénico paranoide es presa casi siempre del asedio de las alucinaciones acústico-verbales internas y externas. Este tipo sensorial de alucinaciones es uno de los síntomas esquizofrénicos positivos de primerísima línea. Su sustitución como síntoma prevalente por alucinaciones visuales, por lo general en blanco-negro y algunas veces coloreadas, en los cuadros esquizofrénicos de otras culturas, resulta cuando menos un hecho sorprendente. Este cambio de campo sensorial no impide que la alucinación siga constituyendo uno de los síntomas más frecuentes y relevantes en la esquizofrenia afro-asiática.

En el sector de las neurosis, el refugio de las alucinaciones son los cuadros de histeria y de neurosis traumática. Dentro del cuadro histérico, las alucinaciones visuales son bastante comunes en los cuadros seudopsicóticos y en mucha menor proporción pueden asociarse a la neurosis de conversión y a la personalidad histriónica.

En la neurosis traumática, designación clásica del síndrome de estrés postraumático, el trauma inicial es vivido como una experiencia recurrente angustiada en forma imaginativa o alucinatoria. A juicio de los psiquiatras londinenses Chesterman y Boast (1994), los autores que describen la reviviscencia alucinatoria del trauma no se molestan por lo general en efectuar la distinción entre una alucinación y una imagen mental vivida con intensidad.

Todos los neuróticos obsesivos alucinados que he tenido ocasión de ver, coincidían en la precisión diagnóstica de tener la enfermedad esquizoobsesiva.

La incidencia de la alucinación y sus variantes alcanza asimismo una extensión nosográfica considerable en la patología neurológica, desde las jaquecas hasta los procesos cerebrales localizados, sin omitir el círculo de las epilepsias y las encefalopatías metabólicas, tóxicas o infecciosas, a todo lo cual se agregan los trastornos sensoriales de la vista o del oído, acompañados con frecuencia de elementos alucinatorios en el campo sensorial correspondiente.

Merece la pena apuntar la existencia de alucinaciones de condicionamiento patológico mixto, o sea psiquiátrico y neurológico o neurosensorial, integrando uno de los sectores más representativos de las alucinaciones multimodales.

Las consideraciones etiológicas se han reducido aquí a una brevedad esquemática, con objeto de dejar espacio suficiente para la revisión de los factores alucinógenos. El factor responsable inmediato de la transformación de una imagen mental en un objeto sensorial experimenta profundas variaciones de unos casos a otros, a tenor sobre todo de la causa fundamental y de las características del cuadro clínico o del estado personal.

El conjunto de los factores alucinógenos, responsables inmediatos de la aparición de alucinaciones, se sintetiza en estas cuatro estirpes:

- El yo hipoactivo o erosionado.
- La conciencia obnubilada, crepuscular u onírica.
- El delirio en sus modalidades de delirio agudo y de sistema delirante.
- El bloqueo o la interferencia de la comunicación con el exterior.

El establecimiento primario de la alucinación queda totalmente excluido. La aparición de la alucinación siempre se produce a partir de la presencia previa de alguno de los factores señalados.

Las alucinaciones auditivas esquizofrénicas, que son uno de sus síntomas capitales, se reparten entre tres mecanismos genéticos:

1°. La acción directa del trastorno del yo.

El déficit de la actividad del yo, trastorno esquizofrénico nuclear, conduce a la pérdida del sentimiento de sí mismo y a la consiguiente proliferación de los fenómenos psíquicos atribuidos a la influencia ajena, algunos de los cuales se independizan del sujeto por la vía de la sensorialidad alucinatoria.

- 2°. La derivación del delirio o el humor delirante, no solo directamente como una especie de cristalización sensorial del delirio, sino por medio del estrechamiento perceptivo impuesto por el cuadro paranoide.
- 3°. El autismo positivo, que tras imponer la ruptura vital con la realidad exterior, conduce a una deconstrucción del mundo propio, poblándolo de fantasías y valiéndose de proyecciones objetivantes alucinatorias para insertarse de nuevo en el espacio social.

La alteración de la conciencia, como conciencia confusa, crepuscular u onírica, es el principal factor alucinógeno presente en las psicosis exógenas. No solo actúa de por sí, sino por incidir como un trastorno de la comunicación con el exterior. A este respecto debe recordarse que la conciencia es la entidad psíquica básica que permite al sujeto insertarse en la realidad. Por ello, cualquier alteración suya, incluso la conocida como conciencia alterada no patológica, puede provocar la distorsión de la conexión con la realidad, acompañada de la proliferación de elementos alucinatorios.

La plasmación alucinatoria del delirio es el mecanismo responsable básico del tradicional cuadro denominado delirio alucinatorio agudo o crónico. El delirio alucinatorio es tal vez el síndrome más representativo de toda la psicopatología: una perfecta combinación mórbida, en la que el discurso o teoría del delirio se expande al exterior en la forma dramática de la alucinación. También puede atenerse esta combinación a la trayectoria opuesta, pasando de la alucinación a la explicación discursiva, aportada por el delirio. En ambos casos, el término alucinación delirante está archijustificado, si bien ha conducido antaño al error de adscribir, *ipso facto*, todo tipo de alucinación completa a la psicopatología señalizándola como una alucinación de sentido delirante.

La acción alucinógena del aislamiento sensorial o emocional es casi un factor omnipresente en el origen de las alucinaciones, como ahora vamos a ver.

Las alucinaciones no mórbidas en un sentido psicopatológico se agrupan al servicio de la estética de la comunicación, en cuanto vehículo interrelacionado con el exterior encargado de una doble función compensadora: de un lado, para servir de enganche intercomunicativo; de otro, para ocupar el vado sensorial o emocional.

El estudio pormenorizado de estas alucinaciones compensatorias por vía doble permite alzaprimar su valor como un primor armónico o estético. El papel de la alucinación, al tiempo estimulante en el interior



y comunicativo con el exterior, arranca al sujeto común de los brazos infernales del vacío o la nada y abre una vía al exterior, complaciendo al sujeto con la objetivación sensorial de sus deseos o de imágenes de su vida gratas y alentadoras, según pudo observarse en situaciones de aislamiento social o experimental. El sujeto inmóvil, instalado en una cámara insonorizada, comienza a repoblar su vacío mental con alucinaciones a partir del segundo día.

El explorador o el náufrago comienza a sentir no muy tarde que su desesperada situación inmersa en un desierto o en un océano se dulcifica con la aparición de un oasis o con la compañía visible de figuras familiares que conversan con él y le marcan el rumbo.

La poderosa acción alucinógena del aislamiento sensorial o emocional no se reduce a las situaciones de aislamiento un poco prolongado, sino que interviene en la aparición de alucinaciones en condiciones diversas, como las siguientes: la conciencia alterada en sentido místico o creativo, el estado depresivo, el cuadro histérico, el síndrome del autismo y el trastorno sensorial periférico. El déficit intercomunicacional participa como agente alucinógeno incluso en los mecanismos alucinógenos básicos de la esquizofrenia, o sea, la acción enajenante del déficit de la actividad del yo, y de las psicosis exógenas, al estar presente de algún modo en todos los trastornos mórbidos de conciencia. Estamos, pues, ante el único agente alucinógeno cuasi-universal.

La alteración de la conciencia propia del trance místico o creativo arrastra al sujeto al interior de sí mismo y le hace sentirse hambriento de nuevos estímulos, de distinto contenido, naturalmente, en ambos casos. La cristalización alucinatoria del anhelo sobrenatural o de originalidad que preside esta conciencia alterada, permite, a la vez, corregir la incomunicación con el exterior y satisfacer el hambre de imágenes sacras de nuevas perspectivas.

Dentro de las cuatro dimensiones de la estructura de la depresión por mí distinguidas (humor depresivo, anergia, discomunicación y ritmopatía), la descripción de la alucinación visual o auditiva siempre ha figurado incluida en la dimensión de la discomunicación, cuyo elemento vivencial más importante es la sensación de soledad. No hay soledad más horrible y mortificante que la soledad depresiva, tanto por el alejamiento de los demás mortales que supone como por el vacío abisal imperante. Según mis propias observaciones, a medida que el bloqueo comunicacional se vuelve más completo o hermético o la sensación de

soledad más desesperante y pavorosa, la incidencia de las alucinaciones se vuelve más abrumadora y recurrente.

Con ocasión de estudiar al genial músico Chopin, yo mismo (2000) dejé consignado como era en sus momentos de tenebrosa soledad cuando se sentía asaltado por unas visiones horribles de espectros que giraban al compás de una música fúnebre y unas canciones de muerte.

El confinamiento de las alucinaciones exclusivamente en el círculo de la histeria dentro de la serie de las neurosis, con la excepción de la neurosis traumática, se deja entender a la luz del intento de dar salida al exterior en una forma simbólica sensoriomotora, y alguna vez alucinatoria, a los elementos conflictivos sometidos a una represión intrapsíquica absoluta. Mientras que en la neurosis orgánica se impone la alteración visceral interior, en la neurosis histérica el conflicto se traslada al exterior en forma de una comunicación mágica, que puede dramatizarse con la irrupción de una alucinación, sea como síntoma conversivo o como síntoma pseudopsicótico.

El autismo esquizofrénico cuando es un autismo positivo comporta la asociación de la ruptura del contacto vital con la realidad con la deconstrucción del mundo interior utilizando en gran parte material alucinatorio. La acción alucinógena del autismo ofrece la notable peculiaridad de formar parte del trabajo recreador de un nuevo mundo interior a espaldas de la realidad.

Con todo, el giro interpretativo copernicano sobre el mecanismo productor de alucinaciones, se ha registrado en el sector de las alucinaciones inducidas por el trastorno de la vista o del oído. La aparición de alucinaciones en los oftálmopatas y los otópatas se atribuía con anterioridad a la sobreestimulación parasitaria local. Ahora se adjudica su producción originariamente al factor funcional contrapuesto, o sea el aislamiento impuesto por la desaferentación o privación sensorial.

Desde 1962, gracias a la nueva concepción del psiquiatra estadounidense West, se piensa que la interrupción del flujo común de estímulos locales crea un vacío sensorial que trata de corregirse con una especie de autoalimentación. La autoalimentación opera como la fuente de una estimulación fisiológica autóctona en las zonas cerebrales coordinadas con el órgano sensorial alterado. Esta autoestimulación interna se muestra muy propicia para revertir en el plano comunicativo en forma de imágenes alucinatorias.

Saladini *et al* (2000) comprobaron como en ausencia de todo estímulo auditivo, se establece una actividad neuronal espontánea en



Esquema 2

La Alucinación en los Estados de Aislamiento			
	Aislamiento		
	Experimental	Natural	Desaferencial
Referencia del aislamiento	Plurisensorial	Humano	Monosensorial
Sede preferente de las alucinaciones	Visual	Auditiva y visual	Visual o auditiva
Contenidos alucinatorios	Esencias recordatorias	Consejos y observaciones	Elementales o complejos

la corteza asociativa parietotemporal. Una prueba más de la reactivación autóctona del cerebro, adscrita en este caso a la reorganización funcional de las zonas cerebrales adyacentes a los sectores cerebrales desaferentados (la corteza analítica primaria).

	Aislamiento	
	Esquizofrénico	Depresivo
Referencia del aislamiento	Autista o vital	Discomunicación
Sede preferente de las alucinaciones	Auditiva y plurisensorial	Visual y auditiva
Contenidos alucinatorios	Voces observadoras o comentadoras	Espectros y música fúnebres

En suma, en tanto el cerebro se defiende de la desaferentación con la producción de impulsos propios, la mente se defiende del vacío sensorial y del adormecimiento de la conciencia con la elaboración de alucinaciones. Un patrimonio defensivo dual que opta por el descarrilamiento alucinatorio para proteger al sujeto del horror del vacío emocional o sensorial.

El significado comunicativo de la alucinación todavía se acrecienta cuando un enfermo mental transmite una alucinación psicopatológica a un sujeto sano que convive con él. Uno de los contenidos alucinatorios más contagioso o transmisible es la audición de voces internas o externas. De antiguo, se ha incluido la psicosis alucinatoria doble, en francés la *folie à deux hallucinatoire*, entre las psicosis inducidas de dos personas.

Si enfocamos la óptica mental comprensiva con suficiente profundidad, podemos advertir que el significado esencial de la alucinación se desdobra entre ser una desviación de la realidad involucrada en la desorganización

mental mórbida y constituir un admirable recurso para poner remedio al aislamiento y sus efectos sirviendo de vía intercomunicacional supletoria.

La etiología global de la alucinación se resume en este rosario de grandes categorías causales: la enfermedad mental, la enfermedad neurológica, la lesión sensorial periférica, el sueño y la situación de aislamiento. Las alucinaciones polietiológicas o multimodales se caracterizan por ser el resultado de la cooperación de al menos dos de los factores causales que figuran en la relación siguiente: la psicosis esquizofrénica (hipoactividad del yo, autismo, delirio); la psicosis exógena (conciencia mórbida); el trastorno psicoorgánico (*lesión cerebral desafereencial*); la depresión (discomunicación); la histeria (o comunicación mágica); lesión ocular o auditiva (desafereentación); el estado de sueño, y las situaciones de aislamiento sensorial o emocional. No deben confundirse con las alucinaciones plurisensoriales, integradas por la combinación simultánea de alucinaciones registradas en dos o más campos sensoriales.

Para la provocación de alucinaciones se ha recurrido a cuatro procedimientos experimentales: la administración de drogas alucinógenas; la estimulación de sectores psicosenoriales del cerebro; el aislamiento artificial, y la privación del sueño.

Los ensayos consistentes en la administración de una sustancia alucinógena tipo mescalina o LSD perseguían nada menos que el propósito de reproducir experimentalmente el cuadro de la esquizofrenia. Al principio se llegó a creer que se había logrado provocar una psicosis esquizofrénica experimental. Con el desengaño, pasó a hablarse de la determinación de una psicosis modelo. Al final, el experimentador tuvo que resignarse con la descripción de una conciencia onírica que surtía al entorno inmediato con un enjambre plurisensorial espectacular de ilusiones perceptivas, alucinaciones elementales y complejas, sinestias (sensaciones cruzadas) y fantasías. Estos ensayos permitieron identificar la conciencia onírica como el estado de conciencia más propicio para producir la transformación radical del conjunto de la realidad percibida, en complicidad con las alucinaciones y la proyección de fantasías, al contar con el concurso prestado para ello por el borramiento de los límites entre lo imaginario y lo vivido.

Otra vía experimental utilizada para la provocación de alucinaciones consiste en la excitación eléctrica de ciertos sectores de la corteza



cerebral del ser humano. Este tipo de experimentación lo llevó a cabo en 1958 un equipo de médicos de la Universidad de MacGill dirigido por el profesor Penfield, autor que describió de un modo inmediato dos clases de respuestas: en primer lugar, la visión de sombras, luces, formas coloreadas y otros elementos simples, y la audición de silbidos y zumbidos, en síntesis una serie de alucinaciones elementales provocadas por la estimulación de la corteza auditiva o visual, observación que no reportaba ninguna novedad; en segundo término, la impresión de revivir con la imaginación acontecimientos del pasado archivado en la memoria, impregnados de la sensación del *déjà vu*, como respuesta a la estimulación del lóbulo temporal, sede de los recuerdos. En principio Penfield describió estas reviviscencias como “alucinaciones experienciales” cuando se trata en realidad de una rememoración muy viva. Este fracaso experimental para la provocación de alucinaciones complejas o figurativas mediante la sobreestimulación eléctrica del lóbulo temporal ofrece un sorprendente contraste, con la serie de alucinaciones complejas audiovisuales que aparecen en las crisis de la epilepsia temporolimbica.

La descarga neuronal paroxística de las estructuras cerebrales límbicas mediales (núcleo amigdalino, hipocampo, circunvolución del parahipocampo) y de la corteza temporal adyacente constituye el mecanismo operativo responsable de las crisis de la epilepsia límbica, en las que se registran con una presencia abrumadora las alucinaciones auditivas, visuales y olfatorias. El fracaso experimental para reproducir estas crisis con su cortejo alucinatorio se ha atribuido a haber localizado la estimulación en la corteza temporal lateral (neocorteza temporal).

El tercer procedimiento experimental empleado en relación con la provocación de alucinaciones se ha mostrado muy positivo. Consiste en instalar al sujeto en una situación de aislamiento plurisensorial: sujeto tendido e inmóvil, con unas gafas oscuras que impedian la visión normal, en una habitación insonorizada, con autorización para moverse solo con objeto de comer o ir al lavabo. El aislamiento experimental de esta clase determinó con relativa rapidez, por lo general en el segundo día, la aparición de alucinaciones visuales y corporales, cuya generación fue atribuida, conjuntamente, a la privación sensorial, la inmovilidad y el adormecimiento de la conciencia. Los sujetos de la investigación, por lo general estudiantes voluntarios que recibían una estrecha gratificación económica, abandonaban desesperados la experiencia al tercer día. Los

resultados de esta investigación permitieron confirmar la provocación precoz de alucinaciones por el estado de aislamiento.

La cuarta vía experimental relacionada con los mecanismos alucinatorios consiste en la privación del sueño. El estado de somnolencia provocado es muy propicio para el surgimiento de alucinaciones. La conciencia adormecida es un factor alucinógeno que participa en la generación de alucinaciones recordatorias escénicas visuales en la situación de aislamiento experimental.

El estudio científico de las alucinaciones relacionadas con la religión y su extensión transcultural en forma del chamanismo tropieza con el serio escollo proporcionado por el discurso eclesiástico o teológico y su típico cortejo terminológico, de videntes, apariciones, profetas y revelaciones. Hablar de apariciones y profecías ya implica de por sí admitir la base sacra del fenómeno alucinatorio, con lo que se dispone su instalación interpretativa en el plano sobrenaturalista, tratando de conducirlo fuera del alcance de la investigación científica. En esta tesitura, sobre todo si los hechos cuentan con la aprobación institucional o al menos con el apoyo incondicional de un grupúsculo paraeclesial, suele ser un fracaso anunciado la tarea de disuadir al sujeto de que no está protagonizando un acontecimiento milagroso en forma de vivencias sacras o mensajes celestiales.

En estas condiciones, se le tiende la trampa a la psiquiatría de informar si se trata de un misticismo verdadero o falso, dejando entender que solo se admite el primero cuando no existe fraude. Lo que procede en el campo científico no es enjuiciar o calificar el posible misticismo existente sino el estudio de la personalidad y la conducta y la identificación del mecanismo alucinatorio.

La mayor parte de los sujetos protagonistas de éxtasis religioso alucinatorio constatado a lo largo de los tiempos tenían una personalidad histriónica, dominada por la falta de sinceridad y la deformación de la verdad entre la mentira y la mitomanía. Su biografía denotaba casi siempre la presencia de largas temporadas dominadas por la pérdida de la visión o la incapacidad de andar u otros trastornos propios de la neurosis histérica de conversión, que les obligaba a guardar cama durante semanas o meses.

Por otra parte, la conciencia extática es una especie de conciencia flotante, en la que el sujeto se siente salir fuera de sí mismo, y al tiempo desconectado o despegado de la realidad. Esta modalidad de la



conciencia alterada, al implicar el bloqueo de la comunicación emocional y sensorial con el entorno y enturbiar la delimitación entre el espacio subjetivo y el objetivo, constituye el terreno imaginable más propicio para el surgimiento de alucinaciones sacras y celestiales.

Para concluir, hay dos géneros de alucinación que se contraponen en la esfera de la salud mental: las que son un síntoma psiquiátrico destructorante, cuyo papel es el de ocupar el rostro de la psicopatología personal, que el terapeuta recibe como un desafío, y las que se despliegan como un mecanismo defensivo contra el vacío sensorial y hasta como un lenitivo contra la soledad y como un instrumento positivo sea místico para alcanzar el paraíso de los ángeles y los santos, sea creativo para fomentar el despliegue de la originalidad. Dicho en términos sartrianos, en las primeras se impone el en-si, y en las segundas la defensa del para-si.

(La soledad insoportable o mal llevada es una fuente alucinatoria de la que no se libran las personas de alta sensibilidad. La vivencia de soledad alucinógena es mucho mejor conocida por los poetas que por los psiquiatras).

Para nosotros, es fundamental establecer la diferencia entre ambos géneros fundándonos tanto en las características del fenómeno alucinatorio como en su contexto mental.

El espíritu del tiempo (el *zeitgeist* germano) lleva hoy la marca estadística del aislamiento emocional y la inercia mental. Dos calamidades que pueden aligerarse mediante una deconstrucción alucinatoria, en la que emerge la alucinación como una fiel compañía familiar que ahuyenta la soledad o como una especie de carburante para la mente aburrida o apática.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. Alonso-Fernández, F. (1979): *Fundamentos de la Psiquiatría actual* (2 vols.), Paz Montalvo, Madrid (4ta. edición).
- _____. (1989): *Psicología médica y social*. Salvat, Barcelona, (5ta. edición).
- _____. (1993): *Estigmas, levitaciones y éxtasis*. Temas de Hoy-Planeta, Madrid.
- _____. (1996): *Vencer la depresión con la ayuda del medico, la familia y los amigos*. Temas de Hoy, Madrid, (2da edición).
- _____. (1996): *El talento creador. Perfiles y rasgos del genio*. Temas de Hoy, Madrid.
- _____. (2000): La creatividad y la melancolía en Chopin. *Ferrolanálisis* 15, 82-93.
- _____. (2001): *Claves de la depresión*. Cooperación Editorial, Madrid.
- _____. (2003): *Las nuevas adicciones*. TEA, Madrid.

2. Baillarger, J. (1846): *Des hallucinations et des causes qui les produisent*. J-B Bailliere, Paris.
3. Brusset, B. (1995): *Neuro-psy* 10,6, 302-306.
4. Chesterman, L.P. y Boast, N. (1994): Multimodal hallucinations. *Psychopathology* 27.273-280.
5. Ey, H. (1973): *Traite des hallucination*. Masson, Paris.
6. Esquirol, E. (1838): *Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygienique et medico-legal*. Bailliere, 2, Paris.
7. Guiraud, P. (1950): *Psychiatrie generale*. Le François. Paris, 2 tomos.
8. Hagen, F.W. (1868): Zur theorie der Halluzination, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 25, 1-107.
9. Jaspers, K. (1913): *Allgemeine Psychopathologie*. Springer, Berlin. (1ra edición en alemán).
_____. (1993): *Psicopatología general*, Fonda de Cultura Económica, (segunda edición en español), México.
10. Kandinsky V. (1880): A propos de la théorie des hallucinations. *Rev. Med.* 13, 815-824.
_____. (1881): Zur Lehre von den Halluzinationen, *Archiv und für Psychiatrie Nervenkrankheiten*, 11, 2: 453-464.
11. Koupernik, C. (1996): De Kandinsky á Clérambault. Vanité des éponymes. *Ann. Med. Psicol.*, 154, 2: 123-128.
12. Lanteri-Laura, G. (1994): *Las alucinaciones*. Fondo de Cultura Económico, México.
_____. (2000): Signification clinique et psychopathologique des hallucinations. *Evolution Psychiatrique*; 65, 2: 245-254.
13. Lothane, Z. (1982): The psychopathology of hallucinations. A methodological analysis. *British J medical Psychology* 55, 335-348.
14. Penfield, W. (1958): *The excitable cortex in conscious man*. Springfield, Thomas.
15. Plaz, M., Martinot, J.L., Artigues, E. et al (2003): Hallucinations auditives: régions á voir. *Neuropsy*, 2, 4; 141-150.
16. Saladini, B., Luanté, J.P., Muller, P., et al. (2000): *An Med-Psychol* 158, 7; 589-594.
17. Shergill, S.S., Brammer, M.J., Williams, S.C. et al (2000): Mapping auditory hallucinations in schizophrenia using functional magnetic resonance imaging. *Arch Gen Psychiatry* 57; 1033-1038.
18. Strauss, J.S. (1969): Hallucinations and delusions as points on continua functions. *Archives of General Psychiatry* 21, 581-586.
19. Tissot, R. (1992): *Función simbólica y psicopatología*. México, Fondo de Cultura económica.
20. Weber, M. (1997): Les hallucinations: Le point de vue neurologique. *Neuro-Psy* 12, 5; 605-610.
21. West, L.J (ed.). (1962): *Hallucinations. A general theory of hallucinations and dreams*. Nueva York. Grune and Stratton.



HÉCTOR PÉREZ-RINCÓN

Estesia externa e imagen mental. La alucinación entre la cámara oscura y la linterna mágica

Empecemos con la más frecuente y banal de las escenas que se desarrollan en las clínicas psiquiátricas alrededor del mundo: el diálogo entre el interno bisoño y su paciente cuando aquel desea descubrir, por medio del interrogatorio, si éste sufre de alucinaciones auditivas: -“¿oye usted voces?”-, a lo que el paciente, ofendido, responde: -“Claro que oigo voces, no estoy sordo, lo estoy oyendo a usted”-. El primero supone que dentro de la toma de conciencia de su percepción auditiva, el paciente puede distinguir entre “voces reales” y “voces imaginarias, *inexistentes*” como puede diferenciar tal vez entre la náusea, síntoma somático de localización gástrica y la náusea metafórica -“psíquica”-, en el sentido figurado de repugnancia moral, en tanto que el segundo reflexiona: -“¿Qué acaso este imprudente está sugiriendo que estoy loco?”-. Unos años después, ya más versado en semiología pero en el fondo no menos naif, el clínico le preguntará: -“¿Y esas palabras que lo insultan las escucha usted de la misma manera que me está oyendo a mí?”-, sumiendo esta vez a su paciente en la duda. Ambos se adhieren implícitamente, si pertenecen a la llamada cultura occidental, al concepto platónico de que el pensar no es otra cosa que un discurso que el alma se hace a sí misma en torno a las cosas que contempla, y que todo lo que ocurre en el campo mental es traducible a palabras.

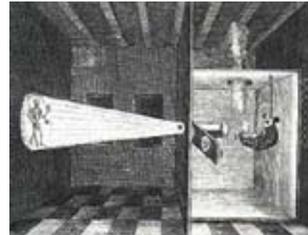
Tras ese acto médico cotidiano aparentemente banal, como tras tantos otros hechos sencillos de la vida, se despliega una rica tradición que sobrepasa a los actores casi siempre ignorantes de ella. Sin que el médico y su paciente se percaten, giran a su alrededor, en la atmósfera mítica de la clínica, las sombras de la pléyade de autores que hicieron del complejo tema de las alucinaciones su campo de estudio: Jean-Etienne Dominique Esquirol, Louis-Francois Lélut, Jacques-Joseph Moreau (de Tours), Wilhelm Griesinger, Jules-Gabriel-Francois Baillarger, Alexandre-Jacques-François Brière de Boismont, Ernest-Charles Lasègue, Augusto Tamburini, Philippe Chaslin, Louis-Jules-Ernest Ségla, y los demás participantes en esas acaloradas discusiones decimonónicas de la Société Médico-Psychologique cuyos ecos persisten hasta nuestros días y cuyas divergencias continúan expresándose en los enfoques actuales. Si tuviéramos la percepción tan fina como algunos de nuestros pacientes, podríamos contemplar sus rostros severos, y escucharíamos al bondadoso Paul Guiraud repitiendo su apotegma: “El problema de las alucinaciones es el problema central de la psiquiatría. Es el campo de batalla en el que se afrontan las teorías”. Si hiciéramos un esfuerzo suplementario tal vez distinguiríamos a Henri Ey, cuyo monumental “Tratado de las Alucinaciones” es la obra cumbre de la psiquiatría del siglo XX. Las preguntas y las anotaciones de nuestro joven colega no dejarían de provocar la sonrisa irónica de dos grandes amigos: Henri Hécaen y Julián de Ajuriaguerra, cuyo libro “Desconocimientos y Alucinaciones Corporales. Integración y Desintegración de la Somatognosia”, de 1952, es una obra clásica del enfoque propiamente neuro-psiquiátrico que debería estar traducida a varios idiomas y ser una referencia indispensable para los modernos neuropsicólogos y seguidores de las *cognitive sciences*, muchos de los cuales ya no hablan francés. Rindámosles aquí, a todos ellos, un recuerdo y un homenaje.

Ahora señalemos un tema que deberán abordar esas *cognitive sciences*: el delicado momento, que cae dentro del terreno de lo inefable, del paso de la ilusión a la alucinación [La frase de Lasègue: “*L’hallucination est à l’illusion comme la calomnie est à la médisance*” es una de las más felices que se hayan pronunciado en psiquiatría en más de doscientos años]. Ahora que mencionamos a Lasègue, no es ocioso señalar que el célebre neurofisiólogo norteamericano J. Allan Hobson, en su libro “*Dreaming as Delirium*”, presenta como una visión original la que el autor francés

había expresado un siglo atrás, a saber, el paso del delirio durante el dormir a la ensoñación en la vigilia.

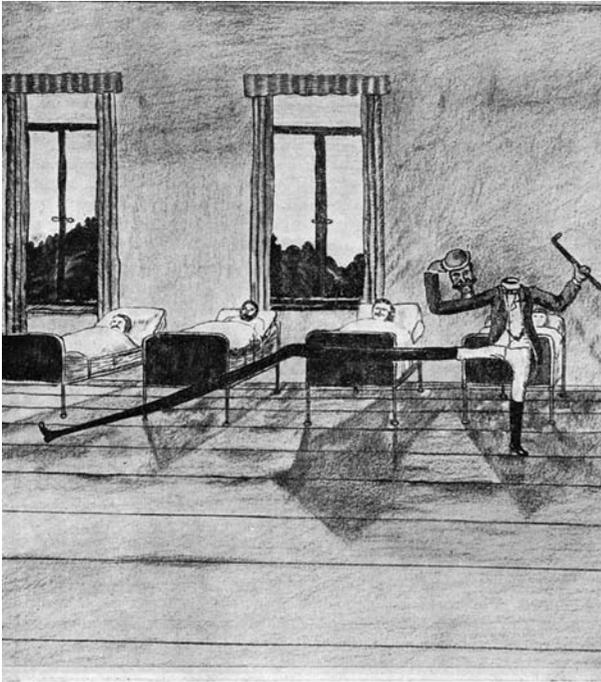
La clásica división entre las alucinaciones sensoriales y las sensitivas por un lado, y por el otro las alucinaciones “psíquicas” sin objetividad espacial (como si realmente pudiera haber alucinaciones que no pertenecieran *strictu sensu* al mundo psíquico), puede ser representada esquemática y metafóricamente por medio de dos instrumentos ópticos de gran tradición en la física y en la literatura, lo que nos permite, por otra parte, introducir las bellas letras a la psicopatología: la cámara obscura (cuyos antecedentes se remontan a Aristóteles) y la linterna mágica, descrita en 1645 por su inventor, el jesuita alemán Athanasius Kircher.

La cámara obscura –antecedente y base mecánica de la fotografía– proyecta la exacta y diurna realidad exterior dentro de la oscuridad de una habitación. La linterna mágica –antecedente y base mecánica del cinematógrafo– interpone una escena pintada frente a la fuente luminosa interior del aparato para proyectarla sobre el muro de la habitación oscurecida. La cámara obscura reproduce la realidad, la linterna mágica la recrea produciendo un mundo fantástico.



El primer aparato evoca la imagen mental, esa-representación interna evocadora de las cualidades sensoriales de un objeto ausente del campo perceptivo, que caracterizaría a la alucinación “psíquica” (pseudo alucinación), y que no es proyectada al mundo objetivo con signos espaciales de localización, es decir, no es percibida en el mundo exterior.

En tanto que la linterna mágica evoca la estesia externa de la “verdadera” alucinación y sobre todo la proyección hacia el mundo exterior de los contenidos oníricos en el fugaz momento del estado hipnópico, como lo describen, cada uno por su lado, dos literatos fisiólogos: Sor Juana Inés de la Cruz y Marcel Proust. La proyección del *fantascopio*, variedad de linterna inventada en 1789 por Etienne Gaspard Robertson, nos permite además simbolizar a la vez la “forclusión” lacaniana y las fanteidolias



Phantéidolie

Hallucination « encastrée » insérant sa figuration fantastique dans un champ visuel normalement « encadrant » (d'après W. MAYER-GROSS, *Handbuch der Psychiatrie* de BUMKE, 1928).

éidolo-alucinósicas de Henri Ey, dos autores que abrevaron en la obra de Séglas.

Ahora bien, es posible que los teóricos de la semiología y los psicopatólogos hayan sido víctimas, como sus pacientes, de una ilusión de óptica semejante a la generada por los instrumentos que evocamos: Las neurociencias han mostrado la existencia de similitudes que pueden llegar hasta la imposibilidad de distinguir con ayuda de los criterios inmanentes al cerebro que dan las medidas de su metabolismo, entre la percepción, el sueño o la alucinación; la acción que se efectúa realmente, de aquella

que sólo se imagina que se hace. Es decir, que en general la representación mental desprovista de realidad objetiva es idéntica a la representación mental dotada de realidad objetiva. En relación a la activación diferencial del área visual no hay diferencia significativa entre ver objetos realmente dados por la percepción y “ver” mentalmente las imágenes que sólo existen en la imaginación. La *phantasia* de los griegos, que significa a la vez “imagen” e “imaginación”, pone en crisis la definición de Esquirol y hermana la realidad con el sueño como nos enseñó don Pedro Calderón de la Barca. No en balde Hobson recurre al dramaturgo madrileño para elegir el epígrafe de su *The Dreaming Brain*:

Dormid, dormid al son
de mi músico acento,
que mudas consonancias de la vida
son también las inquietudes del silencio



Dormid, dormid no sólo
 hoy al descanso atentos,
 pero atentos a ver qué es lo que quiere
 en vuestras sombras revelar el cielo

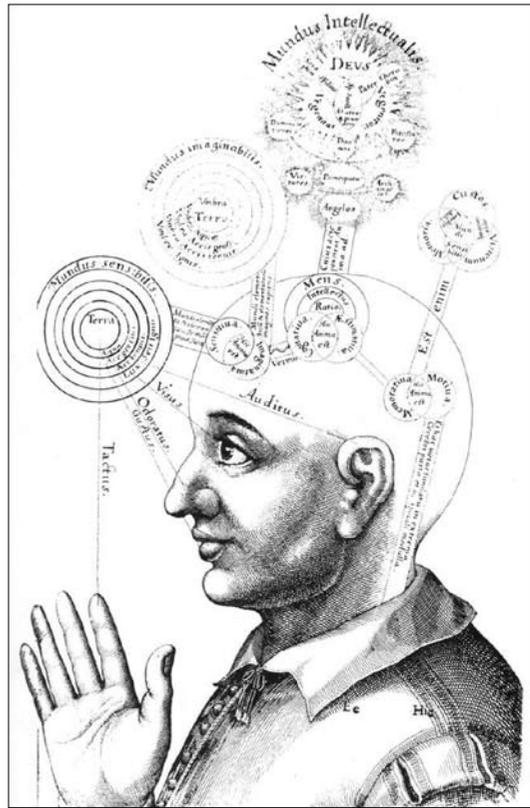
Y vosotras, ideas
 que en fantásticos cuerpos
 representáis como en retratos vivos
 ansias y gozos a sentidos muertos,
 ved que Dios conmovido
 de una virtud al ruego,
 en términos nos manda que las ruinas
 que el sueño destruyó, restaure el sueño.

(Sueños hay que verdad son)

Disolución sensorial y reconstrucción perceptiva. La explicación del mundo onírico que brinda Hobson es del todo pertinente para el acto alucinatorio:

En los sueños, todo un mundo de experiencias conscientes se abre cuando el cerebro permanece desconectado. Ello significa que, mientras tanto, el cerebromente usa, de algún modo, su propia energía y su propia información para generar una realidad virtual compleja y estimulante.

La identidad cerebral de la representación mental desprovista de realidad objetiva y de la representación mental dotada de realidad objetiva (linterna mágica y cámara oscura), que la imagenología descubre, viene a comprobar, por otro lado, y a gran coste, lo que hace bastante tiempo había señalado nuestro padre Epicuro:



Las imágenes mentales de los locos y las que sobrevienen en los sueños son verdaderas porque mueven. Pero el no-ser no mueve” (Diógenes Laercio, Epicuro: X, 31-32). Sextus Empiricus (a quien evocan sin decirlo los constructores del DSM) escribe por su lado: “Epicuro decía que todos los objetos de la sensación son verdaderas y reales; pues no había diferencia entre decir que algo es verdad y que existe. (Adv. Math. VIII, 9).

Si la introducción de los neurolépticos ha modificado en nuestros días la clínica de la alucinación y las discusiones de nuestros predecesores que hoy evocamos ya sólo interesan a los historiadores de la psiquiatría, en cada paciente alucinado que desafía a su terapeuta sobrevive la descripción del mayor de los poetas:

Ficca di retro alli occhi tuoi la mente,
e fa di quelli specchio alla figura
che'n questo specchio ti sarà parvente.
(Paradisso, XXI, 16-18).



Simposium Alucinar o delirar





CARLOS ROJAS MALPICA

Sentir y percibir: umbrales y matices

Los conceptos de sensación y percepción llevan tan largo recorrido que parecería imposible agregar algo nuevo o medianamente interesante a lo que ya se ha debatido. Desde los trabajos clásicos de Helmholtz, Wundt y Fechner, hasta las más recientes investigaciones en el campo de los potenciales evocados y las neuroimágenes, se ha avanzado muchísimo en la explicación de los mecanismos psicofísicos de la sensación y la percepción (1,2). Aunque el campo semántico de ambos términos, sobretodo para la neurofisiología, parece haber alcanzado un razonable nivel de consenso, no es infrecuente la condensación conceptual como *sensopercepción*. He aquí dos definiciones:

Sensación: percepción de una impresión transmitida por un nervio aferente desde los órganos de los sentidos o de otra parte. Pueden distinguirse, sensación articular, diferida, especial, externa, general, interna, objetiva, psicovisual, refleja o referida, retardada, secundaria, subjetiva, sucesiva y transferida.

Percepción: capacidad psicológica asegurada por el buen funcionamiento de las zonas cerebrales primarias, secundarias y otras, en relación con la

integración de las sensaciones. Comporta la apreciación correcta de las mismas a un nivel superior (3).

Desde un primer momento la investigación sobre los umbrales sensitivos se centró en cuantificar los procesos de conducción nerviosa y los potenciales de acción, así como en la capacidad de discriminar entre diversos gradientes de estimulación, pero hoy esa atención se dirige más allá de los umbrales. Así ocurre en el estudio de los *qualia*, donde, por ejemplo, la conciencia se ocupa de los diversos matices del rojo hasta que es percibido como otro valor, o el momento en que una vibración deja de ser percibida como una sensación grata, para transformarse en dolorosa (4). Para ello es necesario considerar la vivencia del sujeto, pero también se requiere aproximarse al tema de los Correlatos Neurales de la Conciencia (CNC), que en términos de Crick y Koch, se refiere sobretodo al *set* de eventos neuronales que permite activar y/o registrar aspectos específicos de un percepto consciente. Dichos autores proponen aspectos de enorme relevancia para desarrollar nuestras ideas. Por una parte, se interesan por tiempos de reacción muy rápidos, de un orden que va desde los milisegundos hasta unos pocos segundos, en los cuales sólo hay posibilidad de comportamientos ya elaborados, de los que parece ocuparse en gran medida la zona frontal del cortex, donde algunos *inputs* provenientes de las zonas sensoriales activan respuestas estereotipadas e inconscientes que por su rapidez, no requieren de grandes elaboraciones conscientes; con lo cual debe admitirse que buena parte de la actividad frontal transcurre y se dedica a procesos inconscientes. Por otro lado, proponen que la principal función del cortex sensorial consiste en construir y utilizar detectores de rasgos o cualidades específicos, como los que son activados para la orientación, los movimientos y la identificación de rostros. De tal manera que podríamos afirmar que la mayor parte de las actividades sensoriales y motoras ya se encuentran hechas y disponibles en toda la corteza cerebral. Para Libet, debe transcurrir casi medio segundo para que una situación se registre en la conciencia, de tal manera que sólo nos hacemos conscientes de algunos comportamientos, después que ya el cerebro inconsciente dispuso llevarlos a cabo (5). No es necesario, por ejemplo, que el animal explore entre una gran variedad de posibilidades comportamentales y registros mnémicos, para que sepa que está ante un depredador y que corre peligro, sino que de inmediato se reclutarán los registros neurales inconscientes que dan lugar al comportamiento



de lucha o de huida. No se trata sólo de respuestas emocionales innatas o aprendidas, sino también de asambleas o nichos neuronales donde se guardan comportamientos inconscientes, pero muy necesarios para la preservación de las especies y de su perfeccionamiento en los individuos. Crick y Koch hablan incluso, de un homúnculo inconsciente y de “zombie modes” que pueden ser pensados como reflejos corticales inconscientes estructurados como respuestas rápidas y estereotipadas. Luce acertado usar la palabra zombi, una voz de origen haitiano, que se utiliza tanto para referirse a una persona que se supone muerta, pero que ha sido revivida por un acto de brujería, como para designar un comportamiento automatizado en un sujeto con cierto grado de alteración de la conciencia, que al mismo tiempo, luce vacío de iniciativas voluntarias y de reflejos vivaces en la conducta. La metáfora del zombi tiene sentido, porque sí, efectivamente, todo el comportamiento del sujeto no estuviese iluminado con el brillo vivencial de la conciencia, luciría como una especie de robot neuromotor. La consciencia se concierta mucho más lentamente y con ingresos sensoriales más amplios, menos estereotipados, muchas veces configurados en imágenes, y se toma más tiempo para decidir entre pensamientos y respuestas apropiados que requieren complejos procesos de elaboración. Ese proceso de cualificación consciente de los diversos matices sensoriales y su progresiva complejización es un rasgo progresivo, que, en la evolución filogenética, conduce hasta el *homo sapiens sapiens*.

En proximidad conceptual con los autores citados, se encuentra el laureado Eric Kandel, quien al proponer un nuevo marco referencial para la psiquiatría encuentra en la neurobiología una posibilidad cierta de aproximarse a los procesos inconscientes. En sus investigaciones sobre la memoria, concluye que ésta no es una función mental unitaria, sino que puede existir, al menos, bajo estas dos formas: explícita e implícita. La primera codifica informaciones acerca de eventos autobiográficos y conocimiento factual; es una memoria acerca de la gente, de los hechos, lugares y objetos, que requiere para su expresión del hipocampo y del lóbulo temporal medial. La memoria implícita, en cambio, se refiere a una actividad inconsciente relacionada con estrategias perceptuales y motoras, que depende de sistemas sensoriales específicos, así como del cerebelo y los ganglios basales. Ambos sistemas de memoria se sobrepone y a menudo son utilizados conjuntamente en diversas situaciones de aprendizaje. Incluso, el uso repetido de la memoria declarativa puede constituirla en memoria de procesos, como ocurre, por ejemplo, en el

aprendizaje de conducir vehículos, que termina registrándose como un hábito psicomotor (6, 7).

Pero, ¿adonde nos conduce esta disertación sobre estructuras sensoriales y motrices inconscientes y, qué relación guarda con los umbrales y matices de la sensación y percepción, que son, ciertamente, nuestro tema? Pues que todo parece indicar que es desde tales estructuras que se construyen los perceptos conscientes de los ingresos que nos da el sensorio, de tal manera, que parece poco probable almacenar una información en el largo plazo, si esta no encuentra un nicho ideo-neural donde pueda ser adscrita y procesada. De hecho, en el denominado “medio consciente”, promovido por la activación tálamo-cortical, cuando se realiza una tarea que requiere esfuerzo y atención, encontramos coactivadas espontáneamente, estructuras neuronales coordinadas en espacio y tiempo, del tipo de las “representaciones previas globales”, que a su vez, generan otros procesos en el SNC (8). Ya ha sido dicho: ni los estímulos procedentes del exterior o el interior se reflejan como en un espejo en las áreas perceptivas del cerebro, ni la consciencia es un reflejo generalizado de la realidad. Los matices lo serían entonces, de algo ya registrado en un inmenso almacén de estructuras pre-existentes, que permite contrastar y re-elaborar lo nuevo con aquello ya existente. Toda la sensopercepción queda entonces teñida por la subjetividad, lo que la convierte en una experiencia necesariamente personal. Ello es así, porque el cerebro no es un ente que reciba pasivamente los estímulos, sino que funciona como *un sistema autoorganizado, “abierto” y “motivado”*, tal y como acertadamente lo entiende el neurofisiólogo francés JP Changeux (8). Ello es especialmente visible en la denominada *selección por pertinencia*, en la que *podemos imaginar que un objeto mental que entra en el compartimiento de la memoria a corto plazo es tanto más pertinente si tiene posibilidades de combinarse con otras representaciones –o intenciones– presentes en ese compartimiento, de integrarse en un conjunto semántico latente abriéndose a la movilización de nuevas conexiones de neuronas, de suscitar una expectativa...* (9). Pero, aunque cada cerebro sea distinto, incluso el de los gemelos monocigóticos, la experiencia sensoperceptiva y cognitiva es universal y, por lo tanto, comunicable y susceptible de generar acciones similares y socialmente compartidas. Changeux además habla de *memes culturales*, para referirse a *las entidades culturales susceptibles de ser transmitidas y propagadas epigenéticamente de cerebro a cerebro en las poblaciones humanas*, las cuales, curiosamente han sido comparadas con los virus, porque



aunque los objetos mentales no se propaguen de la misma manera que una infección viral, sino como sus representaciones neuronales, que son igualmente estables (9). Se es individuo y especie. Como especie heredamos un equipo neuropsíquico dotado de comportamientos innatos, pero como individuos, no sólo maduramos esa dotación innata, sino que aprendemos y alojamos novedosas y originales adquisiciones en esos locus neurogenéticos por la vía de procesos epigenéticos que van mucho más allá de la simple maduración. El material que ahora porta el fenotipo, gradualmente y por selección darwiniana, pasará al genotipo como patrimonio de la especie. Podríamos decir que la percepción de matices representa una peculiarización del objeto percibido y, de alguna manera, tanto una distinción del individuo con respecto a su especie, como un encantamiento del objeto con la cobertura simbólica que ahora le aportó el sujeto al hacerlo suyo. De alguna manera, la filogénesis apunta en dirección al yo y a la consciencia (Lamarck, en su *Filosofía Zoológica*, publicada en 1809, hablaba del “sentimiento interior”, como un rasgo común entre el hombre y ciertos animales) (9). Los símbolos también guardan significados inconscientes, especialmente aquellos que Jung describió como arquetipos. Por otra parte, ya Lacan advirtió que el inconsciente está escrito como un lenguaje. Un fenómeno complejo que, como veremos más adelante, tiene especial relevancia en el estudio de las representaciones.

La influencia de Darwin, sin duda alguna, permitió a los neurólogos de los siglos XIX, XX y aún del XXI, comprender la jerarquización de las funciones del SNC. Tampoco Freud nos hubiese podido pensar como criaturas pulsionales e instintivas, si antes Darwin no se atreviera a proponer nuestro parentesco con el resto de la vida animal. Ya sabemos que el proceso filogenético que lleva hasta el *homo sapiens sapiens* que somos hoy, se cumple ganando en complejidad. Esta jerarquización de las funciones cerebrales ya fue propuesta por el neurólogo británico John Hughlings Jackson (1845-1911) quien, conocedor de los trabajos de Darwin, afirmaba que las estructuras cerebrales filogenéticamente más antiguas quedaron jerárquicamente subordinadas a las de más reciente aparición, de tal manera que el SNC queda funcionando con arreglo a un modelo jerárquico donde las funciones mentales superiores se entienden como un producto del desarrollo evolutivo. En este caso debe aceptarse que la ontogénesis reproduce la filogénesis. Ese modelo avanzó todavía más con Sherrington (1857-1952), quien trascendió

el modelo localizacionista de Broca (1824-1880), con una propuesta que admitía situar las lesiones, pero localizándolas más funcional que topográficamente. A cada lesión correspondían dos órdenes de signos, los deficitarios ocasionados por la pérdida de la función, y los positivos, relacionados con la liberación de funciones que estaban inhibidas por el control superior. Más adelante, Henri Ey partirá de las mismas premisas para postular su “hipótesis órgano-dinámica”, de fructíferos resultados en la intelección de los trastornos mentales. De inmediato hay que aclarar que la expresión “órgano-dinámica”, no se refiere propiamente a un órgano, ni quiere ser un postulado organicista, sino que propone una “organización dinámica” de las funciones cerebrales y de la vida en general (10).

DEL ANANCASMO ALUCINATORIO A LA COMPLEJIDAD DE LO MATICES

Los nuevos planteamientos provienen, no sólo de un mayor conocimiento de las vías y trayectos implicados en la transmisión nerviosa y en los mecanismos de recepción y reconocimiento cortical, sino también de una nueva concepción del funcionamiento cerebral que apunta hacia un replanteo de la subjetividad, hecho en diálogo fecundo con las ideas del chileno Maturana y el filósofo francés Edgar Morin.

Las conductas estereotipadas, al igual que los tics y movimientos involuntarios ya se observan en animales inferiores. El acicalado de algunos roedores, el movimiento rítmico hacia los lados de los plantígrados y el movimiento de nariz de los conejos se manejan desde los núcleos grises de la base del cerebro. En el proceso filogenético que condujo hasta los primates, esos núcleos fueron tapiados por las nuevas estructuras cerebrales, que los inhibieron y colocaron bajo su comando neural. Por lo tanto, su actividad sólo se tornará visible en la clínica humana, bien cuando por alguna razón patológica los centros superiores de control cortical resultan afectados, o bien porque su acción se independice y anden por su cuenta, como parece ocurrir con algunos estados de hipersensibilidad, en que los receptores del núcleo se activan con estímulos sub-umbrales (*kindling*) o con concentraciones mínimas del neurotransmisor correspondiente. Ello puede ser observado en la clínica neuropsiquiátrica en algunas distonías, paratonías y estereotipias orofaciales y/o bucolinguales provocadas por el uso de neurolépticos o



el abuso de cocaína, pero también en algunas patologías neurológicas acompañadas de trastornos del movimiento, como en la enfermedad de Parkinson y las coreas. Los hábitos economizan tiempo y energía simplificando procedimientos rutinarios, dejando libre a la economía psíquica para otras realizaciones de mayor exigencia o elaboración. Por lo tanto, hábitos psicomotores disponibles y libertad guardan estrecha relación con la salud mental. Traver Torras (11), afirma que existen “programas y rutinas cerebrales arcaicos”, que pueden ser de tipo motor, conductual, interpretativo, o sensorial, relacionados con la supervivencia de la especie, consistentes en códigos o “cluster” de carácter innato y algorítmico, y que guardan relación con la expresión de algunas enfermedades mentales. Dichos programas pueden ser “innatos o aprendidos” (sic), comunes a la especie o propios de una cultura o de un determinado individuo, y puede decirse que representan la persistencia en el cerebro de patrones que han sido válidos para la supervivencia y que operan conjugada o separadamente en un individuo. La enfermedad mental consistiría en que uno de estos programas toma el comando del comportamiento y anula o debilita otros que podrían oponérseles, por lo que la conducta se torna rígida e innegociable, a lo que puede añadirse que se pierde también complejidad y frescura. El autor propone que hay programas más recientes, que han surgido para controlar otros más antiguos que van resultando cada vez menos adaptativos. La enfermedad mental, entonces, representaría la vuelta a una legalidad anterior que ya no resulta congruente con la vida contemporánea del sujeto. Ello coincide con la teoría de Henry Ey, quien proponía que es la desestructuración de las funciones mentales superiores, asentadas sobretudo en el neocortex, la que constituye, la clave de los trastornos psiquiátricos. De allí que el autor definiera a la psiquiatría como una disciplina que se ocupa de la *patología de la libertad*, puesto que las desestructuraciones globales constituyen propiamente la patología psiquiátrica, mientras que las alteraciones parciales, son sobretudo, temas de la neurología. Con Ey, la psiquiatría se afirma ambiciosamente ante el resto de la medicina, al proponer un modelo de enfermedad mental, que es capaz de sustentar, también, una nueva antropología (10).

Para los médicos griegos, dice Laín Entralgo (12), era muy importante discriminar si la enfermedad observada ocurría *kat' anánkē*, es decir, por una forzosa necesidad de la *physis*, expresiva de un lugar natural más profundo y definitivo que los *nómoi* o convenciones sociales de los

hombres, visible sobretudo en las enfermedades de curso inevitable, o bien *kat à týkhēn*, como en aquellos casos en que la acción del azar se ha apoderado de la *phýsis*, pero que el médico logra modificar o evitar con su *tékhnē*. Pero el concepto puede ir más allá de lo forzosamente trágico o fatal, pues “*las enfermedades otoñales curan kat’ anánkēn en primavera*”. Partiendo de ese concepto, y de la hipótesis órgano-dinámica de Henry Ey, desarrollamos la hipótesis de la *enfermedad mental como anánkē*, es decir, como una situación en la que se suprime la plasticidad y frescura vital del comportamiento saludable, por una conducta altamente predecible por la que el enfermo fragua en una estructura clínica rígida, todo lo cual es especialmente visible en el trastorno esquizofrénico (13). Siguiendo a Lantéri-Laura (14), trataremos de señalar algunos momentos fundamentales del pensamiento psiquiátrico sobre las alucinaciones, para luego presentar nuestra propuesta.

Fue Esquirol quien propuso definir la alucinación como una “percepción sin objeto”. Desde entonces se han formulado muchos añadidos a su definición, pero pocos cambios sustanciales. En el año de 1846, Baillarger, en la Academia Real de Medicina propone distinguir entre alucinaciones psicosenoriales y alucinaciones psíquicas. En las últimas, el enfermo experimenta la impresión de escuchar el pensamiento de manera muy nítida, como una voz interior y secreta que no procede del exterior. Mientras JP Falret, en La Salpêtrière afirmaba en 1864, algo que nos interesa destacar:

...las alucinaciones de los alienados se refieren sólo a un sentido, a un objeto o a una serie idéntica de objetos. Por lo contrario, en los sueños la percepción fantástica de las cosas ausentes no puede preverse, se presenta al azar, sin discontinuidad y en el campo de todos los sentidos [...] la alucinación, esta percepción sin objeto, o, si se prefiere, ese rumiar de las sensaciones... (14)

De tal manera, que ya en Falret se registra ese fenómeno anancástico que nos interesa subrayar. Es todavía *la época de la alienación mental*. En la Société Médico-Psychologique se discute el tema de las representaciones mentales y sus relaciones con la percepción, así como los posibles fundamentos fisiológicos de ambas. Ya en el *período de las enfermedades mentales* J Séglas, conocedor de los trabajos de Broca sobre la afasia (1861-1865) y de Wernicke sobre el lenguaje (1874), así como



de toda una nueva concepción de la corteza cerebral y sus localizaciones, renueva con ese saber la concepción de las alucinaciones adoptando la teoría del italiano Tamburini, quien “atribuye la alucinación a los centros perceptivos corticales” (14). Afirma que “*la alucinación consiste en una excitación patológica de los centros sensoriales de la corteza, análoga a lo que en los centros motores produce la epilepsia de origen cortical, y así como ésta tiene por efecto el movimiento irregular, de la misma manera aquélla tiene por consecuencia las sensaciones irregulares*” (14). Es por ello que se interesa especialmente por las perturbaciones del lenguaje y separa las alucinaciones verbales, auditivas, visuales y psicomotrices, a las que da ese nuevo significado clínico y diagnóstico, llegando a considerar las alucinaciones verbales como *el reverso de la afasia*, insistiendo en que se trata de fenómenos automáticos, en los que el pensamiento verbal se vive separado del yo, como una especie de alienación del lenguaje. Luego seguirá Clérambault, incorporando las alucinaciones dentro de su Síndrome de Automatismo Mental, entre cuyos datos semiológicos, nos interesa destacar la enajenación de la voluntad y su imposición al yo. Posteriormente, ya en la *época de las grandes estructuras clínicas*, la teoría neo-jacksoniana de las alucinaciones que propone Henry Ey, sólo considera verdaderas alucinaciones a las psicóticas o delirantes, las cuales constituyen un aspecto liberado y positivo producto de una desestructuración global de las actividades del neo-cortex, que tiene como rasgo negativo la pérdida de la capacidad de distinguir entre la realidad y el fantasma interior que hace posible la alucinación. De tal manera que para Ey, no se trata de simple irritación cortical ni de la proyección de un afecto reprimido en el inconsciente, sino de una alteración muy compleja que impacta severamente al sujeto, y reduce su libertad.

Partiendo de las teorías neurofisiológicas recorridas en esta comunicación, nos resulta válido aceptar que la consciencia se construye y reconstruye permanentemente con los datos proporcionados por la realidad, pero también generando datos por una actividad espontánea que implica diversas redes neuronales, que no sólo tienen que ver con la vigilancia y la discriminación acertada de esos datos, sino también con matices personales donde está presente el yo, así como los recuerdos y vivencias personales del sujeto, en una permanente realización autopoyética. Procesos de simulación y de supervisión intervienen en los diversos estados de conciencia que posibilitan *un acceso global al*

pasado, el presente y el futuro (8). El sujeto no es sólo receptor de estímulos procedentes del ambiente, a los que responde desde su cerebro con las pautas innatas inscritas en su genoma, sino que también es agente hacedor de nuevas realidades y conductas. *Es factor poiético y autopoiético. Y por eso tiene dignidad.* En el diálogo entre la dotación genética con el ambiente y la constitución de lo epigenético, la conciencia y la neuroplasticidad son fundamentales (15). Los zombis de Crick o las representaciones previas de Changeux, independizados del yo, impuestos alucinatoria y automáticamente en una conciencia que no puede diferenciarlos de la realidad, constituyen una expresión sintomática de lo que hemos denominado la *enfermedad mental como anánkē*. Si no fuera por la diversidad de temas y matices del momento onírico, podría decirse que hay una similitud de éste con los fenómenos alucinatorios. Parece ser, que cuando el sujeto esquizofrénico alucina y es tomado por sus zombis, se activan un conjunto de áreas corticales de asociación visual, auditivas y del lenguaje, en concierto con complejas redes subcorticales, mientras que, al mismo tiempo, la corteza prefrontal guarda silencio, lo que reduce o aniquila cualquier posibilidad de recreación en lo novedoso y estocástico que introducen las coloraturas y los matices. No sería extraño que el mecanismo del *kindling* intervenga en el proceso alucinatorio, pero en todo caso, el fenómeno alucinatorio debe ser entendido como un componente de una estructura más compleja.

Para Zubiri, la inteligencia humana no es pensamiento abstracto, *sino la capacidad que el hombre tiene de aprehender las cosas y de enfrentarse con realidades. Y entre mero estímulo y realidad hay una diferencia no gradual, sino esencial... el animal reacciona sólo ante estímulos, el hombre lo hace ante realidades* (16). La inteligencia humana es *sentiente*, y por lo tanto, las sensaciones son objeto de una teorización especial en la antropología de Zubiri. Tiene sentido recordarlo hoy, cuando la cultura ha convertido la piel en el órgano más importante del cuerpo. Si antes la vida interior era el principal objeto de contemplación, hoy lo es aquello inmediato que ingresa por los sentidos. En términos de liberación tiene sus ventajas, pues ya no hay, o no debería haber pudor por sentir, ni intensamente, ni en los más diversos matices. Pero el experto en salud mental debe también señalar los riesgos de la entrega ilimitada. En una cultura que privilegia las emociones intensas y el *carpe diem*, se promueve también un tipo especial de comportamientos que encontramos entre los denominados *seekers sensations* o buscadores de sensaciones. Entre ellos encontramos



toreros, alpinistas, corredores de automóviles, pilotos y una gran cantidad de aficionados al riesgo. Pero además, algunos grupos antisociales se constituyen en las llamadas sectas satánicas, que en medio de un frenesí colectivo, animado con drogas de abuso, música ácida, sexo perverso, sacrificios de animales o eventualmente humanos, ofrecen su alma al demonio en una escatológica misa negra oficiada en la medianoche. Se trata de una ofuscación encefálica difusa que arrastra consigo la sexualidad. Pensamos que después de la transgresión de ciertos umbrales, quedan muy pocas posibilidades para un retorno saludable, y que la experiencia deja al cerebro inservible para discriminar los matices de la estimulación fina y sutil. No es extraño que estas experiencias, ubicadas *mas allá del principio del placer*, porten una extraordinaria potencialidad adictiva, que las hace forzosamente repetitivas y anancásticas.

Por el lado del mundo interior, tan subestimado por la cultura contemporánea, encontramos el tema de las representaciones. La vida interior, que tanto prestigio tuvo cuando todavía se creía en el alma, hoy ofrece menos posibilidades de convocatoria que la piel. Es el espacio de las representaciones, las evocaciones, la meditación, la nostalgia y el sosiego, pero también de recodos íntimos cuya visita puede ser muy dolorosa. El trabajo creador, la *poiesis* y la razón encuentran allí un lugar privilegiado. Decía Fernando Pessoa en su fina prosa:

Condillac comienza su libro célebre, “Por más alto que subamos y más bajo que bajemos, nunca salimos de nuestras sensaciones”. Nunca desembarcamos de nosotros. Nunca llegamos a otro sino otrándonos mediante la imaginación sensible de nosotros mismos. Los verdaderos paisajes son los que nosotros mismos creamos [...] quien ha cruzado todos los mares ha cruzado tan sólo la monotonía de sí mismo (17)

Decía Bleuler que la *representación cumple la función de una percepción prolongada en el tiempo; es una percepción que se sobrevive* (14). Con las palabras de Pessoa que hemos citado anteriormente, habría que añadir que la representación termina teñida de matices con los que el sujeto la conserva y la hace suya. A diferencia de la alucinación, en la representación los objetos se presentan menos nítidos, aparecen en un espacio subjetivo o interior y dependen de la voluntad (18). Casi para concluir, citaremos unas palabras del vate carabobeño Vicente Gerbasi, ricas en imágenes y matices, próximas a la libertad por lo estocástico, y lejos, muy lejos, de la

enfermedad mental como anánkē:

Oigo rumores que vienen del corazón
de los labriegos
oigo el tiempo acumulando café en los
patios iluminados
sonando guaruras indígenas
en las colinas de la tarde (19)

De allí lo acertado de Eugenio Montejo al comentar *Los espacios cálidos* de Gerbasi, cuando le cita:

El trópico (anotó en un ensayo de juventud) es más favorable a lo demoníaco que a lo angélico. Aquí las fuerzas de la naturaleza están siempre cerca de la cólera. Aquí reina la violencia cósmica. América produce angustia, sobresalto y tristeza”, para inmediatamente añadir: A partir de ese giro, sus palabras, como el vuelo circular y demorado del gavián, tan presente en sus versos, retornan sin cesar a su ámbito mítico, depurando su registro con el paso de los años, mientras la voz gana mayor fluidez sin mostrar caídas ostensibles. Una tenue melancolía convive con los colores de sus recuerdos y la fuerza de los elementos que pueblan su geografía (19).

De todo lo cual nos valemos para apuntalar definitivamente nuestra tesis sobre el valor que los más íntimos matices tienen para resemantizar la vida y dar acceso a aquella libertad que propugnaba Henry Ey.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Watson, Charles. Psicofísica. En: Wolman Benjamín (Ed). Manual de Psicología. Barcelona, Ediciones Martínez Roca, SA. 1979. 277-356.
2. Kolb Bryan, Whishaw IQ. Cerebro y Conducta. Madrid, Mc Graw-Hill/Interamericana de España, SAU. 2002. 635 págs.
3. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Barcelona, Masson SA. 2000. 1315 págs.
4. Crick Francis, Koch Christophe. A framework for consciousness. Nature neuroscience, Feb 2003, 6 (2): 119-126.
5. Libet Benjamin. Mind Time: The Temporal Factor in Consciousness. Harvard, Harvard University Pres. 2004.
6. Kandel Eric. A new intellectual framework for psychiatry. Am J Psychiatry. April 1998, 155: 457-469.
7. Kandel Eric. Biology and the Future of Psychoanalysis: A new Intellectual Framework Revisited. Am J Psychiatry, April 1999, 156: 505-524.



8. Changeux Jean-Pierre. El hombre de verdad. México DF, Fondo de Cultura Económica. 2005. 311 págs.
9. Changeux Jean Pierre. Razón y placer. Barcelona, Tusquets Editores, SA. 1997. 199 págs.
10. Lantéri-Laura, Georges. Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. Madrid, Editorial Triacastela. 2000. 335 págs.
11. Traver Torras, Francisco Javier. Programas y rutinas cerebrales arcaicos y su relación con la psicopatología. Documento en línea: Programas y rutinas motores arcaicos y su relación con la psicopatología.htm [Consultado el 3/10/2004].
12. Laín Entralgo, Pedro. La Medicina Hipocrática. Madrid, Revista de Occidente, SA. 1970.
13. Rojas Malpica C, Gómez-Jarabo G, Villaseñor S. La enfermedad mental como *anáknè*. Investigación en Salud. Vol VI, N°3, Dic 2004: 159-164.
14. Lantéri-Laura, Georges. Las alucinaciones. México DF, Fondo de Cultura Económica. 1994. págs 227.
15. González Valenzuela Juliana. Genoma humano y dignidad humana. Barcelona, Anthropos Editorial. 2005. 252 págs.
16. Zubiri Xavier. Siete ensayos de antropología filosófica. Bogotá, Universidad Santo Tomás. 1982. 243 págs.
17. Pessoa Fernando. Libro del desasosiego. Barcelona, Editorial Seix Barral, SA. 1988. 399 págs.
18. Alonso-Fernández Francisco. Psicología Médica y Social. Barcelona, Salvat Editores SA. 1989. 713 págs.
19. Montejo Eugenio. Los espacios cálidos y otros poemas. Documento en línea: <http://laliebre-libre.com.ve/w/vicente-gerbasi> Consultado el 21/09/06.





JAIME QUEZADA CARDIEL

Lógicas del delirio: pasado, presente y futuro del loco razonar cuerdo

Desde la lógica aristotélica y los procesos lógicos de pensamiento suponemos que el raciocinio normal es lógico y por ende el delirio sería ilógico, toda vez que se trata de creencias falsas de contenido improbable o imposible y sostenidas por el enfermo con plena convicción. Se trata de una definición muy restringida y sin embargo aceptada en virtud de que permite reconocer al enfermo delirante. No obstante, ha sido difícil definir el delirio. Y no tanto por que este síntoma incida en los fundamentos cognitivo-emocionales del pensamiento sino por que es considerado como “creencia anormal”. Los delirios son síntomas psicopatológicos heterogéneos y no equiparables a creencias normales o anormales de ningún tipo. Ello no contradice la coexistencia del loco razonar cuerdo junto al raciocinio normal en esa dirección doble del pensamiento que no obstante delirar en un aspecto, se mantiene cuerdo y razonable en otros, pues sabemos que estas psicosis evolucionan sin desintegración de la personalidad. Al no ser creencias anormales ¿entonces que son?

Empecemos por señalar las direcciones o líneas de pensamiento actual sobre el delirio: 1ª: El de las “lógicas delirantes” que incluyen por lo menos cinco ensayos-libros publicados de 1996 a la fecha. 2ª: Artículos de investigación publicados de 1999-2002 consistentes

en 54 trabajos sobre delirios de diverso tipo y de los cuales doce se referían directamente al delirio razonante. 3ª: Estudio científico de la fase prodrómica del primer episodio psicótico (Cf. McGorry, Patrick, Alison R. Yung y Lisa J. Phillips, 1995, 2003)) que señala un *índice de transición a la psicosis* del 83.3% y *tasa de transición* del 40.8% (20 de un total de 49) para el grupo de pacientes que tenía “síntomas psicóticos atenuados” y “estado mental de riesgo” (aceptados por su valor de predicción). ¿Diagnósticos?: 11 esquizofrenias, 3 T. esquizoafectivo, 2 T. Bipolar, 4 psicosis no especificada y ningún paciente con Trastorno de ideas Delirantes. “Lógicas”, “índice y tasa de transición”. “pródromos” etcétera, comparto con Ustedes la sensación de ubicuidad y disparidad que la razón hospitalaria ha generado en su abordaje del delirio. Sobre el criterio de comprensión es que me permito proponer 3 niveles lógicos del delirio:

Las “lógicas de primer nivel” permiten denotar la existencia del objeto-síntoma-delirio y reivindicar el lugar de honor que tiene como síntoma señero de la psicopatología. Voy a obviar las definiciones oficiales (DSM y CIE-10) y ampliamente conocidas de Trastorno Delirante, donde pasa desapercibida la diacronía evolutiva de esta enfermedad. Lógica delirante o paranoica que empuja al enfermo en la dirección del predelirio y la persecución, en su viaje a la megalomanía y a su eventual desenlace parafrénico.

El viaje paranoico inicia con el predelirio que Lasegue definía en 1852 como “un malestar indefinido que en nada se parece a la más viva inquietud de que pueda quejarse la gente sana y que Griesinger llamaba ‘fenalgia inicial’”. Ciertamente los clínicos y tratadistas del siglo XIX lograron reconocer un estado clínico *sui generis* que antecede a la explosión o instalación de la psicosis. Imaginen ustedes un estado emocional respecto a un perjuicio recibido o a injurias y habladurías de que es objeto el enfermo quien sobre el silogismo de Foville “sin perjuicio no hay delirio” encuentra la “intuición como respuesta ciega que llega terriblemente antes que la pregunta” (F Colina, 2003). Abierto el camino al enigma inicial de la perplejidad no queda más que recorrerlo... a veces de por vida. Por eso Monsieur H. Ey decía que “el delirio de un momento tiende a convertirse en delirio de una existencia”. Resultaría suficiente con esto para darnos cuenta que si el delirante va a sustituir el normal y neurótico esfuerzo atlético por vivir, es por que se ve empujado



a ello y a lidiar con una enfermedad mental: va a vivir por y para su delirio.

Lógica de 2º nivel: ¿Qué significa delirar? ¿De donde surge este empuje al delirio? ¿Por qué y para quién se torna necesario? Busquemos apoyo en la fenomenología Jaspersiana así sea para decepcionarnos pues no se llega lejos al decir que el delirio es incomprensible o inderivable de experiencias emocionales normales.

Dejémonos sorprender mejor por la coincidencia de E. Kretschmer y E. Bleuler con E. Kraepelín que al separar paranoicos de esquizofrénicos plantean un primer y fundamental problema: el primero al proponer 3 tipologías de carácter paranoide de las cuales una evoluciona al delirio sensitivo de relación (una variante tipo de loco razonar-cuerdo) y el segundo al señalar que la esquizofrenia se debe a una “ruptura o debilitamiento de las asociaciones, mientras que la paranoia se debería a “una exageración del apego emocional a una idea”. La coincidencia es lo de menos. Y estos maestros nos dicen que no busquemos rápidas respuestas sobre el loco razonar del paranoico en el campo de la esquizofrenia que altera la forma y estructura del pensamiento sino en las lógicas cognitivo-afectivas del loco razonar cuerdo. De éstas, la más fina microscopía clínica Francesa acomoda un poco las cosas al ubicar la función de las pasiones y afectos en el delirio de reivindicación o querulante, de ese otro no menos loco que sin pretexto afectivo alguno divaga en el mar de la interpretación con su máquina de significado y por la cual todo tiene sentido, todo se vuelve señal o signo de algo hasta construir un sistema de cosmovisión propio y persuasivo pero para nada compartido.

Son legión quienes desde otra lógica de 2º nivel afirman tener respuestas: todas las escuelas psicoanalíticas tienen su propio punto de coincidencia en tomar el delirio por el lado de la “restitución y reconstrucción” en la satisfacción omnipotente y la autoreferencia en la soledad, pero para mí es posible medir la veracidad de afirmación tal desde su lógica consecuencia, pues si hay que respetar este ejercicio personal de restitución-reconstrucción del mundo en ruinas (¿significa esto dejar que el enfermo delire?) la prescripción antipsicótica no tendría sentido. ¿Cómo se confunde el adecuado tratamiento y respeto al delirante con una forma de abandono acompañante! que cuando hace crisis o “brote psicótico” como dicen, no encuentran mejor recurso que mandarlo al psiquiatra...

Otros creyeron encontrar respuesta en el silogismo paleológico: (Von Domarus, 1944 y Arieti, 1955) se delira cuando el pensamiento falla en el proceso deductivo. Según esto “la alteración delirante reside en una preponderancia de la identidad de los predicados – y no de los sujetos- de las proposiciones” y nos dan el clásico ejemplo: “la virgen Maria era virgen; yo soy virgen; yo soy la virgen Maria”. Silogismo mayormente ilustrativo de la preponderancia lógico-afectiva que cristaliza un delirio megalomaniaco místico-religioso y no de regresión alguna del pensamiento lógico a su estadio previo “paleológico”. Ni lugar hay para esta tesis.

Variante tipo si bien más rica y consistente por la experiencia de un clínico, Cameron (1948) ve en el fenómeno hiperinclusivo el rasgo que identifica las formas paranoides del pensar y dice que se delira cuando la mente es “incapaz de elegir los elementos pertinentes de un concepto, elimina los menos (o nada) relacionados con él”. ¿Distintivo del delirio? Sí, a condición de ver la lógica de los afectos como base del defecto cognitivo: las pasiones nos mueven a introducir elementos distintos o no relacionados con la situación o problema que afrontamos haciendo caso omiso de la advertencia que da el raciocinio y juicio correctos. En parte, la teoría atribucional sirve aquí de apoyo al decir que es más probable que veamos las causas de situaciones personales frustrantes y negativas a causas externas y las agradables o positivas o exitosas a nosotros. Solo la imaginación y la voluntad bajo el dominio de los afectos y emociones colocan al paranoide en centro de referencia de gente crítica y malintencionada: cuando el radio de acción de nuestras explicaciones hiperinclusivas se extiende, el escenario interpersonal del delirante cambia a “seudo comunidad paranoide” con nuevos roles de actuación y libreto. El prefijo “seudo” me parece inadecuado a lo que es verdaderamente es una comunidad de gente molesta y persecutoria. Pero todavía esto no hace paranoico a nadie.

La explicación racional de experiencias anómalas (Maher, 1988) como base de formaciones delirantes no aplica para el loco razonar cuerdo pues estos delirios no sobrevienen a consecuencia por ejemplo de alucinaciones como de experiencias anómalas.

Ahora bien, consideremos este ejemplo del intuitivo Mateé Blanco: “aquella paciente que afirmaba que un hombre era muy rico, contestó cuando se le preguntó por qué lo decía: es que es muy alto”. Se trata del fenómeno de “simetrización” por el cual “muy alto” es igual a “muy



rico” en contra del pensamiento normal que asimetriza y clasifica clases y subconjuntos de objetos. Todo ello es sin duda ilustrativo de cómo el pensamiento psicótico tiende a asimilar las diferencias y confundir jerarquías de pensamiento categorial. Pero por lo menos en mi experiencia clínica la simetrización no es un fenómeno frecuente encontrado en el paranoico razonar cuerdo; y sí en cambio lo observamos en muchas expresiones lingüísticas de esquizofrénicos. Es importante reconocer que una persona normalmente sana jamás va a utilizar la simetrización como mecanismo de comunicación y raciocinio.

La *overinclusion*, el déficit metacognitivo y la simetrización son mecanismos de alteración lógico-formal del pensar aceptados que bien se resumen en una conclusión del filósofo Remo Bodei “se delira porque el pensamiento transgrede las reglas de conceptualización y argumentación racional”.

Incluimos la “lógica del error necesario” (Castilla del Pino, 1998) en el 2º nivel por estar permeadas e impregnadas de las anteriores y se basa a grandes rasgos en que el delirante otorga categoría de evidencia a lo connotado e invierte el proceso normal de enjuiciamiento.

Junto al “error de juicio” el delirio tendría una “función ortopédica” en asistir al enfermo y compensarle de sus insuficiencias, de su inseguridad observable y de su “paranoidismo”. Hay pues un continuum desconfianza-sospecha-susplicacia-delirio desde el “dinamismo paranoide como caracterización existencial”. Pero estas ideas no explican el discontinuismo temático de la condición predelirante o prepsicótica con los temas que los paranoicos desarrollan *a posteriori*. Así, el dinamismo paranoide viene a ser confundido con el predelirio ya que la mayoría de las veces el contenido o tema del delirio es heterogéneo a las fantasías y contenidos mentales premórbidos, con la probable excepción de algunos pocos delirios pasionales. El delirio esquizofrénico ofrece la mejor prueba de esta discontinuidad temática (Vg. el caso Schreber). La propuesta de 2 “salidas” o soluciones al predelirio del automatismo mental puede aclarar un poco las cosas desde la disociación entre significante y significado en el inicio de la psicosis y señalar que los “fenómenos elementales” de la esquizofrenia corresponderían al delirio de significante que otorga preponderancia al componente sonoro de la palabra y da lugar a la alucinación auditivo-verbal y la esquizofasia. Y de otro lado a los “fenómenos de franja” o borde que señala Lacan en su estudio del campo paranoico de las psicosis en el seminario III de

1956 y que aluden a esa maquinaria de sentido y significación propias de un delirio de significado, donde las percepciones se convierten en signos o en señales que intentan decirle “algo” al enfermo ya convertido en interpretador. Delirios que excluyen las alucinaciones, aunque no siempre.

No hay mucho sobre lógicas de 3er nivel, integradoras de afectos e ideas con el lenguaje y la comunicación. Encontramos que la teoría de G. Berrios y Fuentenebro de Diego (1996) es la más consistente en este sentido al tomar el predelirio en su modelo de formación de síntomas psicopatológicos por un lado y la vertiente pragmático-lingüística del delirio como “acto de habla vacío” disfrazado de creencia en “enunciado delirante” inadecuadamente llamado “creencia” o “idea” delirante, misma que toma su contenido “al azar” de códigos biográficos personales y culturales.

Al señalar el “logos” del delirio, esta teoría establece una relación coherente y consistente entre la etiopatogenia y la formación de síntoma. Pero también y fundamental es la “doble articulación lógico-retórica del delirio” y por la cual se destaca el carácter persuasivo que permite en ocasiones generar lazo y efectos sociales del delirios. Sirvan como ejemplo demostrativo de la heterogeneidad sintomática y del discontinuismo temático de la diacronía evolutiva delirante, el proceso de enamoramiento en su relación con la erotomanía.

Al enigma del amor que nace con el flechazo se llega desde el ideal interno que puja por encontrar su encarnante en uno de tantos objetos externos disponibles de elección en proyecto de satisfacción del deseo. Enigma de amor naciente encaminado a cristalizar el sentimiento amoroso duradero se llega por vía de los afectos-emociones-sensaciones, promesas de posesión y duda, de esperanza de satisfacción. Primer momento en que el pretendido enamorado simetriza cualidades físicas, morales o de inteligencia con formas de belleza. En tal caso, este enigma o duda de amor inicial se hace de palabras para hacer cosas, para llevar a cabo proyectos juntos, planes etc., en caso de que la circunstancia incluya el 2 de enamorados, volviendo este proyecto de amor en principio de voluntad de acción o sea en acto de habla perlocucionario y afortunado en cuyo caso el sensual abrazo y los apasionados besos son ya acción afortunada de satisfacción deseante. La consecuente corrección asimétrica de un segundo momento que abre a la esperanza y espera de otro y muchos encuentros reiterados a través de los cuales el dos



de enamorados corrige el juicio de valor admirativo inicial. Momento fecundo en que cristaliza el sentimiento amoroso en la adecuación e integración del ideal de objeto con el afecto-emoción y deseo. Entonces el sentimiento amoroso así cristalizado es permanencia de objeto y esperanza eterna de posesión reiterada: también como el delirante, se vive por él y para él.

Sin infortunio, el trabajo de la imaginación lógica y afectivamente terminado, consistirá en adecuar, esta vez asimétricamente el ideal interno con la persona real invirtiendo el mecanismo inicial de idealización platónica del flechazo. Al tiempo que se le despoja de la desproporción valorativa y simétrica, se le humaniza, objetiviza y gracias a ello se le amará siempre...

Pero si el infortunio campea en el proceso: ¿Como se imponen las lógicas ideo afectivas ante la desilusión y el despecho? ¿Que hacemos ante el infortunio de nuestros deseos? En todo caso es observable que la mayoría no deliramos por ello. Pero otros y sin necesidad ni condición como para ello alteran el trabajo de la imaginación y del juicio, confundiendo lo absoluto y lo relativo, lo posible con lo imposible, lo ilusorio y lo real, el sueño y la vida. En tal caso se abre la puerta a la galería de trastornos en la capacidad amatoria cuando la imaginación y el juicio lógico alterado violenta en algunos lugares el proceso de cristalización amatoria: un delirio imaginativo que integra la sensualidad pero no satisface el deseo es el de Santa Teresa y Cristo; el casto sentimiento místico religioso del fraile o monje “enamorado” de la virgen de Zapopan que excluye por supuesto la satisfacción instintiva y la sensualidad en esa disociación lógica de afectos e ideales; Don Quijote delira de Dulcinea sin proponerse nunca la posesión del objeto y se acerca mucho al delirio; una hebefrénica se enamora de un muñeco de apapador o vive con un muñeco en sus brazos y un demenciado se “enamora” de objetos inanimados o de cosas; así como un enfermo de Capgras elimina la emoción de reconocimiento de cara de su amada o su Padre y los cree impostores. Ejemplos todos de disociación-dislocación de lógicas afectivas y racionales o ideativas. Una verdadera galería del sentimiento amoroso violentado por el *pathos morbi e morbus*.

El acto de habla vacío del predelirio erotómano no es restitución o sustitución metafórica del infortunio y la desilusión, puesto que es extraordinariamente infrecuente que el rechazo- desilusión y desesperanza que nos depara el NO de nuestra Princesa (incluya o no el

despecho como residuo) nos encamine a la erotomanía. Y el estudio de erotómanos sistematizados rara vez tiene como antecedente la frustración real o el duelo de una pérdida amorosa. Se trata de algo distinto: en la diacronía evolutiva de la pasión erotómana también hay predelirio y acto de habla vacío que antecede a la cristalización del enunciado delirante erotomaniaco. Aquí, todo el proceso de amor está alterado y el acto de habla erotómano no está destinado a consolidar el amor sino a apaciguar la persecución sin tener que ver con la satisfacción del deseo en la soledad, ni tener que restituir o reconstruir el infortunio de un amor fracasado o no correspondido, ni de un duelo. La enfermedad de De Clerambault tiene su lógica evolutiva en deseo de amar, esperanza y despecho. Pero ¿en relación a quien? Una de mis paciente apaciguó la persecución cuando “le cayó el veinte” de que era Alberto de Mónaco el de los mensajes, cámaras y maquinaciones en su contra. Y pasó de inmediato de principal orquestador de la persecución a objeto amado. Ella vive en Guadalajara y no en Europa, pero el príncipe es “bellísimo” “guapo” “inteligente” y “poderoso” “es perfecto” dice.

La erotómana ama a distancia y hacia arriba, violentando reglas de circunstancia y contexto. Si la reivindicación se ofrece como apoyo al obvio despecho y al fin inevitable, la voluntad de acción de esta paciente va a regirse por actos de habla desafortunados en eventual pasaje al acto criminal, caso en que la imaginación y voluntad se mueven por la inversión del sentimiento amoroso (supuesto) en odio-despecho y deseo de venganza. En este caso, este loco razonar cuerdo de pasiones amorosas se rige por lógicas distintas a las del normal.

¿Que podemos concluir de lo anterior? No muchas cosas pero sí líneas de investigación y reflexión:

- 1.-Es evidente el escaso interés en el estudio científico de estos delirio.
- 2.-Si bien hay que reconocer un importante avance en la capacidad de identificar las características de la fase prodrómica de grupos de riesgo elevado para un primer episodio de psicosis, no es posible identificar el estado mental de riesgo y rasgo con alto valor predictivo para grandes grupos nosológicos de psicosis. Los mejores factores predictivos de transición a las psicosis siguen siendo clínicos.
- 3.- Pendiente por demostrar que la suspicacia-ideación paranoide (ítem de subescala BPRS y ‘paranoidismo’ en modelos dimensionales) correlacionan con el delirio crónico. No hay evidencia científica de con-



tinuidad entre los trastornos de personalidad y las psicosis y no puede postularse sin más que la variable dimensional del paranoidismo anteceda siempre a la aparición de ideas delirantes de persecución. Por lo menos no en la mayoría de los delirios.

- 4.- Predelirio no es sinónimo de prepsicosis y reconocer el primero, a condición de su estudio científico y de las condiciones que determinan el paso lógico cognitivo-afectivo de esa condición a una u otra psicosis.
- 5.- Los delirios son síntomas psicopatológicos heterogéneos sin continuidad temática antes y después de iniciada la psicosis ni evidencia científica de que los delirios sean símbolos o síntomas de traumas o eventos biográficos específicos. La “restitución y construcción” no serían características de las psicosis delirantes.
- 6.- Los delirios del loco razonar cuerdo derivan de procesos neurobiológicos y cognitivo afectivos propios y no homologables a delirios esquizofrénicos. Tienen lógicas diferenciadas
- 7.- En su estudio científico se requieren modelos más amplios e interdisciplinarios que incluyan el papel del lenguaje, la cultura y la comunicación en la meta-teoría psiquiátrica que incluye la neurociencia y el cognitivismo contemporáneo en sus relaciones con lo social y el lenguaje con la modularidad múltiple cognitivo-emocional (por no encontrar mejor nombre de momento) que integre lógicas de los afectos con lógicas de cogniciones. Es algo que sin duda necesitamos.





JOSÉ DORAZCO VALDÉS

Las alucinaciones, una aproximación neurofisiológica

INTRODUCCIÓN

Para hablar, interesarse por el tema de las alucinaciones es casi como hablar sobre el espíritu, el amor, el odio, todas esas *cosas* que no se ven pero uno *sabe* que existen. Lo sabe sin el requisito de la demostración, solamente con base en los efectos de esas vivencias. Y a pesar de lo universal y constante de esas *cosas*, no dejan de tener carácter estrictamente personal: solamente las siente, las goza o –como en el caso de las alucinaciones– las sufre quien las vive. Juega un papel importante la empatía; con las alucinaciones, la costumbre de interrogar al respecto, o de saber escuchar a los pacientes para darse cuenta que hay un conjunto de datos, de fenómenos que se repiten de paciente en paciente y que luego se ve cómo evolucionan, para confirmar que, en efecto, lo que el/la paciente dice que experimenta, es verdad. Pero de todos modos, se requiere una dosis de fe, o para no provocar inquietudes ideológicas, de credulidad, porque si uno interroga a los/las pacientes y aún a las personas “asintomáticas”, se caerá en la cuenta que el fenómeno alucinatorio es más frecuente de lo que se piensa, solo que a las personas “normales” les da pena platicar al respecto por temor a ser objeto de bromas o bien

porque se topan con la incredulidad, el escepticismo o de plano la falta de interés del profesional...

Por lo anterior, mi impresión inicial era la de que el de las alucinaciones sería un tema “incómodo” e intrascendente para tratarlo en un congreso, sin embargo, mi propio interés sobre el tema desde hace muchos años, sobre todo por lo frecuente que se refiere por los pacientes con algunos tipos de epilepsia, o por los interrogantes que me ha suscitado siempre el fascinante misterio de la mente como producto cerebral, me hicieron aceptar la invitación del señor doctor Sergio J. Villaseñor Bayardo para exponer *mi* perspectiva sobre el tema

Para el presenta trabajo, consideraré y me referiré a las alucinaciones como una experiencia subjetiva paranormal (ESP), dado que lo paranormal pertenece ya desde hace varias décadas, al estudio formal de la psicología, de la psicobiología experimental y, por supuesto de la psiquiatría holística (Carl Pribram).

Mi trampolín fisiológico para adentrarme en el tema corresponde al campo neurológico, sobre todo del área de las epilepsias, ello me ha abierto otra u otras ventanas de la neurociencia como la psicobiología, la psicofarmacología, la psicofisiología y también para la filosofía, sobre todo en relación a *qué cosa* es el tiempo... Esto es mi trampolín de 3 metros, porque mi trampolín de 10 metros – más emocionante, de más riesgo – es mi trabajo en electroencefalografía clínica y las investigaciones que he realizado en conjunto con los doctores Rafael E. Galindo Jiménez, Gustavo León Mojica García, David Arias y Arias, sobre los aspectos del EEG en los trastornos mentales, así como la experimentación con algunas sustancias disociativas como el clorhidrato de cetamina (en colaboración con el doctor Jesús Gómez Plascencia y Castillo), que me han llevado a la perogrullezca conclusión de que en el cerebro está el *gato escondido* de la mente

DEFINICIÓN

Fenómeno anormal que consiste en la percepción a través de cualquiera de los sentidos de personas o cosas no presentes realmente en aquél momento. Implica la atribución imaginaria de realidad actual a lo percibido y puede referirse a estados internos del propio cuerpo y del yo



VARIEDADES

En cada persona pueden aparecer en forma aislada o como el heraldo de un cuadro neuropsiquiátrico más complejo, tal es el caso frecuente de algunos disturbios epilépticos.

En psiquiatría, algunos cuadros nosológicos que suelen asociarse a una experiencia subjetiva para-normal (ESP) son:

- a) esquizofrenia, predominan las alucinaciones auditivas.
- b) psicosis alucinógenas: predominan las alucinaciones visuales, se asocian a una distorsión en la percepción del tiempo.
- c) psicosis con ESP (Neppe, V. M. Subjective paranormal experience psychosis. *Parapsychology Review* 15:2,7-9 (1984), interfieren con las actividades de la vida diaria del/la paciente.
- d) fenómenos disociativos (trance); “viajar” en el tiempo, telepatía.
- e) personalidad psíquica (psicótica).
- f) disfunción temporal (con disfunción no clasificable clínicamente como epilepsia, o bien asociados con epilepsia clínicamente clasificada) (Neppe, V.M. The temporal lobe an anomalous experience. *Psych J S Afr* 5:1, 36-47 (1984).
- g) asociadas a patología del sueño, como en la narcolepsia, llegan a ser tan severas que afectan el desempeño del/la paciente casi como un cuadro psicótico. O en disturbios pasajeros como sucede con la privación prolongada del dormir.
- h) ESP “asintomática”, puede ser visual o auditiva, simple o compleja, muy elaboradas, prácticamente forman parte del inventario mental “normal” de la persona.

Las alucinaciones pueden agruparse en forma general como experiencias paranormales (¿o para-anormales?), tal vez como fenómenos para cognoscitivos (FPCGN):

- a) desprendimiento del cuerpo (autoscopía), b) condensación del tiempo,
- c) percepción del *túnel*, d) despersonalización, e) telepatía, f) inclusión de imágenes a un contexto, g) el trance, h) la meditación, i) delirium tremens, j) la tele percepción del estrés, k) las de transición vigilia-sueño (hipnagógicas), l) las de transición sueño-vigilia (hipnapómpicas),

m) las del síndrome de privación sensorial, n) las inducidas por fármacos, o) las inducidas por tóxicos alucinógenos

Estos FPCGN pueden considerarse patológicos cuando interfieren con la calidad de vida o con la capacidad de afrontamiento (CA) en las situaciones cotidianas habituales en determinada persona. Mientras el hombre o la mujer nos refiera que tiene uno o varios de los FPCGN señalados arriba pero su CA es funcional para el grupo social en que vive, pueden considerarse como “normales” o “asintomáticas”; cuando no es así, pasan al grupo de lo patológico. Surge entonces otro problema: la clasificación nosológica, o mejor: el dilucidar qué estructuras mentales están afectadas, y para volver a los trampolines: qué estructuras neurológicas son el sustento de esa “fragmentación” mental.

FISIOPATOLOGÍA (Y ESPECULACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO)

En este apartado, se proponen algunas correlaciones electroclínicas que, de acuerdo a nuestra experiencia, pueden ser de ayuda para orientar el tratamiento, al mismo tiempo que invitan a la especulación sobre el tipo de trastorno en el que se dan las alucinaciones

ESQUIZOFRENIA: hay alienación, como reflejo de la distorsión del *ego*.

El *ego* se sitúa en las estructuras adyacentes al tercer ventrículo; cuando se lesionan esas áreas, tal como sucede en algunos cuadros de hemorragia ventricular, en procesos infecciosos, y por las lesiones hipotalámicas; el hombre o la mujer se convierten en unos robots, son seres pasivos que han perdido la capacidad, la cualidad de hacer (¿la volición?). Tales lesiones incluyen las conexiones hipotálamo-talamo-frontal. Esta vía puede ser, a la vez, el sustento neurológico del super-*ego*.

En cuadros esquizofrénicos los estudios con PET y con *mapeos* cerebrales, reportan hipofuncionalidad frontal; es obvio que las ESP no le son útiles a el/la paciente en su marco social, cultural, económico, familiar.

Este grupo de pacientes tiene una psicobiología que resiste dosis elevadas de neurolépticos. Se pueden activar con anfetamínicos. El EEG es normal, algunos autores incluso le llaman EEG hipernormal porque no se modifica con los fármacos, a veces ni con el *electroshock*.



PSICOSIS CON ALUCINACIONES MOVILIZADAS (PAM): se provocan por la acción de drogas alucinógenas, dan un cuadro parecido al de la esquizofrenia, con predominio de síntomas positivos, las alucinaciones tienen un carácter más expansivo, hay distorsión en la percepción del espacio y del tiempo y de la percepción visual (en la esquizofrenia “pura” predominan las alucinaciones auditivas), y en la “capacidad” de conocimiento, esto es cierto aún en aquellos casos en que hay un fondo (pre)mórbido que se “moviliza” por los psicodislépticos.

En las PAM podemos hacer tres subgrupos : a) cuando hay remisión total (¿?) espontánea después de algunas horas de haberse administrado el alucinógeno; b) cuando afloran rasgos disfuncionales de la personalidad que habían estado en un nivel subclínico; pueden controlarse o mejorar con antipsicóticos; c) cuando aparece un cuadro psicótico franco de difícil control

Los estudios con electrodos implantados, muestran descargas de espigas en la amígdala y en los núcleos septales. El EEG convencional generalmente es normal.

ESP: los fenómenos paragnósicos (FPCGN) comienzan en la niñez, en edad tan temprana como los 5 años, la persona que los experimenta puede evolucionar a la psicosis, en tales casos, las ESP se relacionan primordialmente hacia la propia persona, son de tipo casándrico, provocan angustia, disforia, sin embargo, conservan una función afectiva congruente, coherente. No es infrecuente la historia de familiares con cualidades similares.

Con estas personas se pueden hacer dos subgrupos: a) con EEG normal, con respuesta variable a los antipsicóticos; b) con EEG anormal, los que mejoran con el empleo de antiepilépticos solos o combinados con antipsicóticos.

Con los datos anteriores, es de pensarse que en el grupo a), la fisiopatología predomina en los núcleos del septum y en la amígdala; en el grupo b), la fisiopatología se presume que es más amplia, de predominio en el lóbulo temporal, con fisiopatología *disrítica*

TRANCE: se asocian a ESP de diversos tipos, retro y precognitivos, de autoscopia, de médium, telepáticos, experiencias que pueden presentarse en vigilia y/o en sueño, con frecuencia hay verbalización de las vivien-

cias durante el trance, de lo que generalmente no se guarda memoria; la verbalización puede ser expresada con voz propia de la persona o con voz extraña; la veracidad del contenido de la misma es variable.

En este apartado se incluye al grupo con histeria disociativa, con amnesia para el ESP, trastornos que se inicia a raíz de un estrés; el trance puede provocarse mediante la hipnosis. Hay cuadros mixtos. El EEG es normal o hipernormal

Los psíquicos: son personas que surgen en determinados grupos, ambientes culturales, económicos, históricos, pueden serlo de forma espontánea, o porque en su macrogrupo social se les entrena para fungir como curanderos, *shamanes*, brujos-doctores.

Toleran altas dosis de antipsicóticos, pueden “mejorar” con antiepilépticos. El EEG puede ser: a) normal o hipernormal, b) anormal (*disrítmico*)

MEDITACIÓN: la persona se involucra en la contemplación, especialmente espiritual o devocional, con intento de concentrar la mente en una sola forma o idea o en un aspecto de la divinidad, con exclusión de toda otra forma de ideas o pensamientos.

Se considera como una situación en la que la mente se dirige hacia el interior, con lo cual se excluye o minimiza la percepción normal de los sentidos, por así decirlo, se hace una separación de la mente y los sentidos.

La meditación pertenece a los fenómenos psíquicos que podemos llamar *estados especiales de conciencia* (EEC), entre los cuales incluimos la hipnosis, los ensueños, el efecto de algunas drogas como el LSD. La meditación se relaciona con el Yoga, el Zen, el budismo y la meditación trascendental (MT).

En el Yoga y el Zen (Y-Z), la respiración y el batido cardíaco se hacen más lentos, aumenta la resistencia eléctrica de la piel, en el EEG se observa un ciclaje más lento que en la vigilia normal, baja el consumo de oxígeno.

Cabe recordar que nuestra reacción natural defensa-alarma es de miedo, huida, lucha con soporte del sistema simpático, por lo cual se experimenta pánico, se reacciona con agresividad, se eleva la presión arterial, el corazón se acelera.



En el Y-Z, en el estado de disociación percepción-mente, no hay modificación de la actividad del EEG con los estímulos externos, la actividad predominante es del rango alfa como en la vigilia “normal”, por ello algunos consideran al Y-Z como una hipervigilia hipercalmada...

DISFUNCIÓN TEMPORAL: se describen unas 4 clases de ESP: odoríficas, cronotópicas – *déjà vu* – diferente a la que refieren los pacientes con epilepsia de lóbulo temporal (ELT). Puede encontrarse ESP en familiares de pacientes con ELT

Se mejoran con antiepilépticos, al mismo tiempo, se describe que hay disminución de otras habilidades creativas.

El EEG es anormal en la mayoría de los casos, la anomalía es bilateral con o sin lateralización; en términos generales, la anomalía está formada por mezcla de ondas lentas, intermedias, afiladas, correlativas con organicidad

DIAGNÓSTICO

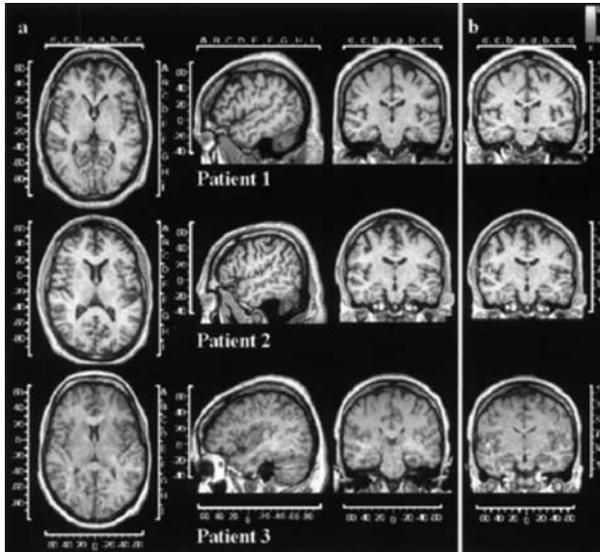
Debe obtenerse una historia clínica médica adecuada, una historia con relato, con un interrogatorio intencionado, dirigido a buscar la existencia de las ESP, y un análisis psicodinámico de la ecología del paciente.

Se complementa con pruebas psicológicas, neuropsicológicas, de radio imagen funcional y del EEG analógico y digital, con registro de rutina o con técnicas de activación dinámica... (se procura que el/la paciente se encuentren en condiciones similares a las que provocan las alucinaciones)

EL SUEÑO

Respecto a la importancia e influencia del sueño en lo que respecta a las alucinaciones, la teoría es que:

Normalmente, durante el sueño se establecen y consolidan las sinapsis interneuronales. Por ello cuando hay alteración del sueño, se interfiere en los procesos señalados arriba, y se *debilita* la función de las redes neuronales. Además, se presenta un déficit en las funciones cognoscitivas (esto sucede en general con las disomnias crónicas, asociadas o no a cuadros alucinatorios). El deterioro de los circuitos



- En la figuras se ven las imágenes obtenidas de pacientes durante el momento alucinatorio. En el lado derecho se ve la imagen de respuesta bitemporal a un estímulo auditivo en persona normal, en los pacientes, la respuesta se ve nada más en el lado izquierdo. (Corinna Hanschel. Neurophysiology of cognitive Function and Dysfunction in Schizophrenia. Goethe University. Frankfurt A. Germany)

provoca una activación incompleta de las redes neuronales. Se provoca también una intercomunicación anormal entre tales redes neuronales. Con lo anterior, se induce el caos alucinatorio y psicótico.

En condiciones normales, durante el sueño las ondas cerebrales son lentas, por debajo de los 14 hertz por segundo. La formación y consolidación de las sinapsis sucede tanto durante el SNMOR como durante el SMOR.

Normalmente, los ensueños tienen coherencia, suceden en un nivel de conciencia no vigilante, la psique *no se da cuenta de...* En el delirio-alucinación pueden considerarse como ensueños desfasados que suceden en un estado de conciencia vigilante, *de darse cuenta de...*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brudzynsky TH, 1986. *Clinical application of non-drug-induced states*. In Handbook of States of Consciousness, Wolman BB, Ullman M (Eds). Van Nostrand Reinhold Co.:New York
2. Enciclopedia Salvat. 2004 V. I
3. Everson, C.A. *Clinical manifestation of sleep deprivation* (ed Schwartz WJ). *Sleep science: integrative basic research and clinical practice*. New York, Karger, 1997.
4. Fink M. 1976 *Effects of acute and chronic inhalation of hashish, Marihuana, and delta 9-tetrahydrocannabinol on brain electrical activity in man: evidence for tissue tolerance*. Ann N Y Acad Sci 282:282-387
5. Fink M. *Neglected disciplines in human psychopharmacology: pharmacology-EEG and electroshock*. (ed. Heally D. The psychopharmacologists III London Arnold 2000.

6. Foulkes, D. *Children's dreaming and the development of consciousness*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1999
7. Hanschel C. *Neurophysiology of cognitive Function and Dysfunction in Schizophrenia*. Goethe University. Frankfurt A. Germany
8. Hobson, J.A., Stickgold, R., Pace-Schott, E.F. *The neuropsychology or REM sleep dreaming*. NeuroReport 1998, 9 R1-R14
9. Hoffmann E. *Effects of a Psychadelic, Tropical Tea, Ayahuasca, on the Electroencephalographic (EEG) Activity of the human brain During a Shamanistic Ritual* e_hoffmann@vip.cyber-city.dk
10. <http://www.applieneuroscience.com/> Dr. Robert Thacher's Neuroguide Software.
11. Huges, JR & Roy Johon E. (1999) *Conventional and Quantitative Electroencephalography* in Psychiatry Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 11:190-208 May American Psychiatry Press Inc.
12. J. Lee Kavanau. *Medical Hypothesis* 2002, 58:24-47
13. Kavanau, J.L. *Adaptation and pathologies linked to dynamic stabilization of neural circuitry*. Neuroscience and Biobehavioral Review, 199, 23:635-648
14. Kavanau, J.L. *Sleep, memory maintenance, and mental disorders*. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience, 2000, 12:199-208
15. Kavanau, J-L- *Memory, sleep and dynamic stabilization of neural circuitry: evolutionary perspectives*. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 1996, 20:289-311
16. Nanoach D. et al *Schizophrenic Subjects Activate dorsolateral Prefrontal Cortex during Working Memory Task as Measured by fMRI* Biol Psychiatry 1999; 45:125-1137
17. Neppe V M. *Clinical Psychiatry, Psychopharmacology, and Anomalous experience*. Division of Neuropsychiatry, University of Washington, Seattle, Washington. Pacific Neuropsychiatric Institute, 1997
18. Neppe V-M. *Subjective paranormal experience psychosis*. Psychological Review 15:2,7-9 (1984)
19. Niedermeyer, E., da Silva, L. *Electroencephalography: basic principle, clinical applications, and related field*. Baltimore, Williams and Williams 1993.
20. Schear, H. *The EEG pattern in delirium tremens* *Clinical Encephalography*. 1985, 16:30-32.
21. Slaby, A.E. & Cullen, L.O. *Dementia and delirium*. (ed Stoudemire A, Fogel BS) Principles of medical psychiatry, New York, Grune and Stratton, 1987.
22. Slater, E & Roth M. *Clinical psychiatry* 3rd edition, Londo Balliere Tindal, 1977.
23. Stickgold, R. *Sleep: off-line memory re-processing* Trends in Cognitive Science, 1998, 2:484-492
24. Takor NV, Tong S. *Advances in quantitative Electroencephalography analysis Method*. Annu Rev Biomed Eng 2004;6:53-95.
25. West L. J. *Visual phenomena viewed by a brain researcher*. 1962.
26. White NE. 199. *Theories of the effectiveness of alpha-theta training for multiple disorders*. In *Introduction to Quantitative EEG and Neurofeedback*. Evans JR, Abarbanel A (eds.). Academic Press: New york





Simposium Psiquiatría transcultural





ALEJANDRO PATIÑO ROMÁN

Etnopsiquiatría en Salvador de Bahía

Este trabajo configura la ciencia de la Etnopsiquiatría. Se explican sus objetivos y limitaciones cuando existen contactos entre poblaciones con diferentes culturas. La salud “mental” y la conducta se ven afectadas seriamente. Se analizan dificultades para organizar una teoría general, pero la evidencia histórica es algo que nadie puede negar y sus repercusiones son de una evidencia superior y de urgencia. El autor propone cambiar el término de Etnopsiquiatría por el de Etnopsicología y se explica. Se puede prevenir el dolor inútil, pero se requiere de una conformación interdisciplinaria y del apoyo de instituciones que respalden proyectos de esta gran magnitud. El fenómeno va creciendo y es preciso actuar a tiempo.

Siguiendo el pensamiento de Yves Pélicier (profesor de medicina en París, 1992)

[...] toda cultura es un doble juego con el tiempo. Ella dispone las cosas y los signos que ella crea en el intervalo inmenso que separa al hombre deseoso del dominio de la naturaleza, por un lado, y del conocimiento científico por otro. Toda cultura es el fruto de esa espera, pero hay diferencias de esperas. A esa diversidad de esperas corresponde, tal como

ahora podemos sospecharlo y temerlo, una manera posiblemente única de dominar y de conocer. Así, pues, las culturas son provisorias por más duraderas que puedan parecer a una escala de una vida humana. En un lugar, en un momento de la historia de un grupo humano, ella es el ropaje que viste su animalidad ⁽²⁹⁾.

La diversidad de las culturas corresponde a la complejidad de los sistemas que esa cultura genera en su interior. Esa abundancia es necesaria, ya que, la cultura debe dar respuesta a todo. En el orden de la vida y de la muerte, todo debe ser nombrado, delimitado, cercado gracias a las astucias del lenguaje y del gesto. Una cultura permanece a pesar de todo inacabada, aún cuando ella tenga por programa la total toma de posesión del mundo. Esa inadecuación del proyecto y de la realización *es su herida secreta*. Para repararla, las culturas afirman su dogmatismo: hay que aceptarla en su totalidad. En cuanto lo inacabado, lo innostrado o lo no percibido, hay que refugiarse en el *agujero negro de la locura*.

La locura nos ofrece así esa paradoja de estar a la vez dentro y fuera de la cultura. Dentro porque ella usa palabras, gestos y herramientas: *la locura también está vestida*, pero de manera tan caricatural que aparece como un supersigno; de tal manera que atrae la mirada por la exageración y la extravagancia. Pero fuera de toda cultura también, la locura está desnuda, mostrando el animal que un esfuerzo milenario quería esconder. Este vestido cultural está lleno de creencias, rituales, prohibiciones y lo contrario. Estos elementos, entre muchos, forman una diversidad que aparece en un plano universal condicionado por el tiempo y los accidentes históricos. La Etnopsiquiatría pretende hacer un testimonio de la extraordinaria diversidad de una excesiva cantidad de hechos relacionados con la enfermedad mental y psicológica y de su profunda unidad con los fenómenos culturales. Es dentro de esa perspectiva contradictoria que hay que ver una de las causas del gran interés de la Etnopsiquiatría en las ciencias humanas ⁽²⁴⁾. Es opinión del autor que la Etnopsiquiatría carece de la estructura para fundamentarse en ciencia, por razones metodológicas no resueltas y enlaces de alto nivel de dificultad como sería el caso de la moral, la conducta humana y sus apetencias no siempre en armonía para un bien colectivo.

La Etnopsiquiatría es concreta y cotidiana. Las formas de la angustia, de la depresión, de la excitación o del delirio son su materia prima. Y además los lazos que el grupo social teje entre el sufrimiento de uno y



la seguridad de todos. Cada sociedad comporta un proyecto terapéutico que asegura su cohesión y una existencia duradera. La historia cultural de la locura está marcada por el movimiento que empuja al paciente hacia los márgenes y las orillas del mundo y, por otra parte, el movimiento inverso de recuperación (y no de segregación) al cual el grupo se propone llegar ⁽³⁰⁾.

Con las ideas expuestas se puede postular la siguiente sentencia: “Lo importante es circunscribir los fenómenos humanos más inquietantes”, el saber, los espacios, los lugares de atención que remiten a lo que es material de la medicina de las enfermedades mentales y psicológicas, la expresión y realidad de un sufrimiento modelado por un perfil cultural con enlaces indisolubles entre el universo biológico, psicológico y cultural.

CONSIDERACIONES GENERALES

En función del postulado de que la sustancia de la psique son las experiencias y conociendo que existen estructuras cerebrales (Neuronas) que sostienen las Funciones de Integración Superior (Mente) es inadecuada la palabra de Etnopsiquiatría, para ser más preciso y no caer en un problema semántico, el concepto correcto es Etnopsicología ya que de otra forma se podría mal interpretar que las experiencias cambian las estructuras neuronales, las cuales lo que hacen es elaborar las experiencias que se traducen en impactos emocionales pero no en cambios estructurales. Eso es demostrable científicamente en el ámbito de la realidad concreta porque el ser humano no destruye sus funciones mentales a través de las experiencias dolorosas o frustrantes, lo que se destruye es su conformación emocional que ciertamente puede afectar su juicio o su memoria pero se trata de fenómenos reversibles. Así entramos al mundo de la Psicopatología y no de la desestructuración de las funciones mentales: campo de la Psiquiatría.

Es necesario expresar que no existe una definición precisa de la *cultura*. Es natural que en un tema tan amplio existan diferentes escuelas de pensamiento que acentúan una de las tres macroestructuras para describir los fenómenos, sin embargo, la búsqueda del equilibrio y la descripción de los enlaces darán los instrumentos en función de construir una metodología; para esto es necesario la búsqueda de indicadores que

nos permitan hacer análisis comparativos y tener un proceso de cortes fenomenológicos para hacer una síntesis.

En mis investigaciones sobre filosofía antropológica encontré ideas y modelos para construir la hipótesis de que: “el universo biológico, psicológico y cultural son uno”, imposible imaginarse la condición humana sin una de las tres macrovariables. Interactúan entre ellas, explican el por qué de la diversidad individual y cultural. En este trabajo se amplió al máximo posible los autores conspicuos para utilizar sus experiencias. Se trata de un contacto serio entre la Antropología (Etnología), una rama de la medicina: Psiquiatría⁽⁸⁾ y la Psicología. Los objetivos de este ensayo científico son los siguientes: 1) Capturar los conceptos principales de la Etnopsiquiatría, 2) Como explicar la diversidad cultural, 3) Precisar sus objetos de estudio, 4) Los proyectos de la Etnopsiquiatría y 5) Limitaciones y perspectivas. Para tales objetos obtuve los trabajos teóricos e investigaciones, con el fin de analizar la posibilidad de regularidades e intentar aportar ideas a un tema tan importante y moderno.

Hago notar que en México no existe un Instituto de Etnopsiquiatría, por lo cual, estuve en contacto con universidades fuera del país, especialmente con la Universidade Federal da Bahia (UFBA), Departamento de Neuropsiquiatría, Facultad de Medicina y la Associação Brasileira de Etnopsiquiatría, donde sus experiencias sobre el tema tratado son mayores.

En el trabajo se enmarcan las preguntas fundamentales, usando el género que Buffon en el siglo XVIII denominó ensayo científico, incluyo que tengo trabajos cuyos temas están matizados por el encuentro entre la biología y la cultura... Cuando uno llega a madurar en la clínica psiquiátrica quedan dos caminos por seguir; por el mundo de las neurociencias (biología) o por el mundo cultural (impacto entre psique y cultura). Naturalmente mi vocación es por la segunda.

La *mente* y la *psique* son el puente entre biología y cultura, cualquier disfunción en cada una de sus partes (emociones, experiencias individuales y colectivas, represión, racismo, violencia...) tienen y tendrán consecuencias muy graves.

Describo la regularidad del impacto de sistemas culturales en las poblaciones, ¿cuál es su naturaleza y su enlace en el comportamiento de categorías tan importantes como la sociedad y la familia? La variabilidad de respuestas que tenga la Etnopsiquiatría en la construcción de un



pensamiento organizado, para dar respuesta a sus planteamientos tanto teóricos como prácticos. Esto ocurre con alta frecuencia en las poblaciones poliétnicas, es el escenario donde diferentes rituales y símbolos pueden entrar en conflicto. La renuncia a estas reflexiones, en México, nos quitaría la intimidad histórica para fundar más respuestas a nuestra identidad en constante movimiento. Es necesario construir un modelo y un pensamiento organizado para visualizar las tendencias de nuestra individualidad y colectividad desde un punto de vista psicológico, para captar los enlaces de la psicología con lo social y cultural.

Es posición del autor que cualquier definición de cultura es una ilusión, porque esto depende del desarrollo histórico del concepto y la escuela de pensamiento que lo produce. En función de expresar la claridad de mi intención se encuentra una idea expresada anteriormente: “El universo biológico, psicológico y cultural son un mismo fenómeno descritos por lenguajes y observaciones distintas que no han podido ubicarse en el *contexto de unidad*”. Si partimos de un postulado general: que la *sustancia de la psique son las experiencias* podríamos derivar un pensamiento que nos dirija a comprender la diversidad del individuo y las culturas. Se podría poner de inmediato los ejemplos de la geografía, la fauna, la flora y sus organizaciones colectivas que siempre están llenas de símbolos que determinan lo prohibido y lo permitido. Se requiere de un esfuerzo teórico para establecer marcos de reflexión, que ilustren a estudiantes y profesores sobre esta alternativa, para modernizar el viejo concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el *bienestar biológico-psíquico-social*. En opinión del autor estas macrovariables no deben olvidarse, sino profundizar estos conceptos. La *cultura* debe ubicarse en lugar de *sociedad*, porque la extensión de elementos que implica es más rica que la anterior. Los enlaces de la psiquiatría y psicología con la cultura, tanto en salud y bienestar como en el ámbito patológico y endémico debe ser un objeto de estudio de la Etnopsiquiatría.

Es una realidad histórica que el contacto brusco de culturas distintas derivan en la violencia... a veces se llega a la estabilidad relativa siempre en movimiento. Hemos sido testigos de la destrucción de poblaciones y civilizaciones enteras en este amplio campo de la emigración humana cuyos siglos ni podemos contar. Estos elementos de gran fuerza en la historia siguen siendo reales en nuestra modernidad, los cambios geográficos, climatológicos, desequilibrios ecológicos que afectan a estados, pone a la población en una situación de dificultades de

sobrevivencia e identidad que se expresan a través de la angustia, la incertidumbre que podrían desorganizar cualquier concepto de salud. En este ensayo científico, dada la complejidad del tema, se observan las posibilidades y limitaciones de los objetivos; una reflexión crítica para limitar los bordes de esta expectativa. El género al que pertenece este trabajo se define como “ensayo científico”, definido por Georges-Louis Leclerc, conde de Buffon en su libro “Discurso sobre el Estilo”, traducción de Alí Chumacera⁽²¹⁾. A pesar de ser un pensamiento del siglo XVIII escribe con claridad clásica: *En estos ensayos está presente un hombre que delata el ansioso ardor de su búsqueda, su interrogación en presencia del universo, su admiración por la naturaleza y los fenómenos de la vida. Esta humanidad, esta personalidad de discurso reside en el estilo.* No es fácil determinar este tipo de pensamientos en el tema “Etnopsiquiatría” hay denuncias de la antigüedad y otras muy modernas sobre la evidencia de una verdad que requiere un análisis intenso de síntesis, para construir los indicadores esenciales o más importantes que inciden en la salud. El éxito de este trabajo es tener un cuerpo convincente, pero no puedo prometer un pensamiento totalmente acabado. Quedarán preguntas y debates, por fortuna esto siempre es un ejercicio productivo para seguir profundizando sobre este tema, pero di mi mayor esfuerzo para dar forma a un ensayo científico.

CONCEPTOS PRINCIPALES DE LA ETNOPSICUIATRÍA

Para capturar los conceptos principales de la Etnopsiquiatría, debemos considerar que se trata de un enlace complejo de dos disciplinas: La Etnología y la Psiquiatría, y tendremos que buscar teóricamente sus puntos de referencia para ilustrar el comportamiento humano cuando existe el contacto entre dos o más culturas. El desarrollo de toda historia implica la conjugación y el ensamble de culturas distintas que están determinadas por la emigración interminable del ser humano, en busca de nuevas formas de vida y supervivencia⁽¹⁹⁾. Sin embargo, tenemos datos objetivos y muy documentados en la longitud de nuestra historia, estos encuentros han sido de enorme destructibilidad y aunque tarde o temprano se llega a una mezcla fenotípica y cultural, quedan *figuras culturales* que lastiman a parte de la población más vulnerable⁽²²⁾. Este asunto de *poder* y *estatus* siempre se exhibe en forma universal cuando las poblaciones



diversas convergen. Esto es una regularidad histórica que ha llegado a desaparecer civilizaciones enteras, y sus remanentes, una memoria viva de este impacto, que a veces llaman *minoría* sufren de experiencias incompatibles con la salud. Más tarde daré ejemplos concretos sobre lo expresado anteriormente. Para llegar a una síntesis, se tienen que forzar los antiguos elementos de las ciencias particulares, para formar un dibujo complejo que implica: a la antropología física y cultural, biología, vida social y mental. El objeto de este estudio de la Etnopsiquiatría estribaría en detectar los efectos nocivos del encuentro de dos culturas diferentes, cuando forman estructuras *socio-culturales* que son patológicas y dolorosas a la población afectada. Que nos cuestionan: ¿Cuáles son estas estructuras?, ¿Cómo se configuraron?, ¿Cómo en el *factum vital* generan daño y de que tipo?, ¿Perspectivas y soluciones validas al problema?

A mi entender no son las estructuras mentales, que dependen de la población neuronal, las dañadas, sino ese fenómeno implicado en la mente, conocido como psicología. De una mente sana nacen todas las funciones de integración superior⁽²⁷⁾, universalmente hablando, pero las experiencias, por si mismas pueden generar conflictos psíquicos que pueden desorientar a estas funciones generando impactos internos con la posibilidad de destruir a individuos y ¿porqué no? familias que se expresarán a través de la *angustia* y *autoestima*. Puede incluso fracturar la identidad de una población con su pasado, creando un vacío de valor existencial y un futuro doloroso⁽²⁸⁾, que tarde o temprano terminará en la confrontación o el exterminio. Creo no exagerar en estos conceptos en función de que existen datos históricos que lo demuestran, de hecho, la lista casi es interminable. Valorar las variables culturales no haría otra cosa que enriquecer a la Psiquiatría para prevenir patologías y aportar elementos para la salud.

Lo que aparece en el mundo social e individual, en el marco de la medicina, a diferencia de otras ramas de la misma, en psiquiatría no solo se trata de curar sino de aprender del alma, es decir, comprender la estructura de la subjetividad⁽³⁾ a través de las experiencias, lo que hace más difícil delimitar el objeto de estudio. Sin embargo, hemos sido testigos que las crisis sociales se expresan también en las bellas artes. De esta manera podemos constatar que la cultura nace naturalmente del hombre pero desgraciadamente a través de los intereses creados entre ellos, adquiere un valor que se independiza para formar confrontaciones

aparentemente inútiles y se convierten con una enorme frecuencia en símbolos del poder, son cosas naturales que expresan el alma (Psique) humana y no se ha visto un límite para ellas. Por otra parte nos encontramos con materiales diferentes que cualquiera puede puntualizar, porque su distribución implicará la estructura de cualquier sociedad humana. *El objeto de estudio de la Etnopsiquiatría es el impacto patológico y por lo tanto doloroso de figuras culturales en cualquier población.*

DIVERSIDAD CULTURAL

Esto prefigura una antropología con un condicionamiento psicológico uniendo dos disciplinas que nunca se habían encontrado. Por lo pronto, después de haber analizado diferentes conceptos de cultura, me encuentro ante la necesidad de usar el pensamiento más sencillo: *La cultura es todo lo que hace el hombre ante la naturaleza y relación con su semejantes, mientras todo lo demás se llama naturaleza, ajena a los intereses del ser humano.* Nosotros participamos de la naturaleza en el ámbito filogenético no sabemos cuanto cargamos de ese fenómeno, probablemente entre otros nuestro temperamento, pero después pudimos construir un mundo de relaciones que nos condujo a formar agricultura, y el fenómeno llamado cultural que no tiene semejanza con la conducta animal y vegetal, que está viva pero con diferentes leyes y atributos⁽²⁵⁾. Es el momento para declarar observaciones publicadas por mí. Uno se preguntaría cuál es el vehículo de las formas culturales. No me cabe duda que estamos hablando de la familia. Han caído mitos, estados, pero la familia como célula formal de la sociedad ha sobrevivido a las convulsiones históricas, ha quedado como la célula fundamental de cualquier comunidad. Es ahí donde se reproduce la cultura: el lenguaje, las costumbres que dirimen entre el bien y el mal, lo prohibido y permitido y ese extraño color que imprime cada cultura individual. Nos encontramos por primera vez ante una diversidad trascendental. Existen distintos estilos de vida y apreciación de las experiencias naturales⁽²⁶⁾.

El contacto del hombre con la naturaleza imprime, con sus lenguajes distintos, paisajes, climas... distintas formas de valorar sus experiencias para concebir la vida y el mundo. Por lo tanto, no debe de ser una incógnita la diversidad para entenderla y experienciarla. Cada una de las culturas tiene su estilo en todos sus rostros y como se ha escrito antes el



intercambio muchas veces es doloroso. Cambiar de lengua, costumbres y moral puede ser devastador para una población en función de otras. La familia tiene un movimiento psicológico que genera identidad y seguridad y cuando esto es fracturado aparece con naturalidad la psicopatología, hay caos y muy frecuentemente violencia. Aflige emocionalmente a los integrantes y el desmembramiento es frecuente, es un abandono de la calidad de sus creencias y casi siempre se termina en el ámbito de la enfermedad. Es importante para empezar a enunciar un postulado que podría clarificar estas últimas ideas: Hay que distinguir las alteraciones neurológicas, mentales y psicológicas⁽²⁵⁾.

El postulado primario es que la sustancia de la psique son las experiencias, porque no se trata de un fenómeno *sui generis* como escribieron S. Freud y C. J. Jung. No es un fenómeno independiente aunque su dinámica tenga su singularidad. La mente está ligada a la fisiología ya que las Funciones de Integración Superior que la constituyen las tiene todo Sistema Nervioso Central humano y que puede construirse a través de un modelo heurístico que implique las funciones intelectuales y el sistema lógico que una vez fracturado produce la psicosis.

Las Funciones de Integración Superior obedecen a estructuras y funciones de la población neuronal, por lo tanto endógena, mientras que la psique, basada en las experiencias: es exógena. Las neurociencias todavía están lejos de describir en términos neurobioquímicos o fisiológicos las funciones mencionadas porque su objeto de estudio es muy complejo. Sin embargo, sabemos que todo ser humano cuando tiene una población intracerebral intacta, puede acceder a esas funciones que la naturaleza ha construido. Sabemos que son estructuras nacidas de la evolución biológica, y es aquí donde se confronta el mundo exterior con el interior para formar nuevas funciones como la *imaginación*. Por primera vez se unen en una estructura funcional la fisiología y las experiencias... para cualquier observador sería evidente que para explorar la *memoria* y la *conciencia* tendremos que estudiar sus contenidos y su asociación lógica o no del mundo interior que estamos explorando. No tardaremos en encontrar los valores culturales dentro de estas funciones. Lo que el psicoanálisis describió estructuralmente como *super-ego*⁽¹⁸⁾.

Si estas reflexiones son válidas, podremos entender el asombro de la variabilidad individual o cultural desde el cero ontológico hasta el cero vital, nuestra mente recibe impactos claros de la realidad natural y sus relaciones con otros seres humanos. La naturaleza es muy variable

en todos los continentes y podemos observar poblaciones en distintos nichos ecológicos que prefiguran su *existencia*. Peligro y bondades de los lugares naturales. Es evidente que un pescador sea diferente a un montañés... la lista sería innumerable para definir todas las experiencias distintas. Por lo tanto puedo pensar que los temperamentos forjados por experiencias diferentes formarán rasgos caracterológicos y después culturales; incidiendo en sus creencias, cocina, vestido y todo lo que pueda darle forma a cualquier clan. Todos los seres humanos tienen las mismas funciones, pero no tienen la misma experiencia, y esto obliga a pensar que existe una enorme diferencia entre la mente y la psique aunque sus relaciones sean ineludibles: función y contenido.

Debo decir que en inglés la palabra mente implica las funciones mentales y emocionales en la misma palabra, mientras que en español la palabra mente está adscrita a los fenómenos puramente intelectuales. Entonces, quedaría muy claro distinguir los conceptos de biología, mente y psique⁽¹³⁾. Si seguimos una línea histórico-descriptiva podríamos encontrar con claridad la patología interna, es decir, la etiología de la patología emocional. Encontraremos otras entidades médicas cuando conozcamos que su etiología puede surgir de experiencias culturales crónicas convirtiéndose esto en una epidemia peligrosa para la estabilidad de la población. Por supuesto esto implica complicar por mucho e innecesariamente la vida cotidiana.

OBJETOS DE ESTUDIO

Siguiendo la escuela de escritores franceses⁽⁶⁾ podríamos encontrar la patología externa; o cultural, se trataría de abordar los elementos últimos de la civilización, conformados en las figuras culturales en la construcción de valores que impliquen el bienestar de la gente sin que estos sean afectados por figuras culturales hirientes; como sería el caso del racismo, inestabilidad y falta de identidad. Es muy importante estudiar su evolución y si es posible hacer análisis comparativos en las distintas poblaciones con diferentes afecciones psiquiátricas. Evidentemente esta clase de epidemiología no está a veces configurada, a veces no es necesaria. Se puede llegar a un diagnóstico... *es cuando la gente con sentido común dice que la vida duele.*

Es posible que no esté tan lejos la posibilidad de una educación social, pero me es imposible cuantificar el tiempo de remediar tales



males. Se pueden construir sistemas utópicos, que siempre son útiles, pero en ocasiones se puede aliviar a la gente de un dolor inútil tratando de ejercer una fuerza en el sentido contrario. Estoy convencido que lo que se ha fraguado en tiempos históricos, no podrá resolverse en tiempos inmediatos, pero es importante que siempre exista una conciencia científica que sobreviva a los valores inoperantes en las culturas modernas que ya no tienen una función y que dificultan las relaciones humanas. Aún más oponerse a los mitos que deben desaparecer para no configurar mentes destructivas que han dejado sin recursos, a veces, a una racionalidad moderna por lo que se puede concluir que la destrucción es inútil. Tal sería el caso del racismo y falta de identidad cultural por opresión. La candidez, que a veces se ha tenido con el concepto de cultura, nunca toma en cuenta que, ambos fenómenos: *cultura* y *natura* han convivido por tantos años, que quitar un pedazo de cultura en una persona, puede quitar algo de su piel; por eso es tan difícil, la cura sin sangrar alguna de sus partes⁽²²⁾.

De esta reflexión se puede deducir el dolor cuando, ambas variables están en conflicto. No es una reflexión moral sino el conocimiento de una estructura nueva en el perfil de la filogenia y de la historia. No hay dualismo, sino un fenómeno que genera otro hasta convertirse en el universo humano.

Supongo que debo insistir al mencionar, que el postulado de la psique, por hoy más claro que nunca, es que su sustancia son las experiencias que van a dibujar el carácter de un individuo e incluso de toda una comunidad. Dentro de los factores que en especial han dado los pensadores franceses están: a) la aculturación, en donde los conflictos internos no resueltos se manifiestan por la adquisición impositiva de una cultura ajena y esto conlleva con frecuencia a la violencia, b) la deculturación, que con frecuencia es utilizada la fuerza para eliminar valores y tradiciones sin que exista un tiempo de adaptación.

Analicemos ahora los objetos de estudio de esta disciplina, para lo cual, seguiré la síntesis de Raymond Fourasté. Él escribe con claridad sobre mutaciones culturales y sociales en el modo de vida, cuando dos culturas diferentes se encuentran. Así dice: la *aculturación*, siguiendo a R. Bastide, se da cuando son destruidos los conceptos de costumbre y de valor en función de la dominación. Hay *endoculturación* cuando una etnia determina al niño, bajo presiones educativas y aprendizajes variables provenientes de sus mayores, que inconscientemente integra

modelos nuevos sobre aquellos que psicológicamente le resultan inútiles o perturbadores. De ésta manera dificultan una evolutividad del grupo y de informaciones culturales previamente establecidos. Es una pérdida natural, por autoselección. Por esto la *aculturación* es tan fuerte. Esto implica que el contacto con otra cultura por principio, implica problemas; pero no un choque. Pueden aparecer modelos de adaptación y ciertos rasgos de defensa. Existen ejemplos, como en el Tíbet que por generaciones fue impenetrable, o el de las comunidades árabes que han podido resistir mediante una estabilidad autártica a siglos de colonización. Sin embargo, cuando esto no ocurre, viene la *resistencia y defensa*. Los valores ancestrales son defendidos rechazando toda agresión y violencia. Cuando esto no se logra se puede observar el aislamiento defensivo que invoca una psicopatología de la población que puede ser demostrada... poco a poco el fenómeno de etnocidio es notable universalmente hablando y el carácter de la población se ve disminuido.

Otro objeto de estudio es la *transculturación*. Es un intercambio cultural entre dos modelos alejados unos de otros. En estos casos se encuentran mestizajes culturales. Se cree que nace una patología de la lección: el mestizo cultural está continuamente en una posición de “desarraigo”. No sabe quien es él en su identidad; y lejos de esta posición, se presentan depresiones, inquietudes constantes, angustia, división, soledad, y la autoestima se ve lastimada en todos sus ángulos. Se han propuesto como remedios alternos, la adhesión secundaria a un modelo traído del exterior. Esto es importante sobre todo en los países del tercer mundo. Al principio los problemas son ambiguos. Dado que no existe una planificación interior, se puede prever el conflicto entre dos poblaciones con una visión de la vida y la religión diferente... para poder organizar jurídicamente el mundo de libertades y obligaciones que diriman los conceptos de ambas poblaciones que casi siempre terminan en violencia.

El fenómeno de la *transculturación* es considerado por la Etnopsiquiatría. Es el intercambio cultural entre dos modelos alejados el uno del otro. En América latina es un fenómeno generalizado el mestizaje cultural y fenotípico. Según Roger Bastide⁽⁸⁾ la *transculturación* de un pueblo por otro es una consecuencia de relaciones a veces brutales entre pueblos dominantes *colonizadores* y dominados colonizados. Los objetivos ideológicos han presionado las formulas de *aculturación*,



modificando al mismo tiempo la simetría cultural original. El mismo autor escribe que los movimientos dominadores de la vieja Rusia estaban ligados al fondo místico de los pueblos eslavos. A partir de allí el proceso marxista a chocado con una incompatibilidad de comprensión entre su propia identidad y la de otros países socialistas. Para imponerse se ve obligado a vencer el fondo místico de la antigua Rusia, sin quitarle su ideal ejemplar de destino universal. De tal suerte se han constatado choques culturales muy fuertes en Hungría y Polonia, para quienes el marxismo soviético representó un tiempo en la mutación de una sociedad comunista conforme a un pasado diferente de la Rusia, generando grandes malestares dolorosos que mutiló la posibilidad de una relación pacífica y amable.

La *rebeldía* tiene lugar en un cierto margen de movimiento. Es una rebeldía contra una dominación cultural que atropella toda una tradición, toda una historia, a veces se trata de buscar una igualdad, que promovería una convivencia natural, con valores promotores de una sociedad serena en donde la confianza fuera para todos. La colonización generó una *psicopatología* que no permite una comunicación y convivencia a través de un dolor inútil. Los países con un potencial científico y tecnológico (USA, Japón y gran parte de Europa) han generado una megalomanía que impide *la verdad de la igualdad*. Las diferencias culturales sumadas a las económicas acomodarían al mundo en una certidumbre de paz... esto no ocurre porque no se acepta la diversidad dentro del porte de la realidad; que en última instancia enriquecería a todas las culturas. Es una visión racional y otros la conciben como utópica, si es así, el futuro se obscurece en el ámbito del *sin sentido*. También es propósito del tema incorporar a la *deculturación*, que puede entenderse como un corolario del movimiento social que crea una cultura uniforme, con códigos de informatización, nivelamiento de la cultura, del arte... aquí ya una vez detectados, su investigación se hace necesaria para saber sobre su causalidad, y observa: que los nuevos modos sociales, las experiencias individuales, la forma de gestión... de alguna manera de los libros de la sociedad enajenante, que implica una "patología social" que lucha por un equilibrio para mantener una paz que pueda organizar sus pensamientos... tarde o temprano tiene que actuar en contra de decretos absurdos por la población dominante que oculta sus valores reales. La *deculturación*⁽²²⁾ en donde se deshacen las tradiciones antiguas, y la incorporación de la población es dolorosa porque tiene que abandonar

las figuras culturales que han creado a lo largo de los años. Es una experiencia triste y desalentadora, es el comienzo de la dominación. Los códigos del saber, las señales, los procesos de información, nivelamiento de la tecnología, del arte... pierde la originalidad, el mundo construido por ellos mismos, generando daños que terminan en la psicopatología. En estos casos la *normalidad* es dolorosa y la población está cubierta por la confusión; su identidad está en peligro y la posibilidad de armonía pierde autenticidad. Ante esta desorganización experiencial y por lo tanto psíquica aparecen el cansancio, la depresión, el agotamiento por Estrés (enfermedades psicósomáticas), las toxicomanías, la delincuencia. Es ahí a nivel teórico donde se encuentra ubicada la Etnopsiquiatría frente a estos procesos. A lo largo de los trabajos de G. Devereux⁽¹²⁾, a partir de los mismos y sus observaciones de 1952, aparece una nueva palabra: la psiquiatría *metacultural*; en donde el universo simbólico se esfuma, los mitos se banalizan, las características culturales se opacan y se constituye una visión pesimista de la evolución. Curiosamente estos trazos se ven con claridad en la obra de F. Kafka⁽²⁰⁾. Desgraciadamente, la trágica puesta en aplicación por A. Hitler en los campos de concentración nos da una nítida perspectiva sobre el volumen del problema. Según este autor, el hombre cuando se despoja de su cultura llega al embrutecimiento. Se trata de la verdadera *deculturación* mediante la cual, si no se presta atención, las grandes potencias socio-económicas aplastarán a la humanidad. *Para vivir se necesita aire*. Los medios de comunicación, los mensajes publicitarios, la teleguía económica, las imprecaciones ideológicas... dejan respirar al hombre; y es aquí donde interviene la *metacultura* como área de análisis, como campo de comprensión de las cosas de la vida y del sufrimiento de los seres, como vía de prevención y de curación. Casi todas las culturas tienen razones para pensar en sus enfermos mentales. Según Bastide⁽⁷⁾ no hay que interponernos en sus conceptos y tratamientos esto puede resultar en una iatrogénesis no prevista en función de que no están preparados ni convencidos en la estructura occidental para enfrentar la subjetividad y realidades de su cultura. Podría ser contraproducente. Se requiere de un tiempo suficiente para que las dos formas de tratamiento estén de acuerdo. La *deculturación* corroe las formas ancestrales de afrontar la vida, y las viejas costumbres, estructurales de su cultura, van a aparecer ahora como una sombra no identificada por el pasado. Esto ocurre, por supuesto con las comunidades que no han desarrollado un lenguaje



escrito. Los hace más vulnerables. En cuanto a la psiquiatría *social*, con sus herramientas estadísticas y los métodos de la sociología se dirigen a: la etiología, la problemática demográfica, la repartición patológica en función de diversos factores de las enfermedades mentales, según su medio de emergencia, la urbanización, el modo de vida rural, artesanal... los métodos de prevención, de higiene y tratamiento derivan de estos factores. Allí hay todo un campo de estudios, que con autores como T. D. Billiot y J. Masserman tuvieron gran incidencia desde los años 1945-1960 (Pelicier, 1964). Ahora sabemos a través de H. Baruk, H. Ey entre otros que apuntan a nuevos modelos comprensivos y terapéuticos. Se trata de una *psicopedagogía* que sirva de puente entre dos culturas que no pueden integrar sus diferentes valores. Todo psicoterapeuta lo sabe, la conciliación y la forma de nuevos valores implica un enorme esfuerzo de los individuos y poblaciones. Necesitamos esos documentos para racionalizar y hacer más amable el contacto entre dos formas de vida. No quiero ser inocente, pero un gran cúmulo de valores podría hacer que nuestros encuentros no implicarán necesariamente la violencia, esto sería, para empezar una misión que cualquier *democracia* sana desearía.

LOS PROYECTOS DE LA ETNOPSIQUIATRÍA

Como se puede observar estos conceptos apuntados anteriormente están codificados por la Etnología clásica. Y debemos comprender que nacieron con el colonialismo europeo internacional⁽¹⁹⁾. Ahora debemos hacer el esfuerzo intelectual para conectarlos con la psiquiatría y la psicología para poder formular la definición de Etnopsiquiatría. Se trata de una interdisciplina moderna que ilustra la penetración de los fenómenos culturales en la población de una civilización vulnerable. Todo este fenómeno implica experiencias históricas que han lastimado poblaciones a través del contacto con una cultura europea; la española. Nosotros somos testigos vivos de la desaparición y aparición de nuevas civilizaciones. Primero el Imperio Azteca, después los españoles que acabaron con toda una mitología acendrada por milenios, nuevo lenguaje, nueva religión, desaparición de costumbre antiguas y una nueva configuración de la familia. Sin embargo, los mexicanos sobrevivimos al impacto y formamos una nueva nación que nos distingue de cualquier otra. Nuestra nueva civilización compite con cualquier estado moderno; y nuestro

mestizaje fenotípico y cultural nos configura en la modernidad. Sin embargo, el costo psicológico y cultural ha sido enorme y se han configurado psicopatologías muy importantes, especialmente en la población más marginal. Este proceso se refleja en un problema de identidad que está muy bien explicado en el libro de Octavio Paz: “El Laberinto de la Soledad⁽²⁸⁾”. Éramos una cultura muy aislada para hacer comparaciones y nos diluimos con la novedad europea en términos de desigualdad. Esto configura toda una psicopatología y enfermedades mentales que se expresan al interior de la familia provocando violencia y confundiendo roles como el masculino-femenino. Por supuesto esto conlleva en una expresión global al mundo de la delincuencia y la brutalidad social, incompatible con la armonía deseada para un progreso sano. Si tomamos en cuenta, que en la actualidad las emigraciones masivas son un fenómeno real y va a crecer podremos comprender la importancia de esta nueva ciencia para investigar y prevenir hasta donde sea posible *la naturaleza de ésta crueldad*. La sensibilidad del lector le ayuda a comprender que tenemos que evolucionar en la enseñanza de ésta ciencia que implica la formación de profesionales con una actividad comunitaria y psicopedagógica para aliviar y orientar la inutilidad de una violencia cerrada. No quiero ser muy optimista porque la tarea es enorme y requiere de voluntad política y financiamiento para formar los cuadros necesarios cuya actividad transforme la agresividad, repito inútil hacia la cooperación colectiva que derive en un mejor bienestar social. Esto significa el verdadero enlace de la psicología y psiquiatría con la etnología. Dejamos atrás el concepto puramente sociológico por la categoría de cultura porque implica una extensión más amplia.

La naturaleza de este fenómeno no es racional sino histórica. La historia no se conduce racionalmente. Son los intereses naturales de los apetitos humanos y su gran disfraz es la cultura. Siguiendo al poeta francés Antonin Artaud⁽³⁾, me obliga a ver a la guerra como un fenómeno natural de nuestra animalidad, con un ropaje de normas inventadas que oscurecen nuestra realidad existencial. De ahí, la importancia de la psicopedagogía para ampliar la conciencia de la gente con carencias sociales y apresurar la transformación necesaria para vivir una experiencia estética que no trágica. Estamos obligados a ésta tarea pero me es imposible calcular su tiempo histórico. Sé que hay que empezar y la dificultad que implica, pero es la única forma, según la



visión del autor, de darle sentido a nuestras vidas y a la historia que proviene del presente. Es necesario evitar la visión apocalíptica, para el individuo, la familia y la sociedad. Una novedad, una utopía estética y una política decisiva deben pronunciarse ¿Por qué no empezarla en las universidades? Que es el nido de las ideas más educadas y empezar a formar en todos los ámbitos el futuro deseable de cualquier ser humano sensible. La Etnopsiquiatría es un buen instrumento, que no el único, para tales fines; esto explica el desarrollo de la educación de toda la medicina y armar cuadros pedagógicos para un trabajo comunitario en la práctica diaria. Estoy conciente que esto significa la transformación de los medios institucionales, hospitalarios y sus recursos. Pero también estoy seguro que sino empezamos ahora, no abra estado y gobierno que pueda dar una solución relativa a nuestra condición social que está rebasando los límites de la comprensión. Todo esto es parte de la formación intelectual del médico. La especialización ha mostrado su eficiencia técnica, pero no es suficiente para los problemas que tenemos que enfrentar. La institución familiar, los problemas económicos y *culturales* requieren de la necesidad de una resistencia al neocolonialismo y son uno de los ejemplos que enferman a nuestra población. Su ejercicio de la vida carece de una visión estética y genera un mundo emocional incompatible con el *bienestar*. Al perder su identidad y oportunidades de educación, trabajo y vida, repito, se pierde todo el sentido de la existencia generando un nihilismo mal conducido que ataca la armonía social y el progreso. Tenemos todos los datos para fundamentar ésta tesis, y creo, es hora de actuar colectivamente y especialmente convencer a los estratos del poder que tienen la posibilidad de movilizar éstas ideas en términos institucionales y económicos.

Estas ideas confirman la utilidad de la Etnopsiquiatría bien comprendida, para dar una historia de la medicina que siempre ha sido paralela con la cultura y sería una gran decepción, de amplia magnitud perder esta tradición, que en este caso es el motor ancestral que conecta la salud con la belleza del vivir. El valor de nuestra disciplina implica recobrar un pensamiento más profundo que lo que ofrece la tecnología de punta. Nada en contra de ella pero por si misma es insuficiente. Significa un contacto profundo con nuestra historia y la condición humana de nuestra población. Nos necesitan y nuestra práctica adquirirá más dignidad y eficiencia en presencia de nuestros semejantes. En todo el mundo occidental existen pensadores avanzados con la misma

inquietud, no es tiempo para dubitar sino para reflexionar sobre el futuro que necesita de nuevas ideas para enfrentar las dificultades que han sido construidas a lo largo de nuestra historia. Lo fundamental es convertir las ideas en práctica y soy bien consciente que el problema no es fácil, pero insisto sensibilizar al gremio médico y a las autoridades será el gran paso, a través de un esfuerzo intelectual que promueva una sensibilidad política de apoyo para una sociedad que pide ayuda y debemos dar respuesta para configurar los elementos necesarios. Tarea no fácil pero nunca imposible.

La resistencia ante la adversidad tiene que ser escuchada. Sino uno se pregunta ¿para qué sirven las autoridades de la universidad, del gobierno y del estado?

Hablemos de los pensadores extranjeros para no sentirnos solos en este esfuerzo. Autores como T. D. Billiot y J. Masserman que tuvieron grandes incidencias sobre el tema, desde los años 1994-1960 (Pelicier, 1964). La psicopatología social, la clínica, el diagnóstico, la prevención y la terapéutica formulan que las experiencias descritas, como una prolongación del colonialismo y la desigualdad provocan un dolor general y una estructura psicológica que puede conducirse por muchas generaciones, convirtiendo este problema en una expresión social y familiar que puede explicar la violencia que ya vivimos. El fenómeno va a crecer hasta llegar a una desestructuración nunca vivida en nuestra sociedad. El control policiaco y jurídico se empobrece ante ésta perspectiva. De ahí la necesidad de una prevención científica y humana para poder evitar fenómenos apocalípticos que empezamos a vivir. Apoyan estas ideas H. Aubin, H. Baruk, R. Bastide, H. Ey y Cl. Veil. Autores europeos conscientes del colonialismo. Los autores anglosajones como M. Jones y M. Taylor apoyan éstas ideas conscientes que generan un nivel más alto de la atención médica para construir un sistema de redes sociales que apoyen a las familias y poblaciones más vulnerables y necesitadas. La etiología cultural y social ya es innegable y la prevención es indubitable desde un punto de vista técnico y científico, con la participación política que tiene los medios para una solución como repito relativa.

La Etnopsiquiatría se inscribe como una precursora, motor y complemento de esas experiencias nuevas. La creación de las grandes ciudades, la emigración masiva, la problemática de trabajo, el rezago de la vida rural y sus carencias han generado un malestar poblacional cuya deculturación se siente en los jóvenes y suburbios de los grandes



complejos urbanos. Responder a esto es actuar en el ámbito de la Psiquiatría Social y Etnopsiquiatría. Porque aquí la cultura se convierte en una categoría que es punta de lanza para aliviar y educar a los que padecen la irracionalidad histórica que nadie configuro con acierto. Hay que romper con la desesperanza al hacerlos sentir que no están solos sino en una estrategia de conjunto en donde los estratos más altos generen la confianza de utilidad y responsabilidad. H. Collomb⁽¹⁰⁾ fue el pionero de ésta iniciativa que genero toda una escuela de pensamiento y la creación de conjuntos humanitarios a pequeña escala insertos en la vida social para promover la comunicación azorada por profesionales de la salud y generar una tranquilidad emocional que rompe con el aislamiento y con la *angustia*. Todas estas ideas tiene que ser adaptadas a nuestra realidad, que por su complejidad, implicarán un gran esfuerzo administrativo... pero sobre todo se observa la necesidad de una voluntad política sería que podría solucionar y salvar una multitud de vidas. Me gustaría abundar sobre éstas ideas, la relatividad en clínica y terapéutica Etnopsiquiátrica ha encaminado a la psiquiatría clásica hacia otros horizontes en donde uno no deja de descubrir la sistematización de una ciencia totalmente ordenada de la vida psíquica, de la vida humana y de la vida social. Pero sí se nota ahí las prolongaciones de una clínica innovadora que pretende formular etiologías culturales en la configuración de la psicopatología familiar y social, se trata nada menos de la comprensión e incidencia de las experiencias culturales, muchas veces deformadas, para entender la especificidad de muchos trastornos psicológicos y mentales para promover un tratamiento integral. Esto implica desordenes emocionales que explican conductas sociales destructivas a veces permanentes. No se trata de eliminar a la clínica clásica y moderna, sino de enriquecerla para abordar las dimensiones actuales que la población demanda. Pero esa conducta no es nada nuevo; pondré algunos ejemplos históricos. Evocando a los marinos del siglo XVIII se relata la existencia de la “calentura asesina”. Se causaron terribles estragos: muchas formas aniquiladoras que existieron en varias culturas, con un giro de signo ceremonial. En Escandinavia, los Bersek son conocidos por los ritos que utilizaban en matar a los extranjeros, en India, África y Malasia existieron “furores homicidas” de los negros africanos o de los pueblos no identificables por dichos homicidas, hasta llegar al canibalismo de los Indios de Canadá que fueron considerados como crímenes o *reflejos*

impulsivos dentro del contacto de culturas diferentes registrados por la etnología europea. Explicar estos fenómenos esta dentro de la Psicología Histórica y Etnopsiquiatría.

Muchas veces en ciertas etnias la muerte es consecuencia a la violación de un *tabú*, la intervención de creencias mágicas está presente y con frecuencia se utiliza la *humillación pública*, lo que acarrea un estado melancólico como parte estructural del castigo y de la crueldad instintiva. De esta forma se dejan ir hacia la muerte al visualizar un destino sin solución racional y sin defensa. En la Grecia antigua se le llamo *amor-enfermedad*, equivalente al *mal de amor* romántico europeo. La *nostalgia* se encuentra en gran parte de la población negra como resultado de la esclavitud esparcida en muchas partes del mundo (H. Aubin⁽⁴⁾), lo encontraremos en todas las poblaciones que han tenido que emigrar por presiones internas generando cantidad de enfermedades emocionales y psicósomáticas. Esto ha generado culpabilidad en pensadores europeos y estos ejemplos implican una descomposición psíquica que siempre se han expresado a través de la resistencia social y la violencia desesperada de la sobrevivencia que podría inscribirse como un instinto natural (A. Jerrige y P Moron 1979⁽¹⁶⁾). La lista de ejemplos no tiene límites. Pero para los propósitos de este ensayo e investigación me parecen suficientes. Queda enunciarse que la angustia se encuentra en la existencia histórica. El miedo, la soledad, la necesidad de los mitos y modernamente de las utopías, son necesarias para generar esperanza en la sociedad, ahora estamos en la utopía de la democracia, que no estoy seguro si nos llevará a nuevas guerras instruidas por la dominancia de las culturas imperantes... pero debe solucionar relativamente el género del horror de la historia que mora en la gente educada y eliminar esa ansiedad flotante que se expresa en todos los espacios de nuestra existencia colectiva. La Etnopsiquiatría pretende ser una conciencia científica de esta realidad que nadie puede negar. La relación del hombre con el universo, no puede encuadrarse sin la distinción de la diferencia de los conceptos de problemas y misterios en la diversidad de las diferentes culturas. El autor opina que un problema es algo que puede plantearse racionalmente y proponer soluciones, mientras que el misterio no puede plantearse lógicamente y por lo tanto no tiene soluciones científicas; pasa por naturaleza al mundo de las creencias, que tienen un peso cultural que cualquier observador puede identificar. Las conversiones *forzadas* generan a menudo problemas histeriformes, francos y crisis neuróticas más trastornos psicósomáticos, que llenan



la consulta médica que necesita de una recuperación pedagógica, de profesionales que puedan entender la conexión entre las experiencias y la respuesta emocional crónica, y los trastornos fisiológicos que están implican. Es una realidad clínico-social que involucra a ambos sexos y están insertados en la estructura familiar. Los americanos, con su visión práctica, expresan que es una respuesta ante la dificultad de adaptación de una situación nueva. Pero sé que el asunto es más complicado ya que se pierde lo que la cultura siempre responde: a) de dónde venimos, b) quienes somos y c) a dónde vamos. Se han descrito estados de homofobia para evadir la ansiedad de cambios bruscos en Japón (B. Kimura, 1971) y para una clínica fina sabemos que esto conduce a una obsesión, que es una patología grave y difícil de curar. Cualquier psiquiatra con experiencia lo sabe y cito a H. F. Ellenberger 1965⁽¹⁴⁾ -1978, H. B. Murphy en 1978⁽²³⁾ y V. D. Wittkover, 1960⁽³¹⁾. Las *taxonomías* se dividen en varias categorías: 1. Las *endémicas* como la absorción del kif en Marruecos, y dependiendo del lugar, el opio en la India y China, el alcohol en Europa y actualmente en todo occidente, 2) La *importación*, de mutación cultural, como el alcoholismo con cerveza o vino, aperitivos en África Occidental y toxicomanías con medicamentos... cada caso se convierte en un particularismo violento del estudio socio-cultural pero siempre existe el desequilibrio individual que se expresa en el desorden de la conducta social. En la modernidad podemos agregar una más: 3) Las toxicomanías generadas por la delincuencia organizada que acapara los grandes mercados, como una gran decadencia del capitalismo con consecuencias mayores y casi siempre asociados al narcotráfico y a la criminalidad que preocupa no solo a pequeños grupos sociales sino a estados enteros de extensión internacional.

Es opinión del autor que las psicosis alucinatorias, esquizofrenias y psicosis paranoides no tienen una etiología experiencial, sino orgánica y probablemente genética. Los poseídos quedan dentro de una imaginación mágica y posesiones diabólicas descritas por Fourasté⁽¹⁷⁾ pero la ciencia moderna no tiene etiologías experienciales que puedan explicar dichos fenómenos. Queda dentro de culturas dominadas por un mundo mágico-mitológico y debemos respetar sus curaciones por sus chamanes y sacerdotes para limpiar sus angustias dentro de su contexto creencial.

La homosexualidad por ejemplo, en el marco jurídico-cristiano sobornado por el contexto de Sodoma y Gomorra niega la diversidad de

las prácticas humana, se trata de un concepto bíblico en donde no existe una diferencia entre mito, historia y ciencia. Ahora sabemos que se un fenómeno congénito y que no existe la decisión mental del concepto equivocado de la voluntad de elección sexual. Está determinado biológicamente. Estos conceptos modernos me preocupan, porque pienso más en la Etnopsicología que en la Etnopsiquiatría. Ya apunté con anterioridad el postulado, de que toda psicología tiene como *sustancia* a las *experiencias*; pero los fenómenos biológicos operan con otras leyes que no tienen nada que ver con las humanidades⁽²⁷⁾. Existen muchas ideas sobre las concepciones culturales y primitivas que no vale la pena relatar en este ensayo. Todas ellas implican una nosografía identificada con las creencias regionales, a veces traducible a la psiquiatría moderna, otras no, porque están conformadas con pensamientos mágicos, que ha mi entender, no vale la pena traducir. Cuando sus curanderos no los pueden resolver pueden recurrir a la modernidad. Tenemos que entender que los sufrimientos psicológicos y emocionales son alteraciones antiguas, y han existido remedios relativos regionales a su mitología. Pero en la actualidad el problema es masivo e internacional que implica innovaciones de alta prioridad para comprender modificaciones importantes de la medicina, psicología y psiquiatría que pueden dar respuesta a las transformaciones sociales y culturales que vivimos y nadie puede negar. La integración interdisciplinaria pasa a ser un pensamiento o una escuela de intenciones para convertirse en una necesidad imperante del mundo moderno. Y es por esto, que en el ámbito de las enfermedades mentales y psicológicas quedan como un imperativo, para evitar conductas individuales y sociales que pueden ser el inicio de nuestra destrucción. Expresé al principio que los factores biológicos, psicológicos y culturales son una unidad indisoluble. Si se quita alguna de éstas macrovariables es incomprendible la condición humana. Estoy conciente que la OMS habla de algo semejante pero dejemos lo social a los sociólogos y tomemos una categoría más amplia, como la cultura para comprender con más extensión la visión y el dolor de la existencia. El médico tiene que volver a ser un intelectual. Los proyectos de la Etnopsiquiatría, tienen una extensión muy amplia. Todos ellos habitan en la transformación de la medicina practicada en la actualidad. No se trata de romper con los logros construidos a lo largo de la historia, incluyendo su gran tecnología. Sino de recuperar su función intelectual diluida por el descuido en la formación profesional. Se ha perdido el



pensamiento cultural y la educación intelectual en las universidades, que con el tiempo moderno se han aplicado a resolver problemas particulares, olvidando la secuencia de la historia de la medicina; que siempre ha sido un pilar fundamental en la construcción de toda civilidad, y de una conciencia sobre los inductores que provocan el dolor esencial en la muerte que en gran magnitud no es natural, porque es provocada por factores culturales que ya no se codifican. Entonces la mentalidad del médico y por supuesto del psiquiatra se mueve en una conciencia de pequeño contorno. El proyecto fundamental de la Etnopsiquiatría es abrir esas puertas blindadas por la enajenación administrativa actual, y porque no decirlo, por las dimensiones desproporcionadas a las que tiene que enfrentarse. El apoyo de las instancias de *poder* son necesarias y el conflicto es sensibilizarlas ante una realidad dura que ha primera vista ofrece pocas posibilidades. Si existe el éxito las proyecciones son inmejorables para dar un ejemplo de futuro que la modernidad no ha pensado con precisión. Se trata de apoderarse de un pensamiento filosófico-científico que integre el bienestar de poblaciones que conviven con estructuras culturales descritas anteriormente.

La generosidad de ésta perspectiva merece toda una reflexión dotada de un resorte lleno de esperanza, pero no en un plano romántico sino en una intencionalidad practica que nos haría respirar la vida y nuestro trabajo con más dignidad y con un esfuerzo valioso. Es una necesidad que impera en nuestro espíritu y una necesidad que exige nuestro instinto. Tenemos que resistir la opresión, la desigualdad y la delincuencia generada por las razones antes expuestas, para ganar una libertad razonable que la gente expresa en su rostro. El proyecto es claro y sincero. Una comprensión más profunda de la mente humana, desde un punto de vista histórico y su confrontación con el mundo actual. Sus perspectivas son enormes si las experiencias comunales construyen colectividades con más afecto, educación y comprensión de la naturaleza de unas civitas más amable.

LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS

Debo empezar diciendo que las limitaciones de la Etnopsiquiatría, tienen las dificultades de cualquier ciencia particular. Teóricamente no son intrínsecas a su estructura de pensamiento son los factores externos los

que configuran sus posibilidades e imposibilidades. No puede resolver una totalidad por sí misma, requiere de una gran interdisciplinaridad porque su objeto de estudio es nada menos que las *enfermedades mentales* y la incidencia de la *cultura* en la construcción de la objetividad individual y sus consecuencias en la conducta social. La falta de colaboración global es la que va a dibujar todo un panorama de un futuro de la población moderna, tomando en cuenta sus consideraciones históricas que prefiguran una gran complicación. Estas ideas han sido presentadas en este ensayo, pero siempre queda la pregunta de la voluntad social y política para construir esencialmente una educación universitaria para tener una perspectiva factible. Imposible pensar que depende de un autor aislado, sino de la sensibilidad histórica de una relativa y nueva ciencia que pueda coadyuvar aun conflicto que ha primera vista parece imposible. Espero que la necesidad impere sobre la tontería y la indiferencia; que serían las limitaciones orgánicas de una excelente oportunidad. Las necesidades de formar redes comunitarias para ayudarse unos a otros, implica un esfuerzo económico y yo no sé si esa intensidad se pueda construir en la sociedad mexicana. Quiero pensar que sí. Una visión estética del mundo la he tenido desde la infancia. Mi educación la ha sustentado, pero siempre he estado conciente, y conmigo todos los poetas post-románticos que no hay remedio. Nuestra animalidad y lo postizo de la cultura y civilización, generan una contradicción no resuelta por ningún periodo histórico. Sin embargo es mi deber entregar este esfuerzo intelectual a mi universidad donde he entregado mi trabajo y pensamiento en la docencia e investigación y que personalmente he cultivado en mi biblioteca con el concurso de interminables discusiones con conocedores de la materia que discernen mi intención. Si no impera la razón y la perspectiva de la belleza, el futuro es incierto y nos veremos involucrados en una violencia absurda que acabará, poco a poco con toda esperanza de bienestar. La otra visión es apocalíptica, y sonrío con malestar ante tanto esfuerzo humano para llegar a tan poca cosa. Nuestras limitaciones son concretas: las ideológicas y la configuración histórica de intereses creados que imposibilitan la visión de un mundo nuevo. Es suficiente la crueldad ancestral de los apetitos mezquinos para desear ser hombres mejores. Insisto, que la limitación está inscrita en la enajenación de una sociedad presionada por vectores económicos y de autoridades indiferentes; podríamos caer en una fórmula simple: “sálvese el que pueda”



y perder el poder de la comunicación social e inteligente para poder generar redes que permitan una resistencia a la enorme indiferencia del poder que no piensa por ninguna forma en la estética de la vida humana. Podría abundar en buenas intenciones, pero no quiero aburrir al lector que seguro está familiarizado con estas ideas y experiencias.

La condición mexicana enmarca una geopolítica difícil para poder hablar de la alegría. La fenomenología social no solamente es difícil sino peligrosa. La Etnopsiquiatría puede funcionar como un elemento científico para configurar mejores futuros, salud mental y emocional en nuestra querida población que ha pasado por una historia harto conflictiva que se expresa en su existencia. La Etnopsiquiatría ofrece dibujar una perspectiva especializada y global. Puede con una metodología que hay que superar, continuamente, un diagnóstico de poblaciones bien circunscrita, para lograr una epidemiología diferencial que pueda explicar como los valores culturales al perderse o quebrarse llega a lastimar comunidades enteras no siempre conscientes del peligro en el que viven. Es el diseño de una buena clínica para configurar encuestas bien estructuradas, que pregunten las pérdidas culturales y sus consecuencias en su conciencia y sus efectos emocionales. Aquí encontramos los diagnósticos, remedios relativos y pronósticos para poder planear proyectos preventivos con efectividad y siempre con la convicción ideológica de la ayuda comunitaria. En este momento no necesito citar autores porque ha sido una experiencia que he vivido con la piel y con mi inteligencia. He viajado lo suficiente para saber que no me encuentro ante una circunstancia exótica, sino en medio de la condición humana que se expresa en todos los continentes. Lo *existencial* es universal. Continuo, las perspectivas son enormes tomando en cuenta una visión del tiempo nacional. Pero si siguen las diferencias poblacionales de los que tienen y no tienen, y se sostiene la perversidad de los intereses que carecen de una sensata humildad; no existirá en un futuro cercano la posibilidad de resolver los problemas expuestos en este trabajo por ningún estado o gobierno. *Se trata de ahora o nunca.*

MI EXPERIENCIA EN SALVADOR BAHIA

Es cierto, encontré una ciudad con una presencia bella, enfrente del atlántico y con una población mezclada de todo tipo de razas, predominando

la mulata con todo un abanico de negritud, después la blanca e indígenas como minoría, que genera una impresión extraña y elegante... espigados y orgullosos al diferenciarse de cualquier otra zona de Brasil. Pero no quiero escribir una experiencia visual, sino hablar del espíritu cultural que predomina.

Existe un paralelismo histórico entre México y Brasil si empezamos a reflexionar sobre el colonialismo europeo. Inevitablemente todo comienza en el siglo XVI con la llegada de los portugueses que enfrentan a los aborígenes sudamericanos de la región, que nunca se incorporaron totalmente al cristianismo de la época y se refugiaron en las partes más alejadas del Amazonas. Se trataba de grupos primitivos bajo términos europeos, no habían desarrollado un lenguaje escrito, no encontraron en ellos motivos de riqueza. De ahí la importancia de la horrible comercialización de la esclavitud africana, habían encontrado un paraíso pero el trabajo era necesario, básico para la riqueza y la acumulación de bienes materiales, es el inicio de una nueva civilización, de un país llamado Brasil. Salvador/ Bahia fue uno de los centros donde éste comercio se desarrolló y fue configurado en su totalidad en el siglo XVIII. La fuerza de trabajo de la esclavitud construyó un país con desarrollo agrícola y de la explotación de la naturaleza que enriquecía a Portugal a través de los terratenientes locales que usaban su poder para imprimir una cultura que no imaginaban a donde iba a llegar. La complejidad cultural de Brasil empieza con esta mezcla de aborígenes, negros africanos y europeos, generando una complejidad que es un sello en la actualidad de su rostro moderno.

Los movimientos culturales, el mestizaje y el colonialismo se expresaron con una fuerza tan grande, que con el tiempo Portugal resultó el hermano menor y su relación política y económica convirtió a los europeos en una provincia dependiente.

El paralelismo con México en su principio, es similar, pero en nuestro país no se encontraron los españoles con poblaciones aisladas y primitivas; sino con civilizaciones completas, organización social y religiosa con un peso milenario. Siguiendo el pensamiento de Alfonso Reyes, nos encontramos con una contradicción exótica. "La conquista fue determinada por los indígenas y la independencia por los criollos" que ya no querían pagar más impuestos a España. Tenochtitlan, una maravilla de ciudad, estaba habitada por 150.000 personas, lo mismo que



en Madrid... y me es imposible pensar que 800 españoles conquistaron con su tecnología primitiva semejante civilización. Cercaron a la ciudad acompañados por 100.000 indígenas (Tlaxcaltecas, Xochimilcas, etc.) azotados por el imperio Azteca que había llegado hasta Honduras y eran detestados por las culturas aledañas que combatieron con los españoles para eliminar a los primeros conquistadores: los Aztecas.

El peregrinaje europeo, por su densidad poblacional, era inevitable y empezaron a llegar por miles hasta constituir una cultura compleja como es la mexicana, que en su principio implicó un nuevo idioma, una nueva religión y la desaparición paulatina de las costumbres, de toda institución prehispánica... se trataba del nacimiento de una nueva nación fenotípica, culturalmente y sin diseño determinado. Tuvo que imprimirse la improvisación histórica, conjuntamente con el cristianismo lo que ahora llamamos el México moderno. Aquí termina el paralelismo entre Brasil y México. La mano de obra de trabajo para el desarrollo económico no tuvo la necesidad de arrancar poblaciones de otros continentes para su progreso.

Sufrimos la calamidad del colonialismo, pero en Brasil habían llegado nuevas culturas, hasta la árabe que configuró una confusión étnica que todavía se puede observar en la calle.

En su comercio de esclavitud dirimían, la edad, el sexo, oficios calificados y el estado de salud para poner precio al valor económico de los esclavos. Para la mentalidad europea no se trataba de hombres sino de instrumentos sin alma para sus propósitos prácticos conjugando esto con el deseo natural de europeos sin educación que simplemente cumplieran con sus apetitos. Esta mezcla de intereses es el origen de la nación brasileña.

Esto ha configurado conflictos etnológicos que han generado una epidemiología diferencial, donde las diversidades culturales han dibujado conflictos psíquicos y conductuales, que en números duros expresan diferencias en sus enfermedades y aberraciones conductuales que se han estudiado por muchos años, para permitir la conformación de sociedades e institutos científicos interesados en la explicación de la naturaleza de las crisis generadoras del sufrimiento social, únicas en Latinoamérica. Esto me obligó a visitar a mis colegas brasileños y he tenido una relación generosa e intelectual para analizar el origen histórico de los conflictos de salud en nuestra América Latina. He dado conferencias y escrito sobre mi experiencia mexicana y aprendo todos los días a través de

seminarios, conversaciones, asistiendo a museos y bibliotecas para tener una visión amplia de las diferencias y semejanzas. Me han interesado los intentos de organización de redes consultivas y de tratamiento para vigilar el comportamiento de poblaciones bien definidas y sus tendencias como sería el caso: a) Clase civil, b) Sincretismo religioso, c) La libertad de la negritud, d) Las transformaciones y conflictos familiares. Podríamos mencionar los roles femeninos y masculinos en constante movimiento y el mestizaje cultural de una europeización moderna. Todo este fenómeno les ha permitido el uso de los principios de la Etnopsiquiatría a un nivel práctico no conocido en nuestra experiencia mexicana, en donde a pesar de nuestra diversidad cultural ha imperado la ignorancia y la indiferencia. Para construir un modelo equivalente que sirva a nuestros propósitos sociales, para cuidar la complejidad de la salud mental concebida en su más amplio espectro. Debo expresar con claridad que nuestra complejidad histórica y la diversidad cultural mexicana son más amplias y nos obliga a un esfuerzo mayor. Pero eso no disculparía la indiferencia o la ignorancia de los instrumentos científicos de la investigación de la Etnopsiquiatría.

Cuando escribo estas líneas estoy consciente que se trata de un esfuerzo pionero... pero siempre hay que empezar... no hay nada que perder y si esto genera un principio quedaré con la satisfacción de un trabajo innovador y concluyente. Estoy fatigado de la violencia mexicana y de su burocracia, deseo que nuestra población experimente un signo de libertad y mejor calidad de vida.

El sincretismo religioso⁽²⁾, los conceptos de mujer y familia en Salvador/ Bahía funcionan con un precepto de comunidad. Debo expresar que sobrevive, en las clases populares un *pensamiento mágico* que los ligam con sus antecedentes africanos. Existen rituales no vistos en ningún lugar de Latinoamérica, danzas y creencias que no han sido penetradas por el mundo blanco. Visten distinto y sus enfermedades psicológicas son tratadas por el Shaman o el Bispo cristiano que dirime los problemas personales o comunitarios. Tuve la oportunidad de hablar con ellos y asistir a sus reuniones. Las jerarquías estaban bien definidas y los objetivos eran la promoción de la salud a través del vehículo de su espiritualidad.

Todos los días había problemas y la congregación es para ellos un refugio ante la hostilidad de la modernidad. Esto me proporcionó un



concepto de gran importancia para nuestras poblaciones marginadas que hacen algo semejante pero sin esa identidad de negritud.

Igual que a nosotros llegaron misioneros de la cristiandad. Pero es importante señalar que siempre existe un instinto de resistencia de creencias ancestrales, que determinan gestos y actitudes que conservan sus raíces culturales y les permite saber de dónde vienen, quienes son y a *dónde van*.

Al estudiar partes de la historia de Bahía⁽⁵⁾, conmueve el destino de los libertos. Ellos ya no pertenecían a sus grupos originales pero tampoco eran aceptados por los blancos, su identidad estaba acabada y generaron síndromes de depresión que en muchas ocasiones acababan con toda su vida. Esto nos conduce a reflexionar sobre la unidad cultural en el sentido antropológico y la importancia de cómo se construye el sentimiento de autoestima; siempre colectivo.

Estos conceptos, pensando científicamente y con sensibilidad nos brindan una perspectiva fácil de comprender; se trata del fenómeno de la vida y la muerte y toda esta experiencia quedó expresada en su poesía y música. El cristianismo organizó su espíritu cultural, pero no era propio y es por eso que siguen existiendo en Salvador/ Bahía rituales africanos y manifestaciones emocionales y mentales indescriptibles por la psiquiatría moderna⁽¹⁵⁾.

En similitud con México, la parroquia y los misioneros desarrollaron un trabajo de integración cultural para evitar el impacto desastroso de la desaparición. A veces con éxito pero siempre con resistencia.

La injusticia siempre configuró las experiencias de las minorías étnicas y marcó por generaciones, este gesto adusto que expresa una agresividad continua; la psique culturalmente hablando había sido lastimada y quedan restos importantes en la vida emocional de las minorías negras y grupos marginados donde habitan los conflictos familiares y las conductas sociales más agresivas del mundo brasileño. En Salvador/ Bahía se concentra por constitución etnológica un ejemplo que destaca del resto de la nación. El cristianismo mostró un rostro amable pero la experiencia social desacreditaba los principios fundamentales por eso siguen buscando su origen que aquí llaman afrodescendiente.

Tuve la oportunidad de observar sus rituales antiguos y deben saber que no tiene nada que ver con ese concepto vago llamado *Latinoamérica...* siguen buscando *el sentido de la vida* bajo la cobertura de una cultura que los proteja.

Todo lo descrito ha formado la constitución de *hermandades* para encontrar su destino del *alma*⁽¹⁵⁾.

Existen en su historia curiosidades culturales. Cuando llegaron en las peores condiciones, negros islámicos, al Brasil en un proceso gradual de etnolingüística, y la presencia dominante del catolicismo cayeron en una decadencia que terminó con su existencia cultural. Existen textos coránicos, oraciones islámicas, amuletos y emblemas que dan un contexto histórico del fenómeno descrito.

Nos encontramos ante una categoría fundamental en la vida de los pueblos: la importancia de la *memoria histórica*⁽¹¹⁾ que configuran una identidad cultural y ofrece una continuidad psicológica de vital importancia para la salud. Es por esto la necesidad de una política estatal museológica como parte de un sistema educativo y experiencial que promueva un impacto popular, la investigación y la imaginación de las perspectivas sociales. Es en estos espacios donde se expresan la mezcla fenotípica y cultural... la coexistencia de razas en la ciudad y se convierte en una experiencia general que da una imagen del contexto y del estilo de una forma de vida. En Salvador/ Bahia, el museo está vivo, pero en una ciudad tan compleja como México se requiere de un esfuerzo mayor para saber en que contexto existencial sobrevivimos.

Es interesante mencionar que el feminismo en Bahia empezó en 1931⁽¹⁾, dentro de la Federación Bahia para el progreso de la mujer. Su integración, como en todas partes, fue lenta en el ámbito político, cargos jurídicos y culturales. Sigue siendo un movimiento vivo con logros equivalentes a nuestro país.

En la actualidad Salvador/ Bahia es una ciudad moderna, con toda la tecnología conocida por nosotros pero su pausa vital, su tropicalidad, el humor de la calle, las distinguen de otras ciudades como Sao Paulo (Industrial), Río de Janeiro con su enorme actividad turística y comercial y Brasilia que es el foco de la administración política y burocrática que sacude a sus habitantes. Salvador/ Bahia no es un paraíso, padece de todos los conflictos sociales de la cuarta ciudad de la nación. Es muy turística en verano donde la población se vuelca en una catarsis general, rozando los límites de la razón, que para un mexicano como yo exageran en un proyecto de felicidad.

Quiero insistir, que cultivar la hospitalidad me impresionó en el contacto con la gente, generando un espíritu de amabilidad y me pesó la violencia mexicana. Nos aísla la frontera idiomática pero sin saber



por qué gustan de los mexicanos. Puede ser, curiosamente, un evento deportivo.

Su escenario marítimo me dio una impronta que siempre agradeceré, la gentileza de mis colegas y la gente de la calle organizó una impresión estética que nunca olvidaré.

Es una sociedad donde lo indígena, la negritud y su idioma portugués es todo un laboratorio vivo para quien piensa en la Etnopsiquiatría y el valor cultural de ésta gente procuró una de las experiencias más importantes de mi vida.

El que crea en México que el portugués es un idioma fácil, se equivoca; está lleno de matices y un cúmulo de vocales jamás experimentados por mí. Tuve que lidiar para comprender su idioma y pude lograr un buen *portuñol*. El que no advierta lo que digo lo reto a que lea poesía brasileña. Lean a uno de sus clásicos: Antonio de Castro Alves⁽⁹⁾ y quedarán sorprendidos ante una lengua clásica que al igual que el español tiene toda la configuración del latín, que es un lente fundamental para la historia universal.

El logro de esta experiencia tiene dos rostros: a) el logro teórico de comprender que es la Etnopsiquiatría, y es una lástima que no se cultive en México... sus proyecciones son enormes, sería el enriquecimiento de la medicina social, ya explicada en el texto, b) la experiencia de conocer una cultura desconocida para los mexicanos ajenos de fondo a la historia brasileña, con su dramatismo profundo, que si no se vive queda uno como un visitante superficial, sin comprender a un gran país y parte de nuestros hermanos.

Ellos respetan más a sus intelectuales y se refleja en el trabajo de sus comunidades que no se da en nuestro país donde priva con más ahínco el egoísmo y la vulgaridad de los políticos. La ciencia de la Etnopsiquiatría y sus consideraciones finales está en proceso, formación necesaria de todo pensamiento científico, pero ha tenido oídos sordos del impacto de la cultura en la construcción de la subjetividad humana. Ellos, los políticos, solo ven estructuras y no la sensibilidad de la gente con sus consideraciones estéticas y psicológicas.

Repito, que las limitaciones de la Etnopsiquiatría no son intrínsecas sino vienen de una indiferencia social, profesional y de un estado incompatible con el servir natural. Todos los valores están en juego y su configuración determinará el futuro de poblaciones humanas. Hemos rebasado el límite de la estupidez y de una crueldad sin sentido. Si

nosotros comprendemos la construcción de la *subjetividad* como un cúmulo de experiencias, no sólo biográficas sino generacionales, nos queda claro que la armonía o la salud está directamente relacionada con la cultura... La pregunta fundamental es cuanto tiempo tardará nuestra sociedad para comprender esta verdad y proponer soluciones inmediatas o prevenir un futuro grotesco. Mi opinión queda definida: Es ahora o nunca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida, M. F. *Feminismo na Bahia, 1930-1950*. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Salvador. 1986.
2. Alvin, V. M. *Movimientos Proféticos e Contraculturais dos Negros Islamizados na Bahia do Século XIX. A Revolta dos Malês*. Salvador. 1975. MESB
3. Artaud, A. *México y Viaje al País de los Tarahumaras*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 2004.
4. Aubin, H. *Ethnopsychiatrie (Facteurs ethniques) (1952)*; A. Porot, Manuel alphabétique de Psychiatrie, 4^o ed. P. U. F., París. 1969.
5. Augel, M. P. *Visitantes Estrangeiros na Bahia Oitocentista*. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas Salvador. 1975.
6. Balint, M. *Le Médecin, son Malade et la Maladie (1951)*, Edición francesa, P.U.F., París 1970.
7. Bastide, R. *Le Principe d' Individualisation (Contribution à une philosophie africaine)*; Dieterlin, G. *La Notion de Personne en Afrique Noire*, Coloquio Internacional del C.N.R.S., París, 1973, No. 544, 33-43.
8. Bastide, R. Prefacio a los *Essais d' Ethnopsychiatrie Générale*, de G. Devereux. 3 ed. Gallimard, N.R.F. París. 1970.
9. Castro Alves, A. *Espumas Flutuantes*. L&PM Pocket. Brasil. 1997.
10. Collomb, H. *Psychiatrie sans psychiatres*, Revue des Etudes Médicales. 1972, 4, 295-311.
11. Costa, H. H. *Contribuição dos Museus para o Desenvolvimento Social. Estudo de caso: Documentos Referentes à Fazenda da Saubara – Santo Amaro - Bahia, 1650-1792*. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Salvador. 1983.
12. Devereux, G. *Essaia d' Ethnopsychiatrie générale*, 3^a ed. Ed. Gallimard, N. R. F. París. 1977.
13. *Diccionario de la Lengua Española (Real Academia Española)*. España. 2001.
14. Ellenberger, H. F. *Ethno-Psychiatrie*, Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Psychiatrie). París. 1965. 37725, A-10y B-10.
15. Espinheira, F. Ruy Alberto d' Assis. *O Nordeste e o Negro na Poesia de Jorge de Lima*. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas Salvador. 1977.
16. Fourasté, R., Jarrige, A. Moron, P. *Psychoses délirantes et criminogènes et relations à une mentalité endémique*. Ponencia: Jornadas de la Sociedad de la Evolución Psiquiátrica y de la Sociedad de Psiquiatría del Este, Nancy, diciembre de 1979.
17. Fourasté, R. F. *Réflexions sur le Mysticisme et la Psychiatrie*. Mémoires d' Etudes Spéciales de Psychiatrie. Université Paul Sabatier (Toulouse 3). 1974.
18. Freud, S. *Obras Completas*. Ed. Americana. Argentina. 1966.
19. Harris, M. *El Desarrollo de la Teoría Antropológica, una historia de las teorías de la cultura*. 15^a ed. Ed. Siglo XXI. México. 1999.



20. Kafka, F. Obras completas. Ed. Plaza y Janes. España. 1985.
21. Leclerc, G. L. Discurso sobre el Estilo. Traducción de Alí Chumacera. Ed. Fondo de Cultura Económica. 2003.
22. Murdock, G. P. y col. Outline of Cultural Materials, Behavioral Sciences Outhines (1950), New-Haven, Connecticut, H. R. A. F. 1950.
23. Murphy, H. B. *Les psychoses*, Encyclopédie Médico-Chirurgicale; Psychiatrie (Etnopsychiatrie). París, 4. 1978. 377725 A-10.
24. Parin, P. "Anthropologie et Psychiatrie", Conferencia en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Ginebra, Bel-Air, 4 de marzo de 1975, *Revue Psychopathologique africaine*, 1975, XVII, 1, 91-107.
25. Patiño, A. *Reflexiones Relativas al Concepto Mente*. Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2002; 35(2): Abr.-Jun: 107-110. México.
26. Patiño, A. *Una Visión de la Familia*. Neurología Neurocirugía y Psiquiatría. 2004; 37(1): Ene-Mzo: 32-35. México.
27. Patiño, J. L. *Psiquiatría Clínica*. Ed. Salvat. México. 1984.
28. Paz, Octavio. *El Laberinto de la Soledad*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1986.
29. Pelicier, Y. Introduction à Psychiatrie et Société. Textes réunis en hommage à Jean Sivadon, Ed. Erès, Toulouse. 1981.
30. Prince, R. A. *Thérapie et culture*, Encyclopédie Medico Chirurgicale, París, Psychiatrie (Etnopsychiatrie), 1978, 37737, A-10.
31. Wittkover, V. D. "Aspectos Transculturales de la Psiconeurosis". Revista Psiquiátrica Peruana, no. 3, 19960, y *Revue Française de Médecine Psychosomatique*, 1960, 2, 39-46.





AUGUSTO CONCEIÇÃO

Elementos para uma psiquiatria social e cultural

INTRODUÇÃO

Se examinarmos a cultura de origem africana hoje presente em várias regiões do mundo que configuram o que costumamos chamar de Diáspora Africana, percebemos que mesmo quando focalizamos um espaço geográfico específico, como no caso a cidade do Salvador/Bahia/Brasil, referimo-nos a um fenômeno cujos elos se difundem em uma escala continental e intercontinental, geralmente exibindo um potencial de articulação com culturas de base semelhante, (no caso da América Latina entre as culturas africanas e as ameríndias) e que podem constituir-se em inspiração que venha fundamentar a formulação de ações alternativas a problemática atual da afirmação e desenvolvimento de regiões e grupos no contexto do chamado capitalismo global. A sua singularidade reside na possibilidade de permitir o resgate do espírito de iniciativa e criatividade de populações e agentes investidos culturalmente, bem como evidenciar a influência que essas culturas vem exercendo no processo de modernização das sociedades em questão, mesmo quando se trata de contexto sócio político excludente.

Para o exame das culturas de origem africana, se faz necessário considerar os seus antecedentes históricos para compreender a contribuição dos afros descendentes na constituição do processo civilizatório dos países da Diáspora (1). Desde o período pré-colonial já identificamos uma África, que destarte a ação das chamadas “potencias estrangeiras”, conserva ao longo da sua historia, soberba variedade geográfica, cultural étnica e política. Possui esse continente cerca de 40 estados-nação, mais de 1000 línguas faladas, quatro grandes desertos que são o Saara, Kalahami, Líbia e o Núbia, florestas, campinas e montanhas majestosas, muitos rios, destacando-se o Nilo, que percorre mais de 6000 km, do lago Vitória até o Mediterrâneo, reservas de minérios e petróleo, e uma combinação societária moldada por uma enorme variedade de influencias.

A diversidade religiosa é um dos emblemas que nos remete a historia e tradição Africana. O cristianismo e o islamismo vêm representando tentativas de unificação. No entanto no final do século XX encontramos 300 milhões de cristãos, 300 milhões de muçumanos e 70 milhões de seguidores de religiões tradicionais africanas, um milhão e meio de hindus. Estima-se que considerando o fenômeno do sincretismo, 30 a 40% dos africanos praticam a religião nativa. O sincretismo aí significa uma combinação de religiões nativas com o cristianismo e o islamismo.

As religiões tradicionais africanas se localizam geograficamente na África Sub Assariana próximas ou abaixo do Equador. A diversificação religiosa no continente e na diáspora africana é tal que nos impede de falar de uma religião africana em particular, o que se constitui em uma questão para pesquisadores que buscam um ponto de articulação dessas religiões. Tem como fundamento a união do mundo dos deuses e espíritos ancestrais ao mundo social dos devotos tradicionais, destacando o sensitivo e a vida em comunidade. A religião na África é um ato diário e cada grupo particular pode ter a sua divindade de preferência e a sua relação com os ancestrais. Através de performances dramáticas em festejos e cultos, espíritos e deuses assediam os devotos e são incorporados constituindo o fenômeno da Possessão. Os ensinamentos são transmitidos por inúmeras artes verbais e não tanto por escrituras, sendo considerados como meio de transmissão os mitos, enigmas, poesias, provérbios, sonhos e canções, que orientam as práticas dirigindo-as para uma forma de ação a partir de um significado mítico-transcendental.



Duas revoluções alteraram profundamente a cultura e a religião do continente Africano. A primeira decorreu do avanço tecnológico com a construção de navios, que possibilitou o tráfico de escravos na bacia do Atlântico. Com a invenção dos barcos a vela, e com a melhora dos mastros e da força de tração, os portugueses no início do século XV, navegaram para o sul até o Senegal, no nordeste da África. Isso abriu definitivamente mais uma rota da Europa para a África Sub-Assariana.

A segunda foi o desenvolvimento econômico que tornou o tráfico de escravos uma atividade altamente lucrativa. Os portugueses utilizaram o sistema de plantação Mediterrânea para a bacia do Atlântico Sul, revolucionando a economia da produção do açúcar. Quando os dirigentes da Companhia holandesa das Índias Ocidentais expandiram esse sistema pelo Caribe e pela América do Norte, seguiu-se uma explosão de demanda pela mão de obra escrava. Devido ao crescimento da procura por açúcar na Europa, as formas utilizadas pelo cultivo tiveram que se expandir para além das pequenas fazendas do Mediterrâneo. O sistema de plantation que originalmente era um sistema de produção, nesse contexto se tornava um sistema de investimento em terras, processamento industrial, trabalho escravo e sistema gerencial rígido.

Escravos eram comprados no mediterrâneo em área controlada principalmente por muçulmanos e cristãos. A prática da escravatura se estabelece como empreendimento..

Os portugueses foram os primeiros a espalhar a prática pela bacia do atlântico e os primeiros a suprir o sistema americano de produção de açúcar com escravos africanos. O sistema brasileiro e Atlântico Sul de plantation tornaram-se modelo para a produção de outros mercados.

As estatísticas são variadas. Mas se aceita a estimativa de que cerca de 10 milhões de africanos são trazidos para a América entre 1502 e 1860, sendo que o século XVIII exhibe a estimativa de ingresso 6.200.000 escravos (2 e 3). De 500 a 700 mil desses, são levados para a América do Norte. O restante vem para a América Central e América do Sul. O Brasil figura como o maior importador, apresentando uma cifra em torno de 3.500.000 para todo o período, cuja origem alterna-se sucessivamente entre os negros Sudaneses e os Bantus, originários da Guiné, Angola, Moçambique, Congo e Benin. A nossa historiografia registra que a Bahia sempre demonstrou preferência pelos Sudaneses, enquanto que Pernambuco e Rio de Janeiro apresentam maior ingresso

dos Bantus. Deve ser destacado que embora as estatísticas não venham se preocupando com a computação dos dados de mortalidade durante a travessia, devido as péssimas condições dos barcos ou por fome, sede e doenças, estima-se que de 30 a 50 milhões de africanos morreram na travessia, ou enjaulados nos portos de navios negreiros na África ou ainda em guerras tribais africanas causadas pelas influencias do trafico escravo.

Mas os africanos escravizados não se originam de um continente desorganizado, sem cultura e tradições. Estudos históricos recentes, baseados em minucioso exame de documentos, revelam uma África pré colonial dotada de economia complexa, exercendo domínio técnico variado, exibindo um comercio com mercados mais distantes, vida social diversificada e dotado de organização politica-administrativa com verdadeiros impérios centralizados, confederações tribais e cidades-pousadas com seus ricos mercados. Dessa forma os escravos trazidos para as Américas eram acompanhados por suas experiências e culturas. Em particular foram os sacerdotes das religiões tradicionais trazidos como escravos que agindo em sigilo, conseguiram manter a identidade africana, destarte a mistura promovida pelo trafico entre etnias, tribos e clãs.

E eles conseguiram transmitir e manter a força espiritual e a energia, que possibilitou a essas pessoas sobreviver ante aquelas circunstancias devastadoras.

De forma que hoje, em pleno século XXI, o visitante ao chegar a Salvador (Ba), e encontrar as 365 igrejas, os monumentos emblemáticos, os conventos, os bairros mais antigos, será testemunha da opulência e beleza do nosso passado colonial, motivo de orgulho dos Baianos, mas que também evidencia o trabalho e as condições de vida, as que estavam submetidos os nossos antepassados, plasmado na quantidade e qualidade desses monumentos memoriais, construídos sob um sistema brutal de exploração: o ESCRAVISMO.

O registro do nosso visitante será ampliado, com a imagem que recorta o nosso ambiente urbano, formado pelo moderno complexo hoteleiro, grandes instalações comerciais - shopping-centers, supermercados e prédios comerciais - instalações bancarias e financeiras, pelo arrojado Centro Administrativo e Aeroporto, todos, testemunho do trabalho e estilo de vida, dos descendentes dos africanos aqui conduzidos, submetidos hoje, em particular a partir das décadas de 1970/80, a



um sistema igualmente de dura exploração: o CAPITALISMO MONOPOLISTA, na sua fase de globalização, em sua expansão para o Nordeste do Brasil.

No entanto, no percurso desse reconhecimento, o nosso visitante há de deparar-se com um painel distintivo: o encontro com as 1.5000 comunidades de religiosidade africana, localizadas em Salvador, denominadas de Terreiro de Candomblé, os vários blocos de Afoxé (antigo Candomblé de rua, que atualmente foram recuperados e usados pelos afros descendentes durante o carnaval), os Blocos de carnaval de motivação africana, os centros culturais, os bairros e zonas da cidade, considerados como espaço da cultura afro descendente, a musicalidade, a culinária, as expressões lingüísticas, a roda de capoeira. Nessa dimensão, ilumina-se uma imagem do negro, não mais como “material de construção”(4), porem como articulador cultural e agente ativo, na formação de valores e símbolos que persistem apesar das diferentes formas de violência, preconceito e discriminação de que foi vitima ao longo da sua historia, e com os quais, afirma com dignidade, a força da sua cultura e civilização.

PONTO DE PARTIDA

Considerando o variado painel metodológico utilizado pelas diversas matizes de intelectuais para construir e retratar a vida dos afro-descendentes no nosso país e em particular na Bahia, acredito que uma perspectiva merece destaque: a de verificar como os afros descendentes tem historicamente desenvolvido meios para enfrentar a realidade desfavorável no contexto da sua experiência na diáspora baiana, primeiro no período colonial e em seguida no período republicano até os nossos dias. Nessa perspectiva a possibilidade de uma idéia de cultura como expressão da existência estrutural de um paradigma essencialista é recusada, sendo privilegiada a proposta da existência de um patrimônio em estoque, que ultrapassando os limites da repressão colonial e republicana, é reelaborado por um trabalho permanente nos diversos momentos históricos, em particular, no período do “integração” da região no que poderíamos chamar de Modernização Tardia.

Essa historia, quando relatada por uma expedição Sócio Antropológica, realça a dinâmica de combinações inter culturais, que

no processo civilizatório brasileiro com a escravidão dos africanos, intensifica uma tendência já observada na própria sociedade africana, antes da pilhagem européia, que consiste no entrecruzamento e trocas estabelecidas entre as diferentes etnias que aqui foram reagrupadas. Nessa dimensão somos informados acerca das mudanças das ideologias, dos simbolismos dos ritos e dos mitos, muitas vezes por perdas da sua originalidade significativa e aqui abandonados, ou por mudança devido a fusão e/ou incorporação dos seu elemento em outros sistemas, como não raro ocorreu com o culto a determinado orixás (ver por ex. o culto a Logunedé e a Obá), ou ainda modificações na linguagem sagrada e nas fórmulas rituais⁽⁵⁾. Embora se referindo pela denominação as Nações de origem, (Keto, Angola, Jeje) encontramos nesses grupos um repertório de elementos que correspondem a um processo de combinação intercultural. Essas transações têm um significado histórico, que não deve ser visto como a dissolução das diferenças, mas sim, enquanto uma estratégia com vistas a preservação do Patrimônio cultural comum dos afro descendentes no Brasil. As outras fontes de permuta considerando o plano da religiosidade é com a religião indígena e com o catolicismo, nomeadamente o catolicismo popular.

Focalizando a dimensão, que considera as relações transculturais dos afros descendentes com a classe dominante, destacamos a narrativa sobre as rebeliões escravas ocorridas durante o período da dominação escravista colonial, cujo ícone histórico é o levante dos Males em 1835, e no período republicano, descrevem-se as lutas desenvolvida contra a repressão policial das elites, destacando-se a conquista da liberdade de realizar as cerimônias religiosas nos Candomblés da Bahia sem a necessidade de pedir a autorização da polícia, o que só é constitucionalmente reconhecido em 1975. Nesse contexto é sinalizada como forma fundamental de resistência, a estratégia desenvolvida pelas Yalorixas, lideranças religiosas, também reconhecidas e respeitadas pela capacidade de negociação e pela firmeza na defesa dos seus valores, frente uma sociedade recentemente comprometida com a violência da escravidão, e ainda até o presente, dotada de um subconsciente racista e escravista. Constitui esse estilo, o diferencial na evolução da cultura de origem africana no século passado em nossa terra. Dessa forma podemos compreender como os mais antigos terreiros de candomblé vem hoje, diversificando suas ações, investindo na constituição de museus, centros de estudo e desenvolvimento de projetos na área social,



como na Educação, constituindo núcleos de formação onde a pedagogia inspirada nos seus valores culturais, serve de fundamento para o processo educacional. Recentemente o Ile Axé Opo Afonja, o mais tradicional terreiro de candomblé entre nós, fundado em 1913, elaborou projeto de construção de um Hospital, que apesar de recebido com entusiasmo em várias instancias e instituições nacionais e internacionais, ainda não foi concretizado porque passado mais de 06 anos, a Prefeitura local ainda não conseguiu um terreno apropriado para a sua execução.

De fato, hoje em certa medida, os espaços dessa matriz cultural foram ampliados para diversas instancias Institucionais, tanto no âmbito estadual como no âmbito nacional e internacional. Poderíamos aqui citar entre nós a constituição do Centro de Estudos Afro Orientais, a Formação da Fundação Palmares, a criação da Secretaria da Reparação e de combate ao racismo, a postura da nossa reitoria da UFBA, entre outras manifestações sintomáticas dessa mudança.

A MODERNIZAÇÃO DA BAHIA

Com o início do processo de modernização tardia da Bahia, reconhecido consensualmente entre estudiosos e pesquisadores de diversas áreas, a partir das décadas de 1940/50, opera-se um conjunto de transformações, que irão modificar, de forma substancial, a estrutura econômica e fisionomia social local, e no plano cultural a inauguração de novos estilos de subjetividade e de conduta.. A economia local, que vivera uma longa estagnação dos finais do século XIX até a década de 1950, baseada nas atividades de exportação (cacau) e do incipiente incremento dos setores de têxtil, fumo, metalúrgico e de serviços públicos, com a abertura da rodovia Rio - Bahia, com os investimentos da Petrobrás, e os efeitos da política de incentivos e subsídios fiscais e financeiros concedidos pelo governo federal através da SUDENE, assiste a implantação do Pólo Petroquímico, Centro Industrial de Aratu, da Usina Siderúrgica da Bahia, do Porto de Aratu entre outros, e em seguida a ampliação e modernização do setor Financeiro, do setor energético, a implantação do grande comercio, e mais recentemente, a informatização do setor de serviços e negócios (6). No entanto, essa “revolução industrial”, apresenta efeito limitado na geração de novos empregos, tendo conseqüências mais expressivas, na modernização do comercio, serviços e construção resi-

dencial, sendo que em contrapartida promove a progressiva destruição de atividades econômicas tradicionais como a indústria metalúrgica, a indústria têxtil, a produção de fumo, a atividade portuária e o tradicional setor de serviços.

Salvador nesse período experimenta uma expansão demográfica, na ordem de aproximadamente 1000% - evoluindo de 200 mil habitantes em 1940, para mais de 2.4 milhões no presente – com taxas mais expressivas no período entre 1940/70, reduzindo-se em seguida, principalmente à custa do declínio das taxas de fecundidade e da distribuição do fluxo migratório pelos municípios que compõem a sua Região Metropolitana (1990/2000). Ao mesmo tempo, ocorre o aumento da expectativa de vida ao nascer, promovendo o crescimento do número de jovens em idade ativa, e da população de idosos. Ao nível da estrutura social Salvador, transita de um modelo de estratificação social, para experimentar a formação de classes sociais. Esse processo traduz-se, inicialmente, em certa mobilidade ascendente para pequena parcela dos afros descendentes, que irão compor a nova classe média e o operariado vinculado aos setores modernos da economia. No entanto para a grande maioria, pobre e analfabeta, a alternativa continuava sendo a economia informal, o emprego estatal, o emprego doméstico, os pequenos negócios e serviços. Inaugura-se, o período da intensificação das desigualdades, da concentração de renda, com o subproduto da segregação sócio-espacial, levando a formação de bairros marcados pela ausência de equipamentos, homogeneização da pobreza e miséria existencial, da formação da marginalidade associada à criminalidade, ao tempo que setores da classe média individualizam-se, social e espacialmente, acreditando no suposto da mobilidade social ascendente.

Desde então é possível perguntar sobre a natureza da sociedade para a qual transitamos. É difícil saber exatamente que interpretação utilizar nesse caso, pois falar sobre a modernização da economia e das estruturas sociais é mais fácil que da modernização da sensibilidade e das formações subjetivas. No estágio que nos encontramos ainda é mister revelar o lado obscuro, e se possível lançar uma nova luz sobre ele.

Aqueles que se constroem e auferem desse processo, traduz em sua conduta uma competição implacável seja com quem for. A palavra de ordem passa a ser INOVAR para manter os seus negócios e a si próprio, sob pena de tornar-se uma vítima passiva. Isso termina por afetar



todas as condições e relações sociais. As relações mantidas por idéias tradicionais são varridas do seu universo pessoal e se tornam obsoletas ou quando muito referidas ao folclore da região. O sagrado é profanado, a cultura é estilizada e usada como mercadoria pela lógica do mercado. A elite local aprende a se alimentar não só da mudança, mas da crise e da miséria, que são transformados em possibilidades de auferir vantagens. Para sobreviver é necessário tomar uma forma fluída e aberta, ter prazer com a mobilidade e desejar com ansiedade as futuras alterações que venham a ocorrer em suas condições de vida e em suas relações com outras pessoas. Pessoas são tratadas e vistas como mercadoria ou “como não servindo para nada”.

Não se trata aqui de um registro saudosista e sentimentalista. Mas de uma forma de reconhecer, ainda que de forma superficial, um projeto arduamente construído e que implicou em gasto de imensa quantia de dinheiro e do sentido vital da nova elite. Assim descortinam-se as motivações que irão impulsionar a elite local a tentar moldar a cultura e a sociedade: insaciabilidade dos impulsos e dos desejos, da permanente renovação, do desenvolvimento a custas do comprometimento de vidas em diversos aspectos.

A SOLIDARIEDADE DOS AFRODESCENDENTES

A alternativa da comunidade afro descendente, frente às modificações ocorridas nesse período, em um primeiro momento, é tomar como sustentação o modelo originário que atravessou a escravidão e venceu a repressão republicana. Trata-se da auto-afirmação fundada na cultura, tendo como referencia a religiosidade do Candomblé, que, desde os finais do século XIX, vem fornecendo um sistema de valores para que os afros descendentes possam elaborar a partir da sua cultura uma atitude de resistência ante um sistema que impiedosamente tenta colocá-los na marginalidade. (7)

É quando se multiplicam numericamente as comunidades religiosas, fato que ocorre principalmente nas décadas de 1970/80, afirmando de forma enérgica e publica e , seu sentimento de dignidade e sentida de especificidade. . Em 1975 um grupo de cinco Yalorixas lança uma carta aberta a Bahia, divulgada pela imprensa local, onde afirmam o rompimento com todas as formas de Sincretismo, e se posicionam

contra as tentativas de transformar a religiosidade como instrumento do turismo (8). Seqüencialmente, ainda em 1970/80, assiste-se a uma autentica reafrikanização do carnaval, com o resgate dos afoxés, blocos afros, a reinvenção da musica “negra”, a redefinição das festas populares e de largo (ciclo de festas que se estende do inicio do mês de dezembro ao mês de março), a renovação dos costumes dos jovens afros descendentes (roupa, cabelo, adereços...), surgimento de grupos de rock, hip-hop, reggae, teatro e ampliação dos espaços destinados à cultura afro (Pelourinho). Como uma poderosa força de atração, a herança cultural dos africanos que aqui chegaram, permanece sendo o fundamento da identidade e comportamento racial, de jovens, de mulheres e adultos, além de constituir-se em atividade econômica, importante (comercio de bebida, de alimento, de artesanato, tecidos, de produtos típicos, e atividades vinculadas ao turismo) para a composição da renda familiar.

Nesses espaços, os indivíduos deixam de ser desempregados, carregadores, costureiros, empregado domestico, biscateiros, artistas, médicos, educadores, advogados ou políticos, para se hierarquizar de acordo com os sistemas de valores da matriz cultural do grupo de pertencimento. Dessa forma, constituindo um traço característico do período, as manifestações e grupos culturalmente informados, assumem uma condição necessariamente ambígua, como uma construção substitutiva e um espaço de reelaboração do patrimônio cultural.

Expressivo no contexto atual da luta da comunidade afro descendente, é o surgimento de grupos informais e/ou de base técnico-profissional, que se pautam por uma ação mais político e social que cultural em sentido etnológico. Tratam-se dos novos parlamentares em nível municipal, estadual e federal, de núcleos com autodenominação específica vinculado a associações de bairros e sindicatos, dos grupos de assessoria a secretarias e mesmo ministérios como o da Cultura e da Reparação racial, dos núcleos de profissionais liberais como advogados, sociólogos, economistas, médicos e pedagogos, que, baseando-se nos modernos movimentos políticos e sociais da diáspora africana e na sua sensibilidade diante da realidade local, vem traduzindo novos valores e dimensões sociais para a comunidade afro-descendente, particularmente o da Solidariedade e Compromisso, na luta contra a marginalização, racismo e exclusão social.

Convém registrar que as formas de organização e de solidariedade da comunidade afro descendente entre nós, foi diversificada ao longo



da sua história, e vem sendo afirmada pela ação da suas lideranças mais expressivas, devendo ser citados entre muitos outros, o legendário Manoel Querino, o honorável advogado Maxwell Porfírio, esse, pai do nosso eminente Psiquiatra Dr. George Alakija, o grande articulador Edson Carneiro, e Marcos Rodrigues dos Santos, idealizador da frente Negra fundada na Bahia em 1932.

No entanto, apesar da necessidade de implementar políticas sociais que priorizem o desenvolvimento e a redução das desigualdades, lastreada por um plano de investimentos prioritário e consistente, complementada pela necessária e possível mobilização de uma rede social/cultural de solidariedade, assistimos em sentido contrário no nosso Estado nas últimas décadas, a expansão da Indústria Cultural, que articulada em nível governamental a Indústria de Turismo, tem por inspiração fundamental, o controle das manifestações culturais, mediante o uso de mecanismos que privilegiam as formas e expressões assimiláveis pelos padrões da globalização, associados a tradicional atitude de cooptação de grupos e lideranças.

Como consequência dos fatores acima referidos, associados a extensão e velocidade dos processos sociais nas últimas décadas do século XX, tendo por base o crescimento da base populacional da cidade, a migração, a crise habitacional, o aumento do número de invasões, o deslocamento da população de baixa renda para periferia, a falta de oportunidade de emprego, a crise do parque industrial, a retração do emprego estatal, a estagnação da oferta de equipamentos essenciais à população nas áreas de educação e saúde, a ausência de políticas compensatórias, assistimos ao crescimento de uma crise social que se prolonga sem solução nos marcos do atual modelo de desenvolvimento e da forma patrimonial de apropriação do Estado e da coisa pública.

Aprofunda-se entre nós, o fenômeno da exclusão social, em uma escala que ultrapassa as possibilidades alternativas, oferecidas pela tradicional rede sócio/cultural de apoio, resultante do inusitado crescimento da desigualdade de renda e concentração da riqueza em mãos de um número reduzido de famílias em Salvador. Segundo o Atlas da Exclusão Social no Brasil Vol. 3: os Ricos no Brasil, em 2000, Salvador, de 651.300 mil domicílios recenseados, é residência para 15.182 famílias que são consideradas ricas, e que concentram 59,5% da renda dos ricos do estado.

Enquanto isso, famílias vivem um cotidiano de privações, humilhações e agressões. Jovens são impedidos de trabalhar, pela ausência de emprego ou devido à aparência física. Cresce um sentimento de frustração e inutilidade diante dos obstáculos a realização de projetos de animação da vida. Ganha status de ideologia a noção do “não ter nada a perder”. Estabelece-se como rotina, o ócio improdutivo. É precária a formação educacional pública. Editam-se novos estereótipos associando na mesma imagem, o pobre, preto e marginal. Surge então em nosso contexto, uma ideologia incapaz de gerar processos identitários positivos, que conduz indivíduos ao desenvolvimento de conduta social reativa modelada pela raiva e aflição pessoal, possibilitando a formação de subgrupos, cujos vínculos baseiam-se na condição de excluídos, fazendo do uso da violência um meio de vida. Transformam-se as escolas em área de conflitos, aumenta a família madrecentrica. Surge o problema da infância abandonada. Forma-se a população de Meninos de Rua, atualização perversa dos Capitães de areia retratados pelo escritor Jorge Amado na década de 1930.

Em nível da Saúde Mental, torna-se expressivo e verificável nos arquivos do sistema, o aumento da incidência de neuroses, em particular, as ansiedades e depressão entre as mulheres, e o abuso e dependência de álcool entre os homens, e mais recentemente entre as mulheres e jovens, dados que vem acompanhados do aumento do uso e comercialização de drogas, entre os adolescentes e meninos de rua (6).

Correlatamente, assistimos ao desenrolar do dilema do indivíduo portador de Transtorno Mental Crônico, os deficientes, os inválidos físicos e psíquicos, os dementes, os esquizofrênicos residuais e dos portadores de doenças crônicas que necessitando de cuidados sociais, e de assistência à saúde, encontram-se ainda quase exclusivamente sob os cuidados de uma rede de assistência, inadequada e insuficiente.

O desemprego prolongado, a desagregação familiar, o racismo, o comprometimento do gênero e da infância, a ausência de perspectivas, o sentimento de fatalidade e de inferioridade, a falta de conhecimentos, a mobilidade descendente, geográfica e social, a subalimentação, a correlata conduta violenta, são a base que atuando de forma intensa e prolongada, expressam a atual importância dos fatores psicossociais no âmbito da saúde mental, e a que denominamos de A psicopatologia da exclusão.



A PSICOPATOLOGIA DA EXCLUSÃO

Pretendemos com essa expressão caracterizar não uma nova síndrome, que venha a ser reduzida a uma dimensão clínico terapêutica. Na realidade não estamos nesse nível, tratando de doenças. Mas da dimensão alcançada pelos novos desafios que se colocam ao longo das últimas décadas aos homens de sensibilidade e espírito de solidariedade, e em particular a comunidade dos Afros descendentes em Salvador: a manifestação, em indivíduos ou em grupos, de processos produzidos por desigualdades sociais e econômicas, e pela violenta discriminação das diferenças. Esses transtornos adquirem representatividade nas nossas estatísticas, expressando-se especialmente através dos eventos designados sobre a rubrica de acidente por causas externas. Estima-se em Salvador, ocorrência de 3.369 assassinatos entre 1996/99. São destacados os bairros mais pobres, onde reside a maioria negra da cidade, como os de maior índice de violência e de vítimas de tais atos.

Situações como essas, entendemos, que podem ser controladas, mediante o desenvolvimento de políticas públicas, que priorize o investimento e ampliação dos equipamentos sociais, como também pelo melhor aproveitamento e redirecionamento dos recursos existentes.

É perceptível que enquanto profissionais de saúde pouco ou nada podemos fazer referente a ação e efeitos de tal contexto, enquanto permanecermos nos marcos do modelo biomédico de definição da saúde/doença, e portanto não reconhecendo que hoje a morbidade no plano da saúde mental, responde mais as questões postas pelas condições e situação de vida da nossa população, do que pela causação biológica.

Dessa forma é urgente uma reflexão dos profissionais, mesmo na vigência do atual modelo sócio político e econômico, acerca das suas responsabilidades específicas e da necessidade do desenvolvimento de políticas intersetoriais.

No entanto apesar dos limites existentes e que com especial força se opõem as modificações mais substantivas nas políticas sociais, comprometendo inclusive o sucesso programas setoriais, devemos assinalar o efeito positivo ao nível da Saúde Mental, do movimento de Reforma Psiquiátrica desenvolvido entre nós a partir da década de 1990, atualmente em processo de refluxo, em particular na compreensão

dos mecanismos do transtorno mental e na organização dos serviços psiquiátricos.

- 1- registra-se uma diminuição dos leitos manicomiais, e perda da vigência do hospital psiquiátrico.
- 2- consolida-se em alguns setores profissionais, a cultura de uma assistência à saúde mental baseada na equipe multiprofissional e no modelo comunitário.
- 3- modificação na atitude de rejeição e discriminação da pessoa portadora de distúrbio mental.
- 4- maior interesse na integração com os serviços de cuidado à saúde geral, e o desenvolvimento de algumas experiências de serviço psiquiátrico em hospital geral.
- 5- desenvolvimento de projetos voltados à reabilitação das doenças crônicas, e a reinserção sócio-cultural dos pacientes.
- 6- a eleição pelo Ministério da Saúde, da estratégia de assistência integral a saúde, baseada no programa de Saúde da Família, como instrumento privilegiado de política nacional de promoção à saúde, que vem criar possibilidades de ampliação das ações em Saúde Mental.

Por outro lado, não devemos eludir que vivemos em uma sociedade, que vem negando sistematicamente aos seus cidadãos, em toda a sua historia recente e passada, a possibilidade da construção de Estado Democrático e Social, capaz de assegurar a presença publica, em termos de política social, nas áreas de educação, alimentação, emprego, saúde, previdência, habitação e cultura. O que se assiste hoje, é o esforço no sentido de afirmar uma tendência de restrição progressiva da presença do Estado na área social, transferindo essa função para as Organizações Não Governamentais (ONGs), e/ou para grupos da iniciativa privada, através da implementação de políticas de Terceirização.

CONCLUSÕES

Enquanto Psiquiatras, somos convidados, a reconhecer que no cotidiano e na historia do nosso povo, encontramos um sem numero de fatos significativos e motivações que sugerem a possibilidade de novos pontos de articulação com a cultura, capazes de tornar o nosso trabalho mais criativo e adequado ao seu contexto. Nesse aspecto, o conhecimento e a



assimilação crítica dos exemplos dos nossos antecessores, de Nina Rodrigues a George Alakija, passando por Juliano Moreira, Arthur Ramos, Nelson Pires e Rubim de Pinho, torna-se indispensável para que no presente possamos contribuir para o engrandecimento da Psiquiatria brasileira. No entanto não podemos esquecer que a nossa fragilidade não se refere ao nível das proposições e teorias, e sim a ausência de um contexto político-econômico favorável a implementação de das mudanças requeridas há mais de um século.

Como conclusão, faço a transcrição de um dos itens da resolução estabelecida no Simposio de Boston/USA, realizado em novembro de 2002, reunindo psiquiatras de vários países da Diáspora Africana,, cujos trabalhos são publicados no site: www.massgeneral.org/diaspora

“A adaptação e utilização do paradigma da Resiliencia, mais que o paradigma da patologia, foi identificado como o um dos fundamentos para proporcionar mudanças necessárias na Psiquiatria e saúde Mental, que sejam relevantes para a vida cotidiana das pessoas e comunidades afro descendentes.

Um paradigma baseado no conceito de Resiliencia, constitui uma tentativa de compreensão das tendências das manifestações do Transtorno Mental, entre o povo afro descendentes, em uma perspectiva de adaptação positiva frente aos estressores externos e aos traumas. A utilização enquanto estratégia de resistência de recursos individuais e comunitários é o dado mais significativo para um modelo de saúde mental, que o uso dos conceitos de reatividade ou do modelo de disfuncionalidade, que domina o pensamento psiquiátrico ocidental.

Quando o paradigma teórico e a perspectiva clínica derivado da resiliencia é assimilado de forma operativa, há uma mudança relevante na questão que se coloca para os profissionais e o sistema de saúde: da interrogação sobre, porque existe uma alta incidência de distúrbio mental, uso abusivo de substâncias psicoativas e alteração de conduta entre os afros descendentes, passamos para uma formulação mais apropriada, porque não existem mais pessoas afro descendentes que sofrem de transtorno mental, usa substâncias psicoativas, e apresentam alteração de conduta?

A compreensão da proteção terapêutica que acompanha as crenças espirituais africanas, dos rituais e cerimônias, os valores culturais, as normas sociais, os sistemas comunitário e familiar, contra a destruição provocada pela opressão e privação social e psicológica, são áreas de

capital importância para a pesquisa e intervenção clínica, que asseguram importante potencial resolutivo para os problemas mentais e físicos da saúde dos afro descendentes no mundo inteiro.

O paradigma da Resiliencia é relevante para o presente e o futuro da Saúde Mental dos afro descendentes, e faz parte do contexto primário onde encontramos os fatores etiológicos e de risco do Transtorno Mental entre os afro descendentes: o RACISMO e a DISCRIMINAÇÃO SOCIAL.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Thornton, Jhon Kelly. *África and africans in the making of the Atlantic world, 1400-1800*. The press Syndicate of the University of Cambridge. 1992.
- 2- Mattoso, Kátia M. de Queiroz. -Ser escravo no Brasil. 3ª edição. Editora Brasiliense. 1990
- Da revolução dos alfaiates a riqueza dos baianos no século XIX: itinerário de uma historiografia. Salvador: Corrupio, 2004
- 3- Bastide, Roger. *Lês Religions Africaines aux Brésil. Vers une sociologie dès interpenetrations de civilisations*. Presses Universitaires de France. 1960
- 4- Braga, Julio: *Na Gamela do Feitiço. Repressão e resistência nos Candomblés da Bahia*. EDU-FBA. 1995.
- 5- Lima, Vivaldo da Costa: *A Família de Santo Nos Candomblés Jeje-Nagôs da Bahia. Um estudo de ralações intergrupais*. 2ª ed. Salvador; Corrupio, 2003.
- 6- Bahia: *Análise e Dados*, vol 9, nº4, março de 2000. Bahia: *Análise e Dados*, vol 11, nº1, junho de 2001. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia
- 7- Bacelar, Jéferson: *A Hierarquia das Raças. Negros e Brancos em Salvador*. Rio de Janeiro. Pallas. 2001
- 8- Campos, Vera felicidade: *Mãe Stella. Perfil de uma liderança religiosa*. Jorge Zhaar Editor. 2003



WOLFGANG GEORGE JILEK

Koro: el síndrome multicultural

INTRODUCCIÓN

El presente es una revisión, que incluye mis propias observaciones, de *Koro* (Malayo) o *Suo-yang* (Chino), el estado de pánico ansioso en el que los hombres afectados están convencidos de que su pene se está encogiendo y/o retrayendo, y con frecuencia miedo por su desaparición, en tanto que las pocas mujeres afectadas creen que sus mamas y genitales externos se están encogiendo y/o retrayendo. Cuando la reducción del volumen peneano ocurre fisiológicamente por vasoconstricción a baja temperatura y ansiedad intensa; en ciertas culturas se cree que el encogimiento genital conduce a impotencia y esterilidad, y eventualmente a la muerte cuando los genitales estén completamente retraídos. En la medicina tradicional china, el *Suo-yang* es la reducción del principio masculino *yang*, una peligrosa perturbación del equilibrio vital del principio *yin-yang* del organismo. *Koro* es por lo tanto ligado a una condición china “ligada a la cultura”. Sin embargo, el fenómeno *koro* es conocido entre diversos grupos étnicos y religiosos en Asia y África, típicamente en culturas en las que la habilidad reproductiva es un determinante mayor del

empeoramiento de las personas jóvenes. Epidemias de pánico ansioso debido a los difundidos miedos de perder los genitales propios, la habilidad de procrear, y la vida propia, han ocurrido en el sur de China y Singapur, pero también entre las poblaciones en Tailandia, India, y África del Sur ligadas a rumores de enfermedad de desaparición de los genitales supuestamente causadas en China por espíritus de zorros femeninos, en Singapur y Tailandia por gran cantidad de veneno, en África por magia; usualmente en el contexto de tensión política y socioeconómica. Casos esporádicos de ansiedad sobre retracción genital y desaparición entre occidentales modernos están aumentando hoy en día en los servicios médicos. Típicamente estos son casos secundarios de *koro* relacionados con desórdenes subyacentes. En contraste con la determinación cultural primaria *koro* en Asia y África – históricamente incluso en Europa medieval – las ideas de desaparición genital en sociedades occidentales contemporáneas no están representadas culturalmente, por lo que no es facilitada la propagación epidémica.

La palabra malaya *koro* es usada generalmente para designar un estado agudo de pánico ansioso, en el cual los hombres afectados creen o perciben que su pene se están encogiendo y/o retrayéndose y posiblemente desapareciendo, mientras que las mujeres afectadas creen que sus mamas y genitales externos se están encogiendo y/o retrayendo. Colegas en Indonesia nos informaron que en Sulawesi, la retracción de la cabeza de una tortuga (*kuro*, malayo) es visto como análoga al síndrome *koro*. Por supuesto, se conoce que la reducción del volumen y la circunferencia penianos ocurren bajo condiciones de vasoconstricción como las causadas por frío, y también por ansiedad, la cual ha sido demostrada por estudio pletismográfico (1). Dada la preocupación universal de los hombres jóvenes sobre el tamaño de su pene, representando masculinidad y potencia, aun incluso la reducción temporal del pene puede causar una ansiedad considerable. En algunas culturas se asume que la encogimiento del pene no sólo puede causar la impotencia y/o esterilidad, sino la muerte, hasta que los genitales se retraigan completamente y “desaparezcan”. Esto explica los tratamientos de la emergencia practicado en los ataques de *koro*, los cuales consisten en sostener el pene manualmente o con instrumentos especiales.

La medicina occidental se dio cuenta del síndrome de *koro* al final del siglo XIX a través de los reportes de médicos holandeses en lo que



hoy es Indonesia (2,3,4). Análisis etnomédicos en la década de los 1930s (5,6,7,8,9) condujeron a autores psicoanalíticos a asumir que el *koro* es un ejemplo concreto de una ansiedad de castración tipo Edipo (10,11).

El interés occidental en la medicina tradicional china ha hecho que el *suo-yang*, el equivalente chino de *koro*, sea conocido en Europa. *Suo-yang* indica “encogimiento del pene” y en general significa reducción del principio masculino *yang*, el cual en la medicina tradicional china es asumido como una perturbación del equilibrio *yin-yang* que sostiene la vida del organismo, y requiere remedios vitalizantes y acupuntura para consolidar el *yang*. En los casos individuales estudiados por psiquiatras chinos en Taiwán (12), Singapur (13), y Hong Kong (14), la mayoría concierne a hombres jóvenes a los que los ataques de ansiedad *suo-yang* (*koro*) surgen en conexión con problemas sexuales o en el contexto de un desorden paranoide o depresivo.

Yap en 1967 (15) introdujo el concepto de *Culture-bound Syndromes*, “síndromes ligados a la cultura”, o síndromes culturalmente condicionados. Él asumió que el *koro* / *suo-yang* era ligado a la cultura china y exportado a otras áreas de Asia por los inmigrantes chinos. Este argumento pasa por alto el hecho de que el síndrome *koro* ha sido endémico por mucho tiempo en diversos grupos indígenas del archipiélago indonesio, y también entre las tribus aborígenes de la isla de Flores (16) y en el interior de Mindanao, Filipinas (17); no se menciona su incidencia en Tailandia, India y África.

Emil Kraepelin en 1913 observó las delusiones tipo *koro* en pacientes maniaco-depresivos en Alemania (18). Con el creciente interés de los psiquiatras europeos y americanos en la psiquiatría transcultural, los reportes de los síntomas de *koro* en los pacientes occidentales con desórdenes psiquiátricos (19,20,21,22,23,24,25,26), neurológicos (27,28), urológicos (29,30,31), o con abuso de sustancias (32,33) han aumentado constantemente desde 1970.

Es útil distinguir entre el *koro primario* y el *koro secundario* (34). En las sociedades occidentales, la mayoría de los síntomas de *koro* son secundarios a las condiciones neuróticas, psicóticas, u orgánicas, y el tratamiento tiene que enfocarse en estos desórdenes subyacentes.

En el *koro secundario*, la idea ansiosa de una potencialmente letal “desaparición genital” es autista y no se comparte con el grupo cultural, como en el *koro primario* determinado socio-culturalmente. El *koro primario* es una expresión de miedos individuales o colectivos, provocados

por una amenaza asumida de la habilidad reproductiva en culturas en las que la habilidad reproductiva es un determinante mayor del valor de las personas jóvenes. En Asia, el *koro* está, por lo tanto, relacionado cercanamente al síndrome llamado “pérdida de semen”; conocido en la medicina tradicional china como *shen-k’uei*, “debilidad vital” (35), en la medicina ayurvédica de India como *jiryán* o *dhat* (36,37,38,39), y en Sri Lanka como *sukra prameha* (40). El síndrome de *koro* puede aparecer en combinación con estas quejas las cuales son comunes entre hombres jóvenes en Asia (41).

El *koro primario* ha ocurrido de forma epidémica en varios ocasiones y lugares. El primer reporte europeo de una epidemia de *suo-yang* (*koro*) en una población china fue por un médico francés que lo observó en estudiantes jóvenes en Szechuan en 1907 (42).

En 1967, la población masculina china de Singapur fue atacada por una epidemia de *koro* afectando aproximadamente 500 personas. La epidemia fue provocada por rumores de envenenamiento de carne de cerdo durante un periodo histórico de conflicto político y étnico intenso entre los malayos musulmanes que no comen cerdo, y los chinos que comen cerdo, porque después del fin del reinado británico en Malaya los chinos tuvieron amenazas por parte de los malayos (43,44).

En 1976 nosotros estuvimos en Tailandia durante una epidemia de *koro* (45,46,47). La epidemia de ataques típicos de *koro* inició en provincias de la frontera de Vietnam, se movió al interior y en última instancia los ataques de *koro* afectaron a más de 2000 personas, un tercio de estas eran mujeres y niños. Todas las víctimas de *koro* fueron tailandeses, no había una sola persona china entre ellos. En un tiempo de difusión de miedo de Vietnam comunista, las sospechas de un ataque malévolo por comunistas vietnamitas en la capacidad reproductiva de la nación tailandesa a través de comida, bebida, y tabaco envenenados, fueron abanicados por reportes de los medios sensacionalistas de comunicación, y aparentemente consolidados por agentes de la CIA. En Leizhou y Hainan, China del sur, ha sido documentado gran ocurrencia de *suo-yang* (*koro*) desde 1865 en años de tensión política y agitación socioeconómica en China. En una epidemia mayor en 1984-1985 miles de personas eran afectadas con ataques típicos de *suo-yang* (*koro*), la mayor parte de ellos son hombres jóvenes, pero hay algunas mujeres jóvenes (48). Nosotros tuvimos la oportunidad de visitar la región con colegas chinos al final de la epidemia y entrevistar individuos afectados,



sus familias, y curanderos tradicionales (49). Es común entre los que padecieron ataques agudos de *suo-yang* (*koro*) que manifiesten haber sentido como sus genitales se estaban encogiendo y retrayendo, y miedo de morir, a través de la “desaparición” de sus genitales.

A pesar de décadas de adoctrinamiento Marxista, la creencia tradicional que prevalecía era que la posesión por los espíritus de zorros femeninos estaba causando la desaparición de los genitales. Los espíritus de zorros femeninos transformándose en *femme fatales* son un tema clásico de folklore chino.

Nos dijeron que habían visto el robo de los genitales por espíritus de zorros femeninos alrededor del área. Esto causó una alarma muy difundida, por lo que la epidemia brincó de pueblo al pueblo.

En las áreas que visitamos, el tratamiento tradicional de los ataques de *suo-yang* (*koro*) consistía en muchos ayudantes que durante horas retienen firmemente el pene de las víctimas que padecían pánico ansioso, mientras otros llevaban a cabo rituales de exorcismo. Esto se acompañaba de la ruidosa caza de los espíritus con triquitraques, gong y tambores, los cuales intensificaban más allá la ansiedad general. El espíritu de la zorra que está poseyendo la víctima se supone que es expulsado por medio de una paliza, pero la víctima tiene que sufrir los golpes y ser aliviado cuando el espíritu sea finalmente extraído apretándole fuera del dedo medio con palillos. Como una protección contra los espíritus malignos de zorros femeninos ellos usan imágenes del cazador mitológico de demonios *Zhong Kui*, y algunas veces dibujos de *Mao Zedong* quien fue identificado con este semidios.

En India, casos esporádicos de *koro secundario* con psicopatología subyacente han sido reportados (50). Sin embargo, en el verano de 1982 una epidemia de “desaparición genital” atrajo una gran atención en India, a través de su rápida difusión en Assam, Bengala, y Meghalaya. Más de mil personas estuvieron envueltas en esta epidemia de *koro* (51,52). Otra epidemia de *koro* ocurrió en la región norte de Bengala en 1985 (53). Estas epidemias de *koro primario* en India afectaron individuos de fondo étnico y religioso diverso - hindúes de todas las castas, musulmanes, y poblaciones tribales animísticas. Muchas mujeres estaban entre las víctimas; referían principalmente retracción de los pezones y aplanamiento de las mamas. Estas mujeres fueron el tema de un estudio especial (54). Las epidemias de *koro* en India vinieron en tiempos de intensos conflictos sociales y étnicos en las regiones afectadas y fueron

ocasionadas por el miedo colectivo de la población rural de que podían ser invadidos por inmigrantes hambrientos de tierras (55).

En África, la “desaparición genital” es atribuida a actos de magia maligna. En Nigeria, los hombres afectados están convencidos de que les han robado sus genitales por medio de medios mágicos por personas de las que se sospecha que practican la hechicería, quienes de alguna manera los han tocado cuando se han encontrado en el mercado. Aun cuando no se ha encontrado ausencia de genitales bajo la inspección médica, muchos individuos afectados creen que su vida fue amenazada por daño genital, por lo menos que su función sexual y su habilidad reproductiva han sido puestas en peligro por poderes mágicos (56,57). Además de los casos esporádicos, en África occidental también ha habido epidemias en pequeña escala de “robo mágico de genitales”. En Nigeria, se cree que estos robos han sido organizados por políticos o banqueros inescrupulosos, para explotar las fuerzas mágicas residentes en los genitales, para realizar su propio poder o riqueza (58). En Côte d’Ivoire, Ghana, y Senegal, un número de personas fueron asesinadas en 1977 por multitudes furiosas, porque supuestamente estaban haciendo que los genitales masculinos se encogieran o desaparecieran (59).

Entre los Azande del Congo, el robo mágico del pene o clítoris, llamado *kaza basolo*, es para nombrar un síndrome que es inevitable de una muerte dolorosa. Los miembros de una asumida sociedad secreta son sospechosos del robo mágico de los genitales mediante un apretón de manos, entonces queman y aplican las cenizas en el equipo de caza para tener una caza exitosa (60).

A la gente moderna a la cual estas ideas les parecen grotescas, se le debe recordar que en la Europa medieval, era asumido comúnmente que un hombre podía perder su *membrum virile* y su virilidad fácilmente como resultado de ataques mágicos por brujas. Los doctos dominicanos Sprenger y Kraemer-Institor, en 1487, dedicaron un capítulo entero de su famoso tratado *Malleus Maleficarum* a este tema, pues entonces no era infrecuente entre hombres jóvenes de esta época (61).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oyebo F., Jamieson R., Mullaney J., Davison K. “Koro - a psychophysiological dysfunction?” *British J of Psychiatry*, 1986, 148:212-214.
2. Blonk J.C. “Koro”. *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie*, 1895, 35:150-168.

3. Van Brero P.C.I. "*Koro*, eine eigenthümliche Zwangsvorstellung". Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medicin, 1897, 53:569-573.
4. Voustman A H. (1897) "*Koro* in de westerafdeeling van Borneo". Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie, 1897, 37:499-505.
5. Van Wulfften Palthe P.M. "*Koro* - een eigenaardige angstneurose". Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie, 1934, 74:1713-1720.
6. Van Wulfften Palthe P.M. (1935) "*Koro* - eine merkwuerdige Angsthysterie". Internationale Zeitschrift fuer Psychoanalyse, 1935, 21:249-257.
7. Van Wulfften Palthe P.M. "Psychiatry and neurology in the tropics". In: DeLangen C., Lichtenstein A. (eds.) A clinical textbook of tropical medicine. Kolff, Batavia, 1936, 525-547.
8. Mulder J.G.A. "Over *koro*". Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie, 1935, 75:837-838.
9. Slot J.A. "*Koro* in Zuid-Celebes". Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indie, 1935, 75:811-820.
10. Kobler F. "Description of an acute castration fear based on superstition". Psychoanalytic Review, 1948, 35:285-289.
11. Devereux G. "Primitive genital mutilations in a neurotic's dream". J of the American Psychoanalytic Association, 1954. 2:484-493.
12. Rin H. "A study of the aetiology of *koro* in respect to the Chinese concept of illness". International J of Social Psychiatry, 1965, 11:7-13.
13. Gwee A.L. "*Koro* - a cultural disease". Singapore Medical J, 1963, 4:119-122.
14. Yap P.M. "*Koro* - a culture-bound depersonalization syndrome". British J of Psychiatry 1965, 3:43-50.
15. Yap P.M. "Classification of the culture-bound reactive syndromes". Australian & New Zealand J of Psychiatry, 1967, 1:172-179.
16. El Fakharani M. "*Koro* - ein Syndrom im Kulturwandel? Beobachtungen auf der ostindonesischen Insel Flores". Curare 1980, 3:241-244.
17. Edwards J.W. "Indigenous *koro*, a genital retraction syndrome of insular south-east Asia". In: Simons R.C. & Hughes C.C. (eds) The culture-bound syndromes. Dordrecht, Reidel, 1985, 169-191.
18. Kraepelin E. Psychiatrie - Ein Lehrbuch fuer Studierende und Aerzte, 8th ed., vol.3, Leipzig, Barth, 1913.
19. Edwards J.G. "The *koro* pattern of depersonalization in an American schizophrenic patient". American J of Psychiatry, 1970, 126:1171-1173.
20. Ang P.C. & Weller M.PI. "*Koro* and psychosis". British J. of Psychiatry, 1984, 145:335.
21. Berrios G.E. & Morley S.J. "*Koro*-like symptom in a non-Chinese subject". British J of Psychiatry, 1984, 145:331-334.
22. Smyth M.G. & Dean C. "Capgras and *koro*". British J of Psychiatry, 1992, 161:121-123.
23. Goetz K.L. & Price T.R.P. "A case of *koro*: treatment response and implications for diagnostic classification". J of Nervous & Mental Disease, 1994, 180:590-591.
24. Garlipp P. & Machleidt W. "*Koro* - Erörterung eines transkulturell psychopathischen Phänomens". Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 2003, 71:103-107.
25. Carmaci C.D., Anderson C.S., Markar H.R. "Secondary *koro* with unusual features in a Briton". Transcultural Psychiatry, 2001, 38: 528-533.
26. Sarro S. & Sarro V. "*Koro* syndrome: A case report". Transcultural Psychiatry, 2004, 41: 558-560.
27. Anderson R.A. & Jones J.R. "*Koro*, the genital retraction symptom after stroke". British J. of Psychiatry, 1990, 157:142-144.

28. Dantendorfer K., Amering M., Prayer D., Maierhofer D., Schnider P., Katschnig H. "Treatment of *koro* and panic attacks after stroke". *Anxiety*, 1996, 2: 53-55.
29. Puranik A. & Dunn J. "*Koro* presenting after prostatectomy in an elderly man". *British J. of Urology*, 1995, 75: 108-109.
30. Estcourt C.S. & Goh B.T. "*Koro* presenting to genitourinary medicine services". *International J of STD & AIDS*, 1998, 9:175-176.
31. Kim J., Kim M., Lee N., Park Y. "A case of urethrocutaneous fistula with the *koro* syndrome". *The J of Urology*, 2000, 164:123.
32. Dow T.W. & Silver D. "A drug induced *koro* syndrome". *J of Florida Medical Association*, 1973, 60:32-33.
33. Chen E. "Drug-induced *koro* in a non-Chinese man". *British J of Psychiatry* 1991,158:721.
34. Chowdhuri A.N. "The definition and classification of *koro*". *Culture, Medicine and Psychiatry* 1996, 20:41-65.
35. Wen J-K. & Wang C-L. "Shen-k'uei syndrome: a culture-specific sexual neurosis in Taiwan". In: Kleinman A. & Lin T-Y.(eds) *Normal and abnormal behavior in Chinese culture*. Dordrecht, Reidel, 1981, 357-369.
36. Carstairs G.M. "Hinjra and jiryran". *British J of Medical Psychology* 1956, 29:128-138.
37. Chadda R.K. & Ahuja N. "Dhat syndrome, a sex neurosis of the Indian subcontinent". *British J of Psychiatry*, 1990, 156:577-579.
38. Bottero A. "Consumption by semen loss in India and elsewhere". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1991, 15: 303-320.
39. Paris J. "Dhat: the semen loss anxiety syndrome". *Transcultural Psychiatric Research Review*, 1992, 29:109-118.
40. Obeyesekere G. "The impact of Ayurvedic ideas on the culture and the individual in Ceylon". In: Leslie C. (ed.) *Asian medical systems: a comparative study*. Berkeley, University of California Press, 1976, 201-226.
41. Bhatia M.S., Thakur K.N., Chadda R.K., Shome S. "*Koro* in dhat syndrome". *Indian J of Social Psychiatry*, 1992, 8:74-75.
42. Legendre J. "Une curieuse épidémie». *Annales de Médecine Coloniale*, 1908, 2:280.
43. *Koro* Study Team "The *koro* epidemic in Singapore". *Singapore Medical J* 1969, 10:234-242.
44. Ngui P.W. "The *koro* epidemic in Singapore". *Australian and New Zealand J of Psychiatry*, 1969, 3:263-266.
45. Jilek W.G. & Jilek-Aall L. "Massenhysterie mit *Koro*-Symptomatik in Thailand". *Schweizer Archiv fuer Neurologie, Neurochirurgie & Psychiatrie*, 1977, 120:257-259.
46. Jilek W.G. & Jilek-Aall L. "A *koro* epidemic in Thailand". *Transcultural Psychiatric Research Review*, 1977, 14:57-59.
47. Suwanlert S. & Coates D. "Epidemic *koro* in Thailand - clinical and social aspects". *Transcultural Psychiatric Research Review*, 1979, 16:64-66.
48. Tseng W-S., Mo K-M., Hsu J., Li L-S., Ou L-W., Chen G-Q, Jiang D-W.. "A sociocultural study of *koro* epidemics in Guangdong, China". *American J of Psychiatry*, 1988, 145: 1538-1543.
49. Jilek W.G. "Epidemics of 'genital shrinking' (*koro*): historical review and report of a recent outbreak in South China". *Curare*, 1986, 9:269-282.
50. Chowdhury A.N. "*Koro* in schizophrenia with a case report from industrial setup". *Industrial Psychiatry J of India*, 1992, 5:47-59.
51. Dutta D., Phookan H.R., Das P.D. "The *koro* epidemic in lower Assam". *Indian J of Psychiatry*, 1982, 24:370-374.



52. Chakraborty A. "An epidemic of *koro* in West Bengal, India". *Transcultural Psychiatric Research Review*, 1984, 21:59-61.
53. Chowdhury A.N., Pal P., Chatterjee A., Roy M., Das-Chowdhury B.B. "Analysis of North Bengal *koro* epidemic with three year follow up". *Indian J of Psychiatry*, 1988, 30:69-72.
54. Chowdhury A.N. "*Koro* in females: an analysis of 48 cases". *Transcultural Psychiatric Research Review*, 1994, 31:369-380.
55. Chakraborty A. "Identity, land and sex". In: Stefanis C.N., Soldatos C.R., Rabavilas A.D. (eds.) *Psychiatry: a world perspective*, vol 4, 1990, Amsterdam, Elsevier, 222-226.
56. Ifabumuyi O.I., Rwegellera G.G.C. "*Koro* in a Nigerian male patient". *African J of Psychiatry*, 1979, 5:103-105.
57. Ilechukwu S.T.C. "*Koro*-like syndromes in Nigeria". *Transcultural Psychiatric Research Review*, 1988, 25:310-314.
58. Ilechukwu S.T.C. "Magical penis loss in Nigeria: report of a recent epidemic of a *koro*-like syndrome". *Transcultural Psychiatric Research Review*, 1992, 29:91-108.
59. Mattelaer J.J. "*Koro*: the psychological disappearance of the penis". In: Mattelaer J.J. (ed.). *From ornamentation to mutilation: Genital decorations and cultural operations in the male*, Arnhem, Historical Committee of the European Association of Urology, 2004, 223-229.
60. Prinz A. "Kaza basolo - a culture-bound syndrome among the Azande of Northeast-Congo". *Curare, Special Issue 14 "Ethnotherapies"*, 1998, 53-57.
61. Sprenger J. & Kraemer-Institor H. *Malleus maleficarum*. Cologne, 1487 (English translation: Rev. Montague Summers *The witches' hammer*. London, Pushkin, 1951).





ANA CECILIA LARA ZARAGOZA

Kierixiet+, un síndrome ligado a la cultura wixarika

Los wixaritari son una etnia que es considerada por varios expertos como una de las más fascinantes y genuinas de México y del mundo entero. La mayoría de los wixaritari se ubican en la zona norte del Estado de Jalisco, en los municipios de Mezquitic y Bolaños, y al oriente de Nayarit; un pequeño grupo vive en el sur de los Estados de Durango y Zacatecas.

El territorio wixárika está constituido por cinco comunidades separadas:

- 1) Tateikie (San Andrés Cohamiata), Municipio de Mezquitic, Jalisco.
- 2) Tuapurie (Santa Catarina Coexcomatitlán) Municipio de Mezquitic, Jalisco
- 3) Wa+t+a (San Sebastián Teponahuaxtlán) Municipio de Mezquitic, Jalisco
- 4) Tutsipa (Tuxpan de Bolaños) Municipio de Bolaños, Jalisco
- 5) Guadalupe Ocotán, Municipio de la Yesca, Nayarit.

Esta etnia se mantuvo desconocida para los antropólogos hasta 1895. A Carl Lumholtz se le atribuyen las primeras noticias acerca de las costumbres de los Wixaritari. Y es que hasta los años 60 la sierra todavía se mantenía inaccesible para los turistas e instituciones debido a su difícil

acceso geográfico. Es así como los wixaritari han logrado conservar gran parte de su patrimonio cultural prehispánico.

El Maiz, el Venado y el Peyote (Híkuri) son considerados deidades que se dieron muerte a sí mismos para que de su sacrificio naciera el nuevo orden del ser y de la vida.

El kieri, junto con el Híkuri (peyote), es muy importante en la cultura wixárika. Su uso se asocia a la hechicería. Según la mitología de este pueblo, el kieri ha intentado quitarle la supremacía al peyote. Existe la creencia de que llevándole ofrendas al kieri otorga poderes o cualidades privilegiadas en cuanto al desempeño de alguna actividad, especialmente a violinistas, bordadoras y tejedoras. A veces se duermen al lado de este arbusto para tener sueños iluminadores. Varios wixaritari, incluyendo algunos mara'akate, en ocasiones abandonan el uso del peyote para seguir el del kieri. Unos usan ambas para aprovechar los poderes de las dos plantas. Se cree que si sus adeptos no le "cumplen" bien al kieri se "vuelven locos" (kierixiyá).

Debido a la creciente intervención de diferentes instituciones, se encuentran en un proceso abrupto de transformación con el objeto de ser integrados a la cultura nacional. Dicho proceso ha provocado un desequilibrio en su dinámica social.

Uno de los factores que han favorecido el cambio sociocultural indígena en México son los Albergues Escolares Indígenas, los cuales se crearon en los años sesenta para combatir el rezago educativo en las zonas indígenas. En dichos lugares se les proporciona alimentación y hospedaje a los niños wixaritari de lunes a viernes, educación primaria y atención a la Salud.

En cinco de los 14 albergues de la zona wixárika: San Andrés, San Miguel, Cajones, Nueva Colonia y Pueblo Nuevo (estos 3 últimos pertenecientes a la comunidad de Santa Catarina), se ha presentado un fenómeno de trance de gran impacto social.

Dicho fenómeno se presentaba a cualquier hora del día, con predominio nocturno. Los niños durante el trance salían corriendo y gritando de sus cuartos hacia el monte, con riesgo de accidentarse; presentaban aumento del umbral al dolor y la fuerza física, con agresividad auto o heterodirigida. Además presentaban visiones e ilusiones relacionadas con el kieri: "un niño con cara de viejito, vestido de mara'akate y con un violín en la espalda", varios de ellos al volver del trance y regresar al



albergue traían consigo algunos objetos de carácter religioso, los cuales habían encontrado durante su estado alterado de conciencia.

El primer caso se presentó en el albergue de Nueva Colonia en 1991, el cual fue controlado por los mara'akate de la localidad.

En enero de 1998 en el albergue de San Miguel Huaixtita una niña presentaba visiones y dejó de asistir a la escuela, se debilitó y finalmente murió. En Febrero de ese mismo año se presentó un caso en San Andrés.

En mayo de 1998 en el albergue de Cajones se vieron afectados casi 50 niños, de los cuales 20 se enfermaban simultáneamente. El rango de edad oscilaba entre siete y 14 años. También se afectaron dos cocineras y el director de la escuela.

La comunidad comentaba que el fenómeno era resultado de un embrujo, pues los niños habían encontrado flechas y vasijas votivas alrededor del albergue. También se creía que estos ataques eran castigo de sus dioses por no haber cumplido algunos de los actos religiosos que "el costumbre" manda, por eso ninguna institución fue enterada de la situación.

Un mara'akame descubrió en un sueño al causante del problema, quién al no poder revertir el hechizo fue atacado.

En estas fechas los niños salieron de vacaciones y los síntomas remitieron, pues el fenómeno no lo presentaban en sus casas.

Al iniciar el ciclo escolar 1998-1999 en Cajones volvió a presentarse el fenómeno de manera más aguda, por lo que se decide trasladar a 16 niños afectados, acompañados por dos adultos al Hospital Psiquiátrico de Jalisco (HPJ) en septiembre de 1998, donde permanecieron dos semanas. Se les realizó exploración física completa, entrevista psiquiátrica, exámenes generales de sangre, toxicológicos, radiografías y electroencefalograma. Se buscaba descartar alguna enfermedad física como factor detonante, otra enfermedad mental y la posibilidad de encontrarse bajo el efecto de alguna sustancia. De este modo se explicó el origen del fenómeno como crisis disociativas.

El uso de benzodiazepinas estuvo contraindicado porque favorecían la exacerbación de los síntomas.

El 4 y 5 de octubre de 1998 acudió un equipo de médicos psiquiatras del HPJ al albergue de Cajones para valorar a un nuevo grupo de menores que habían presentado síntomas del fenómeno el 28 y 30 de septiembre, mientras el primer grupo se encontraba en el HPJ. En este

segundo grupo enfermaron seis niñas, cuatro niños y una de las cocineras. El cuadro inició con dos niñas el primer día, tres el siguiente día y 11 al final de la semana. Los síntomas se presentaban hasta tres veces al día. La duración del fenómeno oscilaba entre 30 y 60 minutos en cada individuo, iniciando el cuadro alguno de los afectados para después ir afectando sucesivamente a los demás. Lo que llamó la atención fue la presencia del contagio durante el contacto físico con los enfermos que motivaba el pánico entre los niños que le rodeaban.

Se observó que un profesor del albergue ejercía una fuerte influencia sobre los alumnos. Dicho hallazgo hizo pensar que el profesor podría desencadenar el fenómeno en los niños.

Se decidió cambiar al personal docente de esa escuela como estrategia para solucionar el problema. Se solicitó la participación de un mara'akame de San Andrés Cohamiata para que realizara algunas ceremonias de curación, además de disminuir el número de niños alojados en el albergue, se promovió mayor comunicación con las familias, se realizaron varias actividades recreativas y deportivas.

En octubre de 1998 se vieron afectados 18 niños en Pueblo Nuevo. En enero de 1999 se presentó un nuevo brote en el albergue de Nueva Colonia.

En febrero de 1999 el personal docente de los albergues solicitó capacitación del personal para diagnosticar y manejar a los niños que padecían el fenómeno de trance, pues hasta ese momento se encontraban afectados seis niños en Pueblo Nuevo y 10 niñas en Nueva Colonia, los cuales eran contenidos físicamente por los profesores. Los síntomas los referían de predominio nocturno entre las 20 y 21 horas. Después de dicha reunión los ataques disminuyeron y los niños se tranquilizaron.

El 22 de septiembre de 1999 ocho niños del albergue de Pueblo Nuevo habían iniciado con problemas de crisis más frecuentes e intensas. Los padres y maestros solicitaron apoyo del Instituto Nacional Indigenista, el cual mandó a un médico general quien observó que durante las noches un individuo salía del albergue y bajaba por una barranca cercana hasta llegar al kieri, cortaba algunas hojas, las ingería y se guardaba otras entre su ropa. Se pensó que eso era la causa del trastorno, pues se creía que se les daba a ingerir a los niños.

El 16 de noviembre de 1999 el INI solicitó la colaboración del equipo del HPJ para el estudio y tratamiento de 12 niños afectados en el albergue de Pueblo Nuevo. El 22 de Noviembre el equipo del HPJ



presenció el fenómeno y atendió a dos niños, dos niñas y una cocinera que iniciaron con los síntomas a las 19:00hrs.

La respuesta de los adultos ante dicho fenómeno era de hastío, mientras que el del resto de los niños asintomáticos era de burla. Dos estudiantes y un maestro de la telesecundaria de Pueblo Nuevo también estuvieron afectados. Los estudiantes eran dos de los casos índice que se estuvieron internados en el HPJ el año anterior.

Un mara'akame de la localidad señaló conocer cuales eran las peticiones de sus deidades: realizar tres ceremonias correspondientes a los sitios donde crece el kieri, ofrendar vasijas votivas con sangre de jabalí, iguana y venado. Percibía a los niños cubiertos de un "polvo amarillo", consecuencia del consumo de la planta sagrada, por lo que la enfermedad era un castigo por romper con "el costumbre".

EL PROBLEMA DE LA CLASIFICACIÓN

Con las manifestaciones descritas, podríamos suponer que éste fenómeno se trata de una histeria colectiva, o de un trastorno disociativo de trance, un trastorno neurótico, un trastorno por estrés o un trastorno facticio, pero debe tomarse en cuenta que los brotes son esporádicos y solo relacionados con la estancia en el albergue.

El kierixiet+ y el kierixiyá (trastornos relacionados con el kieri) son patologías reconocidas por los wixaritari pero que no solían afectar al individuo por periodos intermitentes y prolongados. Tampoco hay antecedentes de que estos trastornos llegaran a afectar hasta a 20 personas a la vez.

Esto hace difícil encasillar al fenómeno dentro de la nosología occidental, al igual que el Grisi Siknis, el Amok, el Pibloktoq, el Windigo, el Latah, etc.

Los Síndromes delimitados Culturalmente son aquellas alteraciones y trastornos no definidos totalmente desde el punto de vista orgánico, que no se pueden situar con facilidad dentro de las categorías que se han establecido internacionalmente para uso psiquiátrico, y que aparecen en contextos culturales específicos y no fuera de ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sobre Etnopsiquiatría

1. Asociación Psiquiátrica de América Latina. *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico*. 2004.
2. Casaldo-Cossa M. "Repensando los trastornos mentales culturales". *Boletín bimestral de los estudiantes del Posgrado en Antropología del Instituto de Investigaciones Antropológicas*, UNAM, 2002, I(1): 13-15.
3. Hollweg M G. "Trastornos afectivos en las culturas bolivianas. Un enfoque etnopsiquiátrico transcultural". *Investigación en Salud*, 2003, 5 (1): 34
4. Jilek W "Civilización moderna, occidentalización y salud mental" *Investigación en salud*. 2000, II (1)
5. Villaseñor-Bayardo S.J. "Antropología médica y psiquiatría transcultural" *Revista del Residente de Psiquiatría*. 1993, 4 (2)
6. _____. "El origen de la etnopsiquiatría". *Psiquiatría* 1995, 11(2): 43-47.
7. _____. "La etnopsiquiatría. Nociones generales sobre su origen y desarrollo". *Revista Salud Mental* 1995, 17 (2):17
8. _____. "Los síndromes culturales en América Latina" en *Variaciones etnopsiquiátricas*, número 30 de la Colección de Babel de la *Revista Universidad de Guadalajara*. 2004.

Sobre los Wixaritari

9. Benítez F. *Los indios de México. Tomo II. Los Huicholes*. México, Editorial Era; 1968
10. Casillas-Romo A. *Nosología mítica de un pueblo. Medicina tradicional huichola*. Editorial Universidad de Guadalajara. 1990
11. Gutiérrez A. *La peregrinación a wirikuta*. Instituto Nacional de Antropología e Historia y Universidad de Guadalajara. 2002
12. López-De la Cruz J "Takiakari Peuyexime (nuestro mundo está desapareciendo)" En Iturroz Leza y otros. *Reflexiones sobre la Identidad Étnica*. Universidad de Guadalajara. 2002.
13. Mata-Torres R. *Eukia, Un Viaje por Comunidades Huicholas*. Universidad de Guadalajara. 1982. pp 384, 385
14. Ramírez-De la Cruz J. "Nosotros los huicholes". En Iturroz Leza et al. *Reflexiones sobre la identidad étnica*. Universidad de Guadalajara. 2002. p 73
15. Torres J. *El hostigamiento a "el costumbre" huichol*. Editorial El colegio de Michoacán y la Universidad de Guadalajara. 2000.
16. Villaseñor- Bayardo S.J. "La conception de la "maladie mentale" chez les huicholes". *Annales Médico Psychologiques* 2003, 161:41-48



Sobre el kierixiet+

17. Aedo A., "La región más oscura del universo: el complejo mítico asociado al Kieri de los Huicholes y al Toloatzin de los antiguos Nahuas". En Jáuregui y Neurath, coordinadores. *Flechadores de estrellas* México. Instituto Nacional de Antropología e historia. Universidad de Guadalajara. 2003
18. Escalante Y. "Notas sobre el caso cajones". En: Rojas y Hernández. *Rostros y Palabras. El Indigenismo en Jalisco*. INI, 2000, 125-135.
19. Padilla B, *Trastorno disociativo de trance: estudio descriptivo de un brote en la etnia wixaritari de Santa Catarina Huastecomate del municipio de Mezquitic, Jalisco*. Tesis de postgrado. Universidad de Guadalajara. Año 2000.
20. Rojas R, Trujillo F, Rojas T. "Casos de trance y posesión ocurridos en los albergues escolares huicholes de Jalisco". En: Rojas y Hernández. *Rostros y Palabras. El Indigenismo en Jalisco*. INI, 2000, 137-149.
21. Villaseñor-Bayardo SJ., Lara Zaragoza A:C. y Aceves M.P, "Kierixiet+, the drunkenness of the divine: a culture-bound syndrome", en *Investigación en Salud*, vol. VIII, núm. 1, abril de 2006, pag. 16-22.





IV Coloquio de psicopatología y arte





FRANCISCO ALONSO-FERNÁNDEZ¹

La personalidad de Goya y su pintura polimorfa

EL ENIGMA GOYA

La gestación de mi investigación sobre Goya comienza en los años infantiles cuando me veo sorprendido por la contemplación de su maravillosa pintura que tanto por los temas como por el estilo se muestra de lo más variopinto, como si no perteneciera al mismo artista. Se aviva años después mi inquietud por lo que yo mismo habría de denominar “el enigma Goya”, cuando leo las increpaciones que Ortega y Gasset (1983) dirige a los historiadores de arte para incitarlos a descubrir la mitad oculta de un pintor que siendo el mismo hombre y el mismo artista ha sido capaz de pintar el cartón del tapiz titulado *El Cacharrero*, que en barroco “expresa el mejor de los sueños posibles”, y los “cuadros negros”, impregnados de tragedia.

El contraste enigmático plagado de antinomias se extiende a su persona, en la que el propio Ortega y Gasset destaca el hecho de que el genio “monstruo de monstruos” no pasaba de poseer “una mentalidad poco distante de la del obrero manual”.

Catedrático Emérito de Psiquiatría. Académico. Director del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española. Doctor Honoris Causa. Profesor Honorario por once Universidades.

Es la falta de una identidad estable, ausencia registrada tanto en la personalidad de Goya como en su pintura, el rasgo que primero sorprende, inquieta y asombra cuando uno se aproxima a él y a su obra para tratar de comprenderlo. Goya se refleja en su biografía como si fuera el empalme de varias personas distintas y en su perfil artístico como la mutación hecha estilo.

A través de la *comprensión* propia de la *psicohistoria* –método expuesto por extenso en mi reciente libro *Historia personal de los Austrias españoles* (2001)– he tratado de descifrar las claves de la personalidad de Goya y detectar sus alteraciones psíquicas, para poner después estos datos en relación con las distintas secuencias de su sorprendente trayectoria artística. Podríamos calificar este método como una *autopsia psíquica*, puesto que consiste en el estudio comprensivo retrospectivo de la personalidad de Goya, recogido en el epistolario, sobre todo la correspondencia Goya/Martín Zapater, las biografías publicadas accesibles y las variaciones registradas en su obra plástica, sin descuidar la observación de sus autorretratos y las opiniones sobre su arte emitidas por competentes críticos y expertos.

INFANCIA Y JUVENTUD

Nuestro eximio personaje, Francisco de Paula José de Goya y Lucientes (1746-1828), ocupa el cuarto lugar entre seis hermanos en una familia aragonesa de rango medio que no cuenta con la presencia de ningún talento extraordinario. En Goya se confirma la observación de que la mayor parte de los genios surgen en el seno de familias comunes y hasta mediocres, “como si fueran un producto de la casualidad”.

Mantuvo una relación de afecto equilibrado con ambos padres, lo que permite descartar la intervención de agentes familiares precoces que promocionan la creatividad, como son la vivencia de orfandad y la madre musa. Esta ausencia resulta, por otra parte, muy lógica, dado que la genialidad de Goya no comienza a reflejarse del todo en su pintura hasta después de haber cumplido la edad de 45 años. Hasta esa época hizo una pintura al gusto de los demás, ya que actuó como un pintor dominado por las circunstancias de su vida.

Este sometimiento al entorno pudo estar facilitado por un *sentimiento de inferioridad* presente en algunos comportamientos compensatorios



suyos. Tal sentimiento parece provenir de una doble raíz: de un lado, su padre ejercía un oficio mecánico y no podía usar el tratamiento de “Don”; de otro, su madre procedía de una familia de hidalgos rurales, cuya hidalguía nunca pudo probarse por mucho empeño que el propio Goya puso en ello.

Pasó Goya toda su infancia y adolescencia media y gran parte de su juventud en Zaragoza. La capacidad de *sintonización social* que habría de ser constante en la vida de Goya, comenzó a reflejarse en sus años mozos, mediante una apasionada entrega a las dos tendencias más marcadas entre sus paisanos: la vocación castiza de majo —reemplazada después por el afán de vestir a la última moda y aproximarse a la Corte para lograr distinciones— y la afición taurina.

La instrucción escolar recibida por Goya concluye precozmente, recién cumplidos los trece años, por doble motivo: su escaso interés por las letras y las humanidades y la exhibición de unas extraordinarias dotes de dibujante. Comienza entonces su aprendizaje artístico con un maestro de pintura, José Luzán, que agregaba a su condición de pintor mediocre, la de poseer estas dos graves limitaciones: la de encauzar a sus discípulos a copiar excelsas obras disponibles y la de ser un censor de la Inquisición, obligado a repudiar las “pinturas deshonestas”.

GOYA, PINTOR DOMADO

A partir de 1763, Goya se entrega durante tres años a la tutela artística de Francisco Bayeu, y algunos años después se casa con su hermana. Las relaciones entre ambos cuñados fueron bastante tumultuosas. Goya trató de liberarse del sometimiento artístico de Bayeu sin conseguirlo.

Además, por aquel tiempo, cosechó varios fracasos en concursos artísticos.

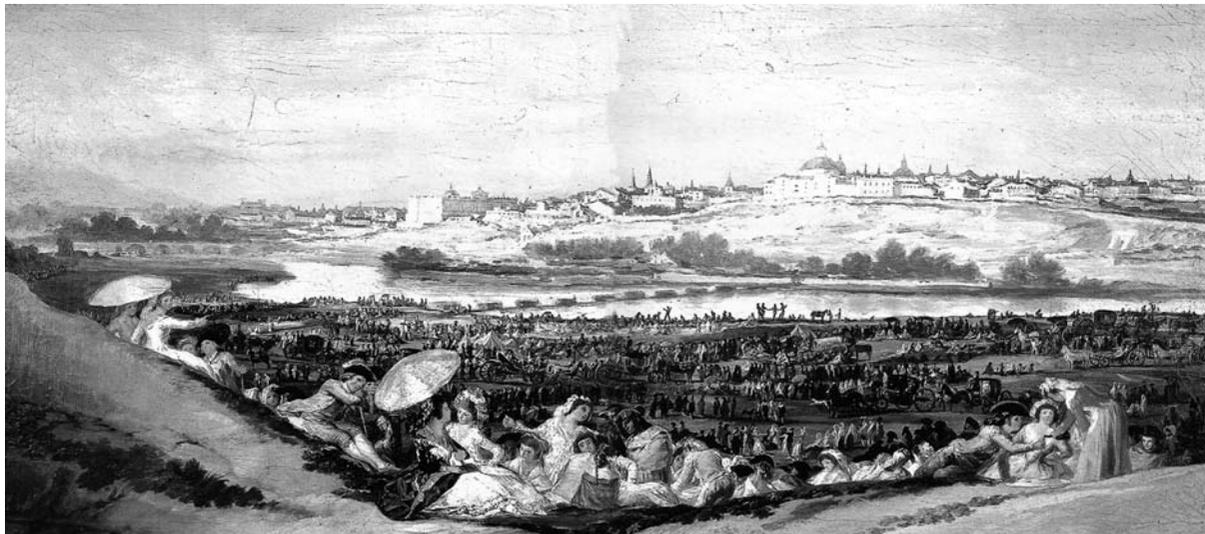
Goya, con la personalidad humillada y el arte dominado por las influencias ajenas, se ve obligado para sobrevivir a convertirse en un pintor de cartones/bocetos utilizados como modelos para tejer tapices en la Real Fábrica de Tapices de Santa Bárbara. Su arte es una combinación del academicismo neoclásico y de la dulzura del rococó/barroco, criticado por su superficialidad. Estamos ante el Goya domado, el Goya de las concesiones.

Con el paso de los años va viviendo esta actividad de realizar cartones como una ocupación poco estimulante, impropia de un pintor de primera clase. Al aproximarse a 1790, a punto de llegar a los 45 años, Goya se rebela y se niega a continuar de cartonista apelando a su condición de Pintor de Cámara del Rey (nombramiento en 1789). El genio está a punto de aflorar.

El talento de Goya permanece soterrado a lo largo de la primera mitad de su vida bajo el peso del influjo ejercido por el ambiente familiar, el entorno social, la escasa instrucción cultural, la deficiente formación pictórica y las adversidades artísticas. Y por si las desventuras fueran escasas, Goya comienza a sentir episodios depresivos ligeros y breves entre los treinta y los cuarenta años. Durante la quinta y última recurrencia depresiva de esta serie, Goya introduce en su pintura por vez primera, como señala Gayral (1991), unas figuras monstruosas. Esta primera aparición de figuras monstruosas acontece en *San Francisco de Borja asistiendo a un moribundo impenitente*, cuadro pintado en 1788.

La categoría endógena de las depresiones de Goya parece reafirmada por seguir un ritmo trienal y sobre todo por el acusado biotipo pícnico del pintor acompañado de un vigoroso temperamento ciclotímico y la ausencia del precedente de un acontecimiento provocador.

A finales de 1791, se instaura la “misteriosa gran enfermedad de Goya”, el proceso mórbido que obliga a nuestro artista a abandonar los pinceles durante unos dieciocho meses y que ha sido objeto de todos los diagnósticos posibles. A la luz de su sintomatología se trató del sexto episodio depresivo, un episodio más intenso y prolongado que los cinco anteriores, durante la primera parte del cual Goya limitó su vida a ir de la cama al sofá, con una evidente falta de energías, como ocurre en los cuadros depresivos típicos que llevan su énfasis en la *anergia*.



LA CHISPA GENIAL

El gran episodio depresivo aparecido en 1791, ocurre dos años después de recibir Goya el nombramiento de Pintor de Cámara del Rey, otorgado por Carlos IV, distinción que le había deparado la oportunidad de comenzar a conocer y tratar a personas ilustradas y personajes de la nobleza. Por ello se le puede catalogar como una *depresión de la fortuna*, aunque debe mantenerse la duda acerca de si su aparición obedeció sólo a la imposición del ritmo trienal depresivo o fue precipitada por la nueva afortunada situación, que supuso para Goya una acumulación del estrés profesional ocasionado por la avalancha de encargos y responsabilidades que gravitaron sobre él a partir del nombramiento regio.

Al recomenzar a pintar en 1793, después de dieciocho meses de bloqueo artístico, Goya sorprende con la producción de una serie de cuadros que traslucen el influjo depresivo en su colorido de grises y ocreos y en su contenido de catástrofes y tragedias, cuadros por mí identificados como una *pintura tenebrosa temática*. Las vivencias depresivas le facilitan el acceso a su mismidad. El genio ha sido extraído de su letargo por un fuerte episodio depresivo. “La depresión pasa, lo que no pasa es haber tenido el sufrimiento depresivo”. A partir de ese momento, Goya se dedica a pintar a partir de sí mismo.

El repentino tránsito del Goya de los cartones y los tapices al pintor desgarrado y dramático constituye tal vez un caso único de

metamorfosis súbita en la pintura universal. No existe en la Historia del Arte, dentro de mis limitados conocimientos, un genio como Goya que haya sido liberado de la presión del entorno por el eco de un grave episodio depresivo. Goya queda sí catalogado como el genio ciclotímico encendido o descubierto por la chispa de desesperación alumbrada por un estado depresivo.

Entre 1794 y 1798 aparece un Goya inestable que fluctúa entre la depresión y la hipertimia. En este clima anímico inestable emprende la colección de los *Caprichos*, donde formula la denuncia gráfica de la superstición, el vicio, la corrupción y la hipocresía. La serie de grabados conocida como los *Caprichos* comprende un total de 80 estampas, dedicadas a la sátira de la condición humana y de la sociedad, que se distribuyen con arreglo a su inspiración y su estilo entre una sátira burlona hipertímica y una imaginería de tinte depresivo formada por horripilantes figuras.

En una de las láminas más mordaces, el *Capricho 7*, aparece un petimetre incapaz de distinguir, con la ayuda de unos anteojos, a una maja burlona de una mujer prostituta. Deja así en evidencia, a la vez, a la estúpida ingenuidad masculina y a la capacidad de entagusamiento femenina. Por el contrario, en el *Capricho 47* aparece el mal encarnado en una mujer diablo con cuernos y patas de cabra.

EL SEGUNDO CICLO BIPOLAR

El segundo gran ciclo bipolar de Goya se inicia hacia 1819-1820, a la edad de 73 años, con un fuerte estado depresivo, que, con arreglo a su productividad artística, se desdobra en dos estadios: el primero de ellos cursa con el abandono total de la pintura y se mantiene alrededor de un año; el segundo ocupa el trienio 1821-23, en cuyo lapso Goya produce el arte conocido como *pinturas murales negras*, catorce cuadros en total impresos en las paredes de su casa, verdadero paradigma del mundo depresivo pictórico, expresión plástica de una vida atormentada.

Es digno de apuntarse que el tiempo durante el cual Goya realizó esta afflictiva pintura coincide con el esperanzador trienio constitucional (1820-23), un periodo en el que, para alegría de Goya y de sus amigos liberales, Fernando VII se había visto obligado a abandonar su postura absolutista y aceptar la Constitución de Cádiz. Una muestra más de

la independencia mantenida por la irrupción de las fases depresivas de Goya con relación al colorido de los acontecimientos ambientales.

La llamada *pintura negra* queda avalada como la *pintura depresiva* por excelencia en base a los siguientes elementos: la temática de miseria, horror, aquelarres y canibalismo; la ausencia casi total de verdaderas figuras humanas; la abundancia de imágenes con rostros monstruosos o brutales; la falta de rastros de paisaje; las bandadas de pajarracos negros; las formas difuminadas o borrosas; el colorismo volcado en un negro espeso y un ocre oscuro, que en términos de Kandinsky (1973), “se remonta a la nada sin posibilidades, la inexistencia, un silencio eterno sin esperanza”. Conjunto espeluznante emplazado en un espacio de organización elemental y privado de perspectiva.

La pintura más extensa de esta serie representa el *Aquelarre (escena sabática)*, en forma de un acto macabro y demoníaco, presidido por un macho cabrío sentado, en puro ocre/negro, con un nutrido grupo de brujas de rostro humanoide y monstruoso, con trazos de lechuza y simio.

Las veintidós estampas que componen la serie de los *Disparates*, que recogen imágenes bruñeras y demoníacas sobre un fondo tenebrista, provienen aproximadamente de la misma época.

En este segundo ciclo, Goya pasa, al igual que había ocurrido en el primero, del cuadro depresivo al hipertímico, sin mediar entre ambos un intervalo de equilibrio. Se instaura así la fase hipertímica más notable y larga de la vida de Goya. No cesa sino con su muerte.

GOYA HIPERTÍMICO EN BURDEOS

En la tardía fase hipertímica, Goya se vuelve parlanchín, inquieto, imprudente, bromista, creador incansable y viajero. Llevado por el espíritu viajero, insólito para su edad, pero muy propio del estado hipertímico, se traslada Goya a Francia con sus 78 años a cuestas. Ante tantos bulos extendidos, no viene mal especificar que la marcha de Goya de España no fue sino un cambio de residencia libre y voluntario, motivado por el deseo de reagruparse con su familia y reencontrar viejos amigos.

En 1824 le recibe en Burdeos el asombrado Leandro Fernández de Moratín: “Llegó en efecto Goya, sordo, viejo, torpe y débil, sin saber una palabra de francés, y sin tener un criado, y tan contento y deseoso

de ver mundo”. El mismo escritor español agrega poco después: “Está muy arrogantillo y pinta que se las pela, sin querer corregir nada de lo que pinta”. El Goya dicharachero e inquieto, tocado con un gigantesco sombrero a lo Bolívar, una blanca corbata y una fastuosa levita gris, se convierte pronto en una simpática figura popular para los bordeleses.

El furor ocupacional lleva a Goya a estar continuamente dibujando o pintando. Eugenio D’Ors (1928) comenta: “Sus cartas están repletas de monigotes supletorios o explicativos. Cualquier papel a su alcance lo emborriona o garabatea”. A la vez, se muestra bravucón, pasa apuros económicos por haberse vuelto derrochador, hace muchas bromas y juegos de palabras, incurre en ligerezas éticas de tipo comercial, efectúa sin compañía de otra persona dos viajes a España (en 1826 y 1827) y se entrega a una creación pictórica febril.

En la etapa postrera de la vida de Goya, entre 1824 y 1828, se impone en su pintura la rápida pincelada impresionista, cuyas dos principales muestras son el *Retrato de Juan Bautista Muguero* (1827) y *La lechera de Burdeos* (1828), caracterizados ambos, sobre todo el último, por reflejar en todos sus elementos (estructura, tema, forma y color), una exaltación vital eufórica, a un nivel entre discreto y desbordante. Para algunos gustos artísticos, es en esta etapa postrera de Goya donde se encuentran sus mejores creaciones. De aquí que nuestro pintor sea citado con frecuencia como ejemplo del genio octogenario. De la misma época data la serie de dibujos *Los locos de Burdeos*, obra motivada por una visita al manicomio situado en la Rue de Saint Jean, que reanima los recuerdos de sus visitas juveniles al manicomio de Zaragoza, y tal vez inducida también por albergar él mismo una vaga conciencia de su propio desequilibrio mental.

La vida artística de Goya se cierra así con una etapa de cuatro años, teñida de exaltación hipertímica, en la que se combina la sobreabundancia productiva dedicada a los asuntos del *presente*, tales como las incidencias de la calle, las escenas pintorescas y los caprichosos dibujos de “a minuto”, con el estilo descuidado, superficial y saltarín, construido con una pincelada menuda y vibrátil, a base de una gama de colores vivos y claros, con preferencia azules y rosas, catalogada en su conjunto como el *amanecer del impresionismo*.

EPITAFIO

Goya fallece a la edad de 82 años, en la madrugada del 16 de Abril de 1828 en Burdeos, como consecuencia de un accidente vásculo-cerebral agudo. Tal desenlace fue registrado por Eugenio D'Ors (1928) con este certero epitafio: "Goya muere de alegría". Este estado exultante se encuentra confirmado por el propio Goya en la última carta remitida a su hijo Javier el 26 de Marzo de 1828: "Querido Javier: no te puedo decir más que de tanta alegría me he puesto un poco trastornado y he tenido que ponerme en cama...".

En la partida de fallecimiento de Goya que figura en el registro de la Ciudad de Burdeos, consta que su muerte se produjo a la edad de 85 años, con un exceso de tres años sobre la edad real, como si el error de los demás no quisiera dejarle tranquilo ni siquiera en el sueño eterno.

LA CREATIVIDAD EN FUNCIÓN DE LA DEPRESIÓN Y LA HIPERTIMIA

Se ha venido presentando al *Homo depressivus* como el contrapunto del *Homo imaginativus*, sobre la base de que la depresión a partir de un cierto grado ha de producir necesariamente el bloqueo del proceso creador. A la vez, se negaba la existencia de una creación depresiva específica. El problema ha tomado un especial relieve en el campo de la pintura, hasta el punto de haberse manejado como un criterio diagnóstico excluyente de depresión la conservación de la capacidad de pintar. Por esta equivocada senda, se ha negado que los pintores de la talla de Durero, Watteau, Géricault y Goya pudieran haber padecido episodios depresivos, sin detenerse siquiera a examinar otros datos.

A la luz de nuestro modelo tetradimensional de la depresión (1988, 1995, 1996, 2001) resulta perfectamente inteligible la existencia de un amplio contingente de enfermos depresivos en los que la depresión no se traduce en una suspensión de la actividad creadora, sino en una transformación de su arte, inundándolo de vivencias mortificantes, negras y desoladas. La orientación de la influencia ejercida por la depresión sobre la creatividad en un sentido bloqueante o transformador es función de las características de la sintomatología depresiva.

Así tenemos que cuando el estado depresivo está integrado por la sintomatología asignada a la *discomunicación* (pérdida de sintonización

con la realidad exterior) o la *anergia* (anulación de las energías de los impulsos), se produce el bloqueo de la creatividad y con ello la entrada del artista en la inactividad. En cambio, los cuadros depresivos libres de anergia y discomunicación permiten al pintor continuar con el pincel para expresar la vivencia propia del estado de ánimo, o sea el humor depresivo. El humor depresivo no sometido al bloqueo expresivo por la ausencia de impulsos o por la incapacidad de sintonización se refleja en el estilo y el tema de la pintura, elementos que son la base de la *pintura depresiva*.

Si nos extendemos a otras artes podríamos confirmar la existencia de una música depresiva (*Tercera Sinfonía*, de Beethoven, *Nocturnos y Preludios*, de Chopin), una poesía depresiva (*El gusto por la nada [Le goût de néant]*, de Baudelaire), una novela depresiva (*La sinfonía de Kreutzer*, de Tostoi) y unos artículos depresivos (*Delirio filosófico*, de Larra).

El caso Goya, en cuanto pintor depresivo, puede servir de paradigma para hacer camino a la comprensión de la ecuación depresión/arte de otros muchos genios creadores, no sólo en el campo de las artes plásticas, sino en la música y en la literatura..

Por su parte, en los estados hipertímicos ligeros o hipomaníacos se produce un efecto ascendente sobre la creatividad, del que se benefició Goya en su etapa de vida postrera. En cambio, la hipertimia intensa, o sea el estado maníaco, llega a determinar un desorden mental tan intenso que hace muy difícil el mantenimiento de una labor creadora organizada.

Los rasgos ciclotímicos dominaban de tal modo la personalidad global de Goya, que ésta puede quedar perfectamente definida como una *personalidad ciclotímica*. Yo mismo he mostrado en el libro *El talento creador* cómo existe una profunda correlación positiva entre los elementos ciclotímicos y la creatividad. El exuberante vitalismo convertía a Goya en un hombre de acción: infatigable, entregado a sus amigos, amante de placeres, pendenciero, arriesgado, siempre visceral. Transportado por una acendrada asociación de vitalismo y empatía, Goya disponía de tiempo para todo: trabajar como un titán, no regatear su presencia a los demás ni a los espectáculos públicos, engancharse en disputas de todo tipo y prestar una participación asidua a las francachelas barriobajeras. Así fue Goya.

La presencia de una notable mutabilidad personal en su obra pictórica, permite definirlo como el *pintor de los estados de ánimo*, o, si se prefiere –y yo lo prefiero por medio de mi concepción de la depresión/hipertimia en la línea de los trastornos de la vitalidad– como el *pintor de las oscilaciones de vitalidad*.

El perfil psicopatológico y artístico de este genio de la pintura es un compendio sistematizado en las tres constelaciones siguientes:

- a) La presencia de los rasgos definitorios de la personalidad ciclotímica, terreno muy favorable para el desarrollo del proceso creador.
- b) La incidencia de varios episodios depresivos aislados, uno de los cuales, el de 1788, fue reflejado en su arte con la incorporación de seres diabólicos a sus pinturas.
- c) El rompimiento de la línea de su biografía en la madurez y en la involución por sendos ciclos bipolares, de los que el primero de ellos le aportó energías personales para centrar desde entonces su pintura en la mismidad personal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Águeda y Salas, X.: *Francisco de Goya. Cartas a Martín Zapater*. Madrid, 1982.
2. Alonso-Fernández, F.: *La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico*. Barcelona, 1988.
- : *Vencer la depresión con la ayuda del médico, la familia y los amigos*. Temas de Hoy, Madrid, 2ª Edición, 1996. (Traducido al italiano: *Vincere la depressione*. Edizioni Universitarie Romane, Roma, 1996).
- : *El Cuestionario Estructural Tetradiimensional de la Depresión*. TEA Publicaciones, Madrid, 4ª Edición, 1998.
- : *Il talento creativo*. Edizioni Dedalo, Bari, 2001.
- : *Las claves de la depresión*. Editorial Popular, Madrid, 2ª edición, 2001.
- : *Historia personal de los Austrias españoles*. Fondo de Cultura Económica, Madrid-México, 2ª edición, 2001.
- : *El enigma Goya (la personalidad de Goya y su pintura tenebrosa)*. Fondo de Cultura Económica, Madrid-México, 2ª edición, 2005.
3. Bräutigam, W.: Die Erkrankung Goyas von 1792. *Nervenarzt*, 1980; 51, pp. 233-239.
4. Correspondencia: *Goya y Zapater, historia de una amistad*. Eurohermer Editorial, 1995.
5. Díaz Plaja, G.: *Epistolario de Goya, Paréntesis*. Mentora, Barcelona, 1928. Reedición en Zaragoza, 1990.
6. D'Ors, E.: *La vie de Goya*. Gallimard, París, 1928.
7. Gallego, J.: *Los autorretratos de Goya*. 2ª Edición, Zaragoza, 1990.
8. Gayral, L.F.: *Le sens du fantastique dans l'oeuvre de Goya. Memories de l'Académie des Sciences*. Toulouse, 1991; 153, pp. 89-97.

9. Glendinning, N.: *Goya. La década de los Caprichos. Retratos 1792-1804*. Real Academia de Bellas Artes de San Fernando, Madrid, 1992.
10. Kandinsky, V.: *De lo espiritual en el arte*. Barral, Barcelona, 1972.
11. Le Guen, C.: A propos de Goya. Sur l'art et l'aliénation. *Evolution Psychiatrique*, 1961: 26, pp. 33-67.
12. Ona González, J.L.: *Goya y su familia en Zaragoza. Nuevas noticias biográficas*. Institución Fernando el Católico, Zaragoza, 1997.
13. Ortega y Gasset, J.: *Goya. Obras completas*. Alianza Editorial, Madrid, 1983, pp. 504-573.



CARLOS RODRÍGUEZ BETANCOURT

Homo Draculis y Pigmalión: boceto psicoliterario

*Defiende tus años
como si fueran diamantes...*

Amadís

Del latín “ligare” atar, unir o sujetar con ligaduras o nudos. Ligar significa también aliar cuando se trata de dos metales que se funden. Con los seres humanos, ligar implica “la simpatía de una persona con otra” tema central entre los terrícolas. Tema nodal de paradojas. Frente al apotegma del pensador Sartre: “El infierno son los otros”, Gabriel Marcel contesta: “la metafísica es el prójimo,” es decir, más allá que uno mismo, hacia los demás, se engendra una expresión del Yo en plenitud: “...buscarte a fondo, sentir que te levanto y me levantas para volar sobre nosotros mismos” (Soledad Cruz, Cuba, 1988). La “Ligazón” (*Bindung*), como la denomina el Dr. Freud, dentro de la última teoría de las pulsiones, se convierte en lo fundamental de los instintos de vida en oposición a las pulsiones de muerte: El fin del Eros consiste en el establecimiento de unidades cada vez mayores y por consiguiente la conservación: La vida, lo “biótico” es auto-organizable, autopoietico (Maturana, 1969; Varela, 1979). Niega o se opone al desorden, la entropía (hasta los sistemas caóticos convergen en “atractores” estables) (P.Werbos,1994). Por todo esto, como parte de la “biósfera”, la vida humana estriba en alto grado en su capacidad de ligarse, (*binding*). Todos, espero, somos “ligadores”, “*binders*”. Ligazón como la pesquisa del amor: abre el sujeto de par en

par la casa de sus anhelos ante la presencia de otro (a). Aunque muchas veces busca pero no encuentra esa parte de su alma que lo haría sentirse completo. Búsqueda titubeante, obsesiva, a veces como pájaro de todas horas, “... en busca de una gatita, en esa hora maldita” (J. Sabina); sensible al encuentro de dos corrientes. Y vulnerable, sí, abrirse es mostrar lo que se necesita. Con el *modus operandi* del poeta. El ligue verdadero es una delicada fibra óptica que atraviesa espacios relacionales, exploraciones gustativas al estilo de Italo Calvino (“dar un nombre a una conmoción del olfato”) Nerviosas travesías para sólo unos cuantos dispuestos a jugársela y quemar los veleros. “El lingam divino tiene que materializarse -dice Mónica- en la mano abierta de una criatura deseante”. Pero la búsqueda de la divinidad en las finitudes humanas, sigue un azaroso camino: el deseo es un objeto no natural (Hegel). La pulsión sexual se caracteriza por la contingencia y la infinita variedad de sus objetos sin que ninguno la satisfaga plenamente.

Por otro lado, la famosa ligazón se complica también por asuntos de la edad en las estructuras psicológicas narcisistas (Kernberg). Muchos de estos individuos sienten que no pueden amar y ser amados, En sus relaciones interpersonales siempre han sido poco empáticos y solamente pueden acercarse (casi nunca íntimamente) a los que son considerados “alimento” para su grandiosa auto-estima y prolongación de ellos mismos: son aquellos “objetos preciosos”, “tarjeta de presentación” para el mundo de la fama y el glamour que tanto les preocupa a estos narcisos con tales proclividades psicoestructurales. Y en medio de su lucha contra el vacío interior y el aburrimiento, puesto que prácticamente nada los llena, se vuelve imperativo el anhelo de poseer una mujer joven. Se resalta así la imagen de la vitalidad y la “renovación” en la huidiza alegría por vivir, a un lado de fantasías de control total del “objeto precioso”. “Hacerla a tu manera”, se dice en el *parlance* popular (sobre todo “entrenarla” para que sea fiel esclava y nunca se vaya con otro). Reminiscentes *flashbacks* de Rex Harrison, Mr. Higgins en *My Fair Lady*, educando a la Audrey Hepburn para que hable correcto inglés de Oxford y se roce con la realeza en Ascott. La fantasía de la “mujer a la medida”, también aparece en la obra “Pygmalión” de George Bernard Shaw.

El caminar interminable por la vereda del deseo hasta los estados mágicos, aparece dramáticamente en ese legendario ser puesto de moda recientemente con las nuevas versiones cinematográficas: El Conde

Drácula. Para este extraordinario personaje, son únicamente apetecibles las jóvenes y virginales. De ellas extrae en transfusión directa, el preciado líquido rejuvenecedor. Gracias a ello, Drácula el magnífico podrá aspirar a la inmortalidad.

Drácula, *the Count*, reencarna entre los hombres en lo que yo denomino, con la lente psicopatológica (despreciada por la así llamada “anti-psiquiatría” de los años ‘70). “síndrome de Drácula”. Dicha entidad se hace presente en aquellos varones maduritos muy proclives a la caza de chavas veinteañeras. Aquí existe diferencia crucial con los clásicos mujeriegos (como el viejo Rambo Verde o Golfan, mis personajes favoritos). Rambo caza parejo a grandes y chicas; güeras y prietas. Golfan, como Nabokov, solo selecciona a Lolitas-Musas que le insuflen la escritura (*tout ce qui permet écrire*) y le activen el “*high*” del enamoramiento. (“vivir -dice la gran Julia Kristeva- es estar enamorado, ser presa de la literatura y estar en psicoanálisis”). Bueno, francamente esto último no necesariamente se antoja. Pero volviendo a *Homo Dráculis*, este señor paradigmático ya setentón, *playboy* empedernido habita solo en su pequeño castillo vigilado por siniestros *rot weilers* y rodeado de carros deportivos, motocicletas y libros centenarios; aparatos electrónicos, fotografías de gatos, políticos y mujeres-trofeo.

Para *Homo Dráculis*, elegante señor, las mujeres se parecen a los felinos domésticos por misteriosas y soberbias. Principalmente las jovencitas, por la tersura y turgencia de su piel, señal indicadora de buena circulación de estrógenos en sus cuerpos. *Homo Dráculis* selectivamente va en pos de sus muchachas con la acuciosidad del *bon vivant*. Goza así, cada momento caprichoso de ellas (Golfan y su niña Dina). Además, experto en arte, *Dráculis* revive los sueños de *nymphettes* de Modigliani, Lautrec, Picasso, Gauguin. Recicla así etapas psicológicas pre y post edípicas en una especie de adolescencia permanente donde la mujer todavía tiene atributos mágicos: ecos de mamá y todo, el nene dráculis, dicen los psicoanalistas, “busca mamar de nuevo así, vorazmente, pero ahora con puntiagudos dientes”. Oralidad aparte, *Homo Dráculis* con poderosas fijaciones idealizadas de la imagen de la madre buena-jovencita-inmaculada, que debiera estar *per sempre* disponible para él, mamaror de núbiles cuellos, pudo controlarlas a todas por un rato, menos los efectos del tiempo. “Este enemigo invisible”, se queja *Dráculis*, “empieza a mancillar sus lípidos cuellos con las primeras arrugas, los inicios de la pinche celulitis; el vencimiento prematuro de sus senos y de sus culos”.

Por tal motivo, sus muchachas caen en la desgracia ante sus ojos con el paso de los años. “Más allá de los 30”, dice *Dráculis* entristecido, “se vuelven mala leche”. Pobre Drácula. La hembra pierde sus características de objeto precioso para convertirse en “mujer a secas”. Situación insoportable para él, en su calidad de niño hambriento en busca del *bliss* infantil con madre nueva no añosa.

A pesar de todo, *My Dear Golfan*, hay Dráculas que no se resignan a la pérdida del paraíso. “Los paraísos perdidos son los únicos que existen porque nunca existieron y se constituyen a partir de su pérdida” (Frida Saal).

Cambiar la vida
Rimba



LUCIO BLANCO

Psicopatología en el cine: *Hannibal Lecter*, de Thomas Harris

El nombre del personaje es tomado del general Cartaginés Aníbal Barca (247-183 a.c.), quien fue uno de los más brillantes maestros de tácticas militares que hayan existido debido a su astucia, habilidad de su espionaje, la sutileza de su estrategia y lo sorpresivo de sus tácticas. Una de sus hazañas más grandiosas de la historia militar es su marcha sobre Roma desde Cartago a través de los Alpes entre 218 y 217 A.C. para tomarlos por sorpresa y derrotarlos, para llegar perdió 50000 hombres, solo llegó 1 de 39 elefantes, debido a las tormentas de nieve, desprendimientos de tierra y los ataques de las tribus hostiles.

El Doctor Lecter tiene las mismas cualidades, emplea tácticas con gran ingenio y astucia tomando a sus enemigos por sorpresa, por ejemplo cuando se disfraza del oficial de policía que ha matado en el Silencio de los corderos al escapar de prisión, coloca la cara desgarrada del oficial de policía sobre la suya mientras que la tripulación de la ambulancia lo traslada en camilla saliendo de la prisión de Memphis, creyendo que están rescatando a la víctima, no al asesino hacia el hospital.

Thomas Harris en su novela *Hannibal* da pocos detalles de la niñez del personaje, cuando en la segunda guerra mundial durante la retirada alemana por arriba de los rusos, algunos panzzer nazi dispararon en su estado cerca de Vilnius, sobre la calle principal y mataron a sus padres y la mayoría de los sirvientes, no se supo el paradero de Lecter y su

hermana menor Mischa. Después cuando Lecter, volando en su huida de Florencia a Detroit, presenta sus primeras imágenes traumáticas, tiene 5 o 6 años de edad, es invierno de 1944, visualiza un “miserable ciervo pequeño, huesudo, con una flecha en su cuerpo, a la cual ha sobrevivido, unos soldados desertores que se encontraban escondidos, toman al ciervo y lo matan con un hacha, observa como le cortan la cabeza al ciervo y recogen su sangre en un tazón. Lecter está encerrado en un frío granero, con su hermana pequeña Mischa y otros niños amontonados en la paja, los desertores entran, escogen a su hermana y se la llevan, lucha con toda su fuerza para tratar de rescatar a su hermana pero los desertores cierran violentamente la puerta contra él, fracturándole un brazo. Lecter suplica por ver a Mischa otra vez. Harris escribe, “La súplica consumió su mente de 6 años de edad, pero no ahogó el sonido del hacha”.

M. Klein en su artículo “Tendencias criminales en niños normales” explica que todos los niños pasan a través de estadios depresivos e inconscientes que podemos observar en las tendencias asesinas y canibalismo de gente primitiva. Normalmente a la edad de 2 años un niño ha pasado a través de la etapa canibalística de agresión oral, lo cual se manifiesta en el lactante por morder el pecho de su madre. El doctor Lecter utiliza los dientes para mutilar a sus víctimas. En el silencio de los corderos inflige heridas faciales a una enfermera que le tomaba un electrocardiograma en la prisión del hospital, mordió y cortó profundamente sus ojos, los cirujanos solo le salvaron uno de ellos, con los dientes fracturó su mandíbula y cortó su lengua la cual tragó. Después del ataque fue obligado a utilizar una máscara para prevenir otros ataques. M. Klein asocia los ataques de agresión oral canibalística con la posición Esquizoparanoide.

Los recuerdos infantiles traumáticos atormentan a Lecter, creándole sentimientos de ansiedad persecutoria que resulta en un quiebre psicótico. Klein enfatiza que los miedos persecutorios o paranoides más grandes echan a andar las defensas esquizoides mayores, caracterizadas principalmente por la Escisión.

En la primera novela de Harris, “El dragón Rojo”, el hombre del FBI Will Graham nos dice que la sexta víctima de Lecter fue un cazador con arco “quien había caído hace cinco años, de un árbol en que se encontraba escondido y se había clavado una flecha en la pierna”, Lecter fue el médico que lo atendió en el Hospital. Más tarde cuando Lecter es con probabilidad arrollado por las escenas incontrolables de la muerte

de Mischa, acecha y mata al cazador; en forma repetida apuñala a su víctima grabando un patrón de heridas en su cuerpo, similares a los gráficos de heridas que puede tener un soldado en combate llamado “El hombre herido” de un libro de medicina medieval. Cuando Graham va a interrogar a Lecter, al estar en la sala de espera del consultorio, se da cuenta que tiene tal libro, observando el patrón de heridas en los gráficos que coinciden con el de la víctima arresta a Lecter por asesinato.

El delirio de Lecter es que debe matar al cazador para destruir lo que le sucedió al pequeño ciervo y obligar los recuerdos que lo están arrollando con ansiedad persecutoria a ser disociados otra vez; sin embargo la defensa primitiva de disociación falla, no puede liberarse del terror arrollador de la fantasía. Solo al actuar o representar este ritual asesino Lecter es capaz de liberarse de sus miedos paranoides aunque sea momentáneamente.

Las fantasías del doctor Lecter, apoyan que se encuentra atrapado en la primitiva posición Esquizoparanoide, Con la misma teoría se puede explicar que Lecter está matando lo que él ha proyectado fuera de sí mismo, para aliviar su insoportable ansiedad persecutoria que experimenta dentro de tal posición. El no come a su víctimas, trata de convertirlas de objetos malos y persecutorios a objetos artísticos, instructivos y buenos, por eso entiende el actuar de los otros asesinos seriales, diciendo que la clave es “transformación”. Cuando le pregunta a la agente Clarice Starling por Bufalo Bill “¿Que hace el asesino?”, -mata mujeres,- “No, eso es incidental”, no mata por matar sino por el mensaje que el acto conlleva.

Lecter mata de una manera sangrienta pero con gran habilidad y precisión, les quita a sus víctimas órganos sanos como el timo y páncreas pero deja los órganos enfermos porque literalmente son objetos malos, los cuales no le atraen. M. Klein llama al acto de canibalismo un ciclo de persecución internalizada. La ansiedad lo protege contra la introyección del objeto malo.

Klein explica que la agresión se da por el miedo a sufrir crueles ataques inimaginables. La ansiedad que siente le sirve para incrementar sus propios impulsos sádicos urgiéndolo a destruir aquellos objetos hostiles para escapar de sus ataques. La agresión oral es expresada frecuentemente en mordidas

S. Freud observó que el canibalismo es parte de un ritual necesario de las tribus y no como una necesidad. En su obra “Tótem y tabú” describe

como en la horda primitiva, el líder que regulaba el funcionamiento humano y por lo tanto quien poseía todo el poder y era visto como el padre, es atacado y muerto por los hermanos sometidos que unieron sus fuerzas, quienes se lo comen para así conseguir hacer propia su esencia.

Sus recuerdos y pesadillas acerca de la muerte de su hermana y el ciervo herido son criterios de un Trastorno de Estrés postraumático

Lecter está obsesionado por sus objetos malos, temeroso que le causen la muerte, tiene objetos buenos pero la mayoría parciales, frágiles y de fácil destrucción; como por ejemplo, los que se encuentran colgando en la pared de su celda en la prisión de Baltimore, un dibujo del palacio Vechio y el Domo. Para Lecter, el admirado Domo de Florencia representa el pecho bueno por eso le pesa mucho que el detective Pazzi Inspector de la Policía trame capturarlo para recuperar prestigio y honores así como cobrar una recompensa que ofrece su antiguo paciente Mason Verger, porque lo obliga a huir de la ciudad que representa su hogar, la madre y el pecho bueno para él. Tan pronto como deja esta protección psíquica empieza a desorganizarse.

Lecter es también un caníbal psicológico, mata el alma que consume a sus pacientes. Escoger ser psiquiatra por lograr entrar a mentes trastornadas a veces pacientes criminales que él puede controlar, y utiliza como contenedores para su cólera que proyecta en ellos haciendo que actúen de varias formas.

M. Klein dice que aquellas personas que yacen en defensas esquizoparanoideas desarrollan trastornos de personalidad severos, incluyendo condiciones borderline y narcisistas. Lecter ha sufrido deprivaciones en su niñez temprana que han evitado edificar un banco de memoria de imágenes objetales buenas lo cual detiene o mata el desarrollo del Superyo por completo, resultando sus tendencias criminales y antisociales.

La agente del FBI Clarice es su objeto bueno e idealizado, al reemplazar a Mischa hace posible para Lecter avanzar a la etapa genital así como iniciar el proceso de Reparación. Klein cree que la capacidad para amar depende de la Reparación, la cual ocurre en la posición depresiva, sin embargo la Reparación no es fácil de completar si empieza tardíamente en la vida, es probable que falle y frustre la posibilidad de relaciones amorosas duraderas. El personaje presenta mejoría del Trastorno por Estrés Postraumático, por mucho tiempo no aparece su hermana en sus sueños ni las imágenes traumáticas.



Simposium conjunto
Asociación Psiquiátrica Mexicana,
Asociación Psiquiátrica de América Latina,
L' Évolution Psychiatrique y la
Asociación Psiquiátrica de Jalisco

Las esquizofrenias





EDGAR BELFORT

Los consensos sobre la esquizofrenia en Latinoamérica

La Asociación Psiquiátrica de América Latina, APAL, considerando la necesidad de crear un puente entre el conocimiento, la literatura científica y la práctica clínica para la atención de las diferentes enfermedades del campo de la psiquiatría, se propone desarrollar guías prácticas de atención de las enfermedades mentales a través de los consensos con la finalidad de ayudar a los médicos e investigadores, a mantener al día de manera sistemática la información publicada en el campo de la psiquiatría.

Estas guías prácticas se refieren a un conjunto de estrategias desarrolladas bajo la evidencia y observación clínica a partir de los consensos de expertos y otros profesionales, así como, de pacientes y familiares. Las mismas permiten asistir al médico en la toma de decisiones acerca de los cuidados apropiados de salud en circunstancias clínicas específicas, teniendo como último propósito la mejora del cuidado del paciente, haciendo énfasis en que estas guías son pautas de orientación sin pretender en ningún momento, ser estándar de tratamiento.

En la actualidad la APAL se encuentra desarrollando diversas guías clínicas, entre ellas las vinculadas a los trastornos depresivos y bipolares, la de la atención a las personas víctimas de la violencia, atención a las

personas con uso y abuso de sustancias y, aquellas de la atención a personas con esquizofrenia. Todas ellas fundamentadas en primer lugar, en la identificación del problema y de su impacto en la calidad de vida de estas personas, en la búsqueda sistemática de la literatura científica, en la validez, eficacia, efectividad y eficiencia de los diferentes tratamientos, incluyendo los costos, así como, los aspectos culturales y étnicos que permitan adoptar recomendaciones mas ajustadas y adaptadas a la realidad latinoamericana.

Ellas incluyen, no solo los expertos del área en los diferentes países, sino además, la opinión y observación de los propios pacientes, familiares, organizaciones involucradas en la atención de estas condiciones y de todas las personas que de una u otra forma tienen que ver con el proceso de la atención en el campo de la salud mental.

Se ha llevado adelante una metodología que contempla varias etapas comenzando por el desarrollo de las guías, luego la diseminación, implementación, evaluación y, finalmente las revisiones. En la etapa de desarrollo una vez identificado el problema se hace la búsqueda sistemática de la información siguiendo los criterios de calidad previamente establecidos, para extraer la data y adaptarla a través de la experiencia y realidad latina en las reuniones de los consensos con los expertos de las diferentes sociedades científicas de APAL; para seguir con su diseminación hacia los profesionales, instituciones, organizaciones y, recibir la opinión y comentarios de ellos para así, retroalimentar el documento y hacer las correcciones indicadas.

Esta evaluación sigue los patrones de técnicas de calidad, contenido e impacto, intentando ajustarse dentro de lo posible, no solo, a los estándares requeridos de otros consensos o guías, sino además, a la realidad y necesidad de Latinoamérica.

En el caso de la esquizofrenia, han sido utilizados como apoyo y para su análisis, varios documentos de base, entre otros, el producido por el Task Force de la Asociación Mundial de Psiquiatría "Uso y utilidad de los antipsicóticos de segunda generación", así mismo, otras guías diferentes identificadas con la esquizofrenia, como por ejemplo, las realizadas en Australia por la sociedad y el colegio de psiquiatría, la de la asociación canadiense, sociedad de psiquiatría de Alemania, sociedad española de psiquiatría, la del Reino Unido, las realizadas en Estados Unidos, así como, la de la Organización Mundial de la Salud y de la Federación de sociedades de psiquiatría biológica, entre otras.



Esto ha permitido entre otros aspectos, observar la rigurosidad o no, del desarrollo de las guías, la claridad o no, de la presentación de la misma, los expertos y/o grupos participantes, la aplicabilidad, la independencia editorial, así como, el contenido y aportes científicos.

De esta forma hemos desarrollado nuestro primer consenso en esquizofrenia titulado: “Uso y utilidad de los Medicamentos Antipsicóticos de Segunda Generación en Latino América”; publicada en el Vol. 1. Suplemento 1. Noviembre de 2004. Serie de Suplementos de la Asociación Psiquiátrica de América Latina.

El contenido del mismo contempla un marco introductorio, propiedades farmacológicas y clínicas de los fármacos de segunda generación, el contexto de la aplicación de los fármacos antipsicóticos de segunda generación, las oportunidades y limitaciones con la referencia latinoamericana y, un marco de conclusiones, recomendaciones y, acciones complementarias de gran utilidad para la región. Finaliza el documento con los anexos que contemplan los aportes realizados en las reuniones nacionales de las diferentes sociedades científicas miembro de APAL.

El programa se concluye con un nuevo suplemento que será presentado en el primer trimestre del 2007, el cual considera en forma sistemática, los aspectos más resaltantes para la atención de personas con esquizofrenia, es decir una Guía Clínica Práctica para la atención del paciente con esquizofrenia.

El desarrollo de las guías y el aprendizaje, hacen posible describir algunas consideraciones.

- En primer lugar la importancia de incluir, no sólo, los expertos en el área, sino también familiares, pacientes y otras personas o instituciones involucradas en la atención del paciente.
- Considerar la diferencias transculturales, que permitan hacer recomendaciones mas racionales y adaptadas al contexto Latinoamericano.
- Evaluar y considerar en las recomendaciones, el impacto del trastorno en la calidad de vida de estos pacientes.
- Considerar los factores de riesgos, ambientales, sociales, así como, las incapacidades y enfermedades físicas asociadas.
- La aceptabilidad de las soluciones presentes o bien, disponibles en los diferentes países latinoamericanos.

- Entender las definiciones reales del cuidado de los pacientes, familiares y comunidad.
- Enfatizar y hacer conocer los instrumentos legales para la atención y protección de los derechos humanos de estos pacientes.
- Entender y analizar los aspectos financieros en relación a salud, así como, los costos del medicamento y sus consecuencias.
- Entender y considerar la complejidad de las opciones terapéuticas.

Como bien se señaló, existe un sin número de aspectos que fueron considerados en el documento, propios de las realidades de los países Latinoamericanos donde se desarrollaron los consensos, pero que a través de esta vía consideramos que podríamos conseguir un camino más expedito y más ajustado a las necesidades y requerimientos de la atención a las personas que presentan algún problema en el campo de la salud mental y, por ende en su calidad de vida.



WAZCAR VERDUZCO FRAGOSO

Uso y utilidad de los antipsicóticos de acción prolongada

ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES DE ACCIÓN PROLONGADA (DEPOT)

Desde su introducción en la práctica clínica en los años sesenta los antipsicóticos inyectables de acción prolongada han sido ampliamente usados como terapia de mantenimiento para pacientes esquizofrénicos.

Los progresos en la farmacocinética de estas presentaciones han favorecido una liberación más confiable del fármaco y reducido las diferencias en sus niveles plasmáticos (picos y valles).

Los estudios que han comparado a los antipsicóticos orales con los inyectables de acción prolongada, aunque imperfectos, apoyan el beneficio real de estos últimos en pacientes ambulatorios debido a que mejoran la adherencia.

Si los pacientes olvidan o rehúsan tomar su medicación oral pueden transcurrir semanas o meses antes de experimentar una exacerbación; sus efectos pueden ser aparentes tardíamente como para prevenir el problema.

Coordinador clínico de educación e investigación en salud, hospital de psiquiatría San Fernando, IMSS.

Coordinador de la sección académica de esquizofrenia, APM

En cambio, si el paciente no se aplica la inyección, el problema de la no adherencia puede ser abordado inmediatamente.

Cuando la medicación inyectable se combina con un programa de intervención psicosocial enfocado a la falta de adherencia, las tasas de recaída pueden disminuir.

Además de prevenir o retrasar la recaída, la consistencia del tratamiento puede mejorar la calidad de vida del paciente y llevar a una reducción de los costos totales de atención (McEvoy, 2006).

Todos los grupos de profesionales de la salud mental perciben que los antipsicóticos de depósito sólo se requieren para aquellos pacientes seriamente enfermos con pobre apego al tratamiento.

La evaluación por grupos les considera diferentes problemas (Lambert y cols. 2003):

- Para los médicos los síntomas extrapiramidales son el mayor problema
- Para las enfermeras y otros trabajadores de la salud mental lo son la ganancia de peso, las reacciones en el sitio de la inyección y las mismas preferencias del paciente.
- Para los pacientes lo son los efectos sexuales y la ganancia de peso.
- Existe consenso acerca de que los atípicos son benéficos en psicosis crónicas, aunque la limitación de recursos es vista como una barrera para el cambio.

Un metaanálisis reciente sobre los tratamientos con antipsicóticos de acción prolongada concluyó que esta vía de administración resultó en ventajas clínicas en términos de resultados globales (Schooler, 2003).

En cuanto a la adherencia terapéutica, los efectos extrapiramidales, los metabólicos, y otros efectos secundarios interfieren de manera significativa con la relación médico-paciente provocando a su vez un aumento de recaídas y hospitalizaciones. Por lo menos un 50% de los pacientes con esquizofrenia presentan síntomas persistentes o residuales y discapacidad a pesar del tratamiento (Sheitman y Lieberman, 1998).

FACTORES RELACIONADOS CON LA NO ADHERENCIA

- Esquemas terapéuticos complejos (más de dos dosis al día).
- Efectos secundarios de los medicamentos (extrapiramidales, incremento de peso, sedación, etc.)



- Características inherentes a la enfermedad (falta de advertencia de enfermedad, desorganización conceptual, adaptación social inadecuada).
- Abuso de drogas.
- Influencias negativas respecto del tratamiento por parte de la familia, sociedad o medio cultural.

Por lo tanto, las expectativas clínicas de un tratamiento de la esquizofrenia no siempre son alcanzadas y los pacientes tienen el riesgo de encontrarse ante una situación de ingresos hospitalarios prolongados, aislamiento social, recaídas, reingresos y una discapacidad persistente. Las consecuencias de esta espiral no afectan únicamente al paciente, también son adversas para sus familiares y la sociedad.

CUMPLIMIENTO PARCIAL

- Afecta a casi todos los pacientes en mayor o menor grado
- No puede ser detectado con facilidad
- Está relacionado con el agravamiento de los síntomas y el intento de suicidio
- Está relacionado con un aumento en el número de hospitalizaciones
- Está relacionado con una elevación de los costos, polifarmacia

CONTROL SOBRE RECAÍDAS

La prevención de la recaída en esquizofrenia continua siendo un enorme reto en salud pública a nivel mundial y los avances en esta área pueden generar un alto impacto sobre la morbilidad, mortalidad y calidad de vida, así como en los costos directos e indirectos de los cuidados a los pacientes.

Los resultados de los estudios clínicos son extremadamente precisos en favor de los medicamentos inyectables de acción prolongada, sin embargo en muchos países menos del 20% de los individuos con esquizofrenia los reciben.

En términos de eventos adversos, no hay datos convincentes de que estas presentaciones estén asociadas con una incidencia significativamente más alta que los medicamentos orales.

Por consiguiente, para cualquier paciente a quién se ha indicado el tratamiento antipsicótico a largo plazo debería considerarse a los inyectables de acción prolongada.

Para elegirlo, el clínico debe tomar en cuenta la experiencia previa, la preferencia personal del paciente, su respuesta (tanto terapéutica como a eventos adversos), y las propiedades farmacocinéticas del medicamento.

Ciertamente, la farmacoterapia debe combinarse con otras tantas modalidades de tratamiento como sean necesarias, pero la administración consistente debe ser prioritaria.

Así, desde este punto de vista, el uso de antipsicóticos inyectables de acción prolongada tiene importantes ventajas para facilitar la prevención de recaídas (Kane y cols, 1998), las cuales ocurren a una tasa exponencial relacionada con la vida media del fármaco en el plasma (Glazer, WM et al, J Clin Psychiatry, 1996)

Vida media de Diferentes Antipsicóticos y/o sus metabolitos activos

Clopixol oral	20 horas
Clopixol depot	19 días
Fluanxol oral	35 horas
Fluanxol depot	17 días
Olanzapina	33 horas
Quetiapina	7 horas
Risperidona (metabolito activo)	24 horas
Risperidona Acción Prolongada	15 días

FARMACOECONOMÍA (COSTOS TOTALES)

Los costos de la esquizofrenia se pueden reducir con un adecuado apego al tratamiento que disminuya los costos de recaídas y rehospitalizaciones.

- Parte fundamental del apego al tratamiento radica en la adecuada elección del medicamento:
 - o Eficacia comprobada
 - o Seguro y tolerable
 - o Bajo índice de efectos secundarios
 - o Comodidad en la toma para el paciente

- Existen beneficios no médicos e intangibles adicionales, los cuales son difíciles de cuantificar

GUÍAS PARA MEJORAR EL APEGO AL TRATAMIENTO

- Establecer una relación médico-paciente que favorezca la confianza del paciente en su terapeuta.
- Educar al paciente y a su familia con respecto a la esquizofrenia, de los beneficios y efectos secundarios de su medicamento y la necesidad de que siga el tratamiento.
- Educar al personal de salud mental respecto a los mecanismos e intervenciones con los cuales se puede mejorar el cumplimiento del tratamiento.
- Usar medicamentos de una sola administración al día, máximo 2 y, de ser posible, fármacos que ofrezcan menos posibilidad de efectos secundarios, como los antipsicóticos de segunda generación.
- Estar atentos a la posible aparición de efectos adversos secundarios al uso de antipsicóticos clásicos para tratarlos de manera oportuna.
- Estar alerta a la posibilidad de incumplimiento en la toma del fármaco, en pacientes con factores de riesgo para ello.
- Tener siempre en cuenta la posibilidad de una falta de apego al tratamiento y evaluar este indicador en cada visita para utilizar antipsicóticos de depósito en los pacientes que lo requieran.

GUÍA PARA EL USO DE ANTIPSICÓTICOS DE ACCIÓN PROLONGADA

- Los expertos recomiendan tratar de mejorar la respuesta incrementando la dosis de atípico y el uso de los de acción prolongada antes de cambiar (“switchear”) a un agente diferente.
- Cuando los pacientes sufren una recaída debido a problemas de adherencia o si existe cualquier duda al respecto, los expertos recomiendan el uso de atípicos inyectables de acción prolongada (si están disponibles).
- La clozapina y los atípicos inyectables de acción prolongada deben ser considerados de segunda elección para pacientes con episodios múltiples.

- Los expertos también consideran el uso de inyectables de acción prolongada en muchas situaciones clínicas que no involucran dificultades de apego (Kane y cols., 2003).

CONCLUSIONES

Para disminuir el impacto de los factores referidos:

- Se debe informar detalladamente al paciente y familiares sobre las alternativas de tratamiento existentes.
- De los efectos adversos que pueden presentarse.
- Incluirles en programas psicoeducativos y de intervención psicosocial.
- Elegir la mejor opción farmacológica.
- A la dosis óptima para mejorar el apego.
- El problema de la adherencia es fundamental.
- Las tasas de abandono son elevadas y debidas a:
 - o Nula advertencia de enfermedad por parte del paciente.
 - o Ausencia de toma de decisiones por él mismo.
 - o A los efectos colaterales de los medicamentos.
 - o Al propio costo de los medicamentos.
- Cuál de estos impactos habremos de reducir será una decisión del médico en función de un paciente en particular.
- Habrá algunos, seguramente muchos, cuya difícil evolución nos hará preferir fármacos altamente efectivos, a costa de tener que manejar sus consecuencias.
- En otros, por cuestiones de edad, de género, o de riesgo especial, habremos de dar prioridad a los aspectos de tolerancia y seguridad.
- Existe una amplia variación en la prevalencia de prescripción de antipsicóticos inyectables de acción prolongada, lo que sugiere que la decisión puede no estar guiada por ningún principio reconocible, sino más frecuentemente determinada por tradiciones locales y culturales. (Sim y cols., 2004).
- Existe la necesidad de reexaminar el perfil de riesgo-beneficio de cada paciente antes de decidir el inicio o discontinuación de estas presentaciones (Sim y cols., 2004).

POLÍTICAS PÚBLICAS

- Restringir el acceso a cualquiera de los antipsicóticos actualmente disponibles en el interés del cuidado del paciente por el riesgo potencial de presentar efectos adversos serios podría ser un error.
- Es vital mantener el acceso de los médicos a un amplio grupo de antipsicóticos.
- Que sea su juicio clínico el que determine cuál utilizar y cuando cambiarlo.
- Tomar en cuenta los factores inherentes a cada paciente.
- A mayores posibilidades de elección mayor posibilidad de elegir el mejor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kane, John M. Leucht, Stefan. Carpenter, Daniel. Docherty, John P. Expert consensus guideline series. Optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders. Introduction: methods, commentary, and summary. *Journal of Clinical Psychiatry*. 64 Suppl 12:5-19, 2003.
- McEvoy, Joseph P. Risks versus benefits of different types of long-acting injectable antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*. 67 Suppl 5:15-8, 2006.
- Schooler, Nina R. Relapse and rehospitalization: comparing oral and depot antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*. 64 Suppl 16:14-7, 2003.
- Kane, J M. Aguglia, E. Altamura, A C. Ayuso Gutierrez, J L. Brunello, N. Fleischhacker, W W. Gaebel, W. Gerlach, J. Guelfi, J D. Kissling, W. Lapiere, Y D. Lindstrom, E. Mendlewicz, J. Racagni, G. Carulla, L S. Schooler, N R. Guidelines for depot antipsychotic treatment in schizophrenia. European Neuropsychopharmacology Consensus Conference in Siena, Italy. *European Neuropsychopharmacology*. 8(1):55-66, 1998 Feb.
- Sim, Kang. Su, Alex. Ungvari, Gabor S. Fujii, Senta. Yang, Shu-Yu. Chong, Mian-Yoon. Si, Tianmei. Chung, Eun Kee. Tsang, Hin-Yeung. Chan, Yiong Huak. Shin-fuku, Naotaka. Tan, Chay Hoon. Depot antipsychotic use in schizophrenia: an East Asian perspective. *Human Psychopharmacology*. 19(2):103-9, 2004 Mar.
- Lambert, Tim. Brennan, Ann. Castle, David. Kelly, Deanna L. Conley, Robert R. Perception of depot antipsychotics by mental health professionals. *Journal of Psychiatric Practice*. 9(3):252-60, 2003 May.
- Glazer, WM et al. Formulary decisions and health economics. *J Clin Psychiatry* 59 (Suppl 19), 23-29, 1998
- Sheitman y Lieberman, The natural history and pathophysiology of treatment resistant schizophrenia. *Jour of Psychiatr Research* 32, 143-50. 1998





ENRIQUE CAMARENA ROBLES

Pasado, presente y futuro de la esquizofrenia

Menuda tarea de hablar o escribir sobre el pasado, presente y futuro de la esquizofrenia en unas cuantas líneas. Sin embargo y a pesar de que quedan muchas preguntas que contestar, tenemos otras respuestas, aunque estas sean parciales, producto de recientes descubrimientos, que nos permiten hacer especulaciones más o menos certeras de lo que es la esquizofrenia, de lo que ha sido y de lo que será su conceptualización en el corto y mediano plazo.

En la primera mitad del siglo veinte, cuando la teoría psicoanalítica predominaba en el campo de la psiquiatría, la idea de que el ambiente, particularmente la influencia materna, contribuía al desarrollo de la esquizofrenia era la más aceptada¹. Sin embargo, ya desde principios del siglo XX, Kraepelin observó con la agudeza clínica que le caracterizaba que la demencia precoz tenía un vínculo familiar hasta en el 70 % de los pacientes, por lo que la consideró una enfermedad del cerebro, más que psicógena².

Tuvieron que pasar varias décadas para que las teorías biológicas ocuparan el escenario que los correspondía en la comprensión global del fenómeno denominado esquizofrenia.

Médico Psiquiatra adscrito al Hospital Psiquiátrico de San Fernando IMSS, Cd. De México.
Secretario Administrativo de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Coordinador de la Zona 3 de la WPA.

El cambio en esta controversia empezó a darse después de los años sesentas, particularmente en los setentas con los estudios de adopción realizados por Kety y Rosenthal³. Dentro de este campo la genética ha sido considerada la de mayor trascendencia.

Pero hablemos de otras hipótesis menos discutidas. Recientemente el Dr. Amado Nieto Caraveo, destacado psiquiatra mexicano nos envió una serie de artículos relacionados con una de las teorías menos explorada de la esquizofrenia, la perspectiva evolutiva. Cuestionada, pero más bien poco conocida, esta teoría, puede ser una de los enclaves más importantes de los últimos años para dar respuestas más certeras en la comprensión cabal de esta terrible y devastadora enfermedad.

El Dr. Timothy J. Crow, de la Universidad de Oxford, en 1995 expuso la que sería la principal hipótesis de su vida profesional: Que lo que llamamos esquizofrenia es el precio que ha tenido que pagar el ser humano por la adquisición del lenguaje. Según Crow, la “*especiación*” del *Homo sapiens*, esto es, su diferenciación de otros homínidos (directamente del *Homo erectus*), ocurrida hace más de un millón años implicó la adquisición del lenguaje a través de una gran asimetría cerebral. Las áreas asociadas al lenguaje y sus sintaxis estarían formadas por 4 “*cámaras*” que en conjunto coordinarían los aspectos motores (hablar) y sensoriales (oír) en sus aspectos secuenciales (gramaticales) como semánticos. Según esta teoría, esta acelerada diferenciación haría vulnerable a estas estructuras y circuitos a toda clase de mutaciones y daños del medio ambiente. Si tenemos en cuenta que a lo largo de los miles de años un genotipo es seleccionado en razón de las ventajas que ofrece su fenotipo correspondiente, ¿cuál es el significado del fenotipo esquizofrénico en el contexto de la evolución de la conducta humana? Especulemos, el comportamiento epidemiológico de la esquizofrenia es sorprendente, pues a pesar de estar asociado con una baja tasa reproductiva de quienes lo padecen y asociarse a una mayor tasa de mortalidad. La incidencia se ha mantenido más o menos constante durante mucho tiempo. A esto se le llama la “*paradoja central de la esquizofrenia*” y fue descrita por primera vez por Huxley en 1964 en un artículo de la revista *Nature*. Por lo tanto se esperaría que la esquizofrenia debiera ser una enfermedad rara, como las distrofias musculares y otras enfermedades genéticas de la misma naturaleza. Y sin embargo no lo es. Es decir existen procesos biológicos que la han perpetuado a la largo de la historia de la humanidad por arriba de otras enfermedades, que supuestamente tendrían los mismos



paralelismos genéticos. No cabe duda que la súper especialización de los neuromodulos cerebrales que dan lugar a las llamadas funciones intelectuales superiores, han hecho a estas estructuras más vulnerables a los cambios del medio ambiente. El autor maneja a estos hechos como una ventaja evolutiva, que paga un precio negativo alto, afirmación de la que no todos están de acuerdo. Y la polémica seguramente surge en el momento de tratar de definir en nuestras clasificaciones actuales, de cual de las esquizofrenias estamos hablando. Estamos de acuerdo en el CIE-10, de los 7 subtipos de esquizofrenia descritos, en lo que son similares, pero en el gran tropiezo se inicia en lo que no se parecen, es decir puede haber diferencias abismales en las características clínicas, desarrollo, evolución y pronóstico de cada una de ellas. No en vano se reconoce que una de nuestras grandes debilidades en el campo de la psiquiatría son nuestras clasificaciones, basadas en síndromes y descripciones nosológicas, pero las precisiones etiológicas son escasas y no concluyentes.

Hace relativamente poco tiempo se descubrió y describió el genoma humano en su totalidad pero, por ahora estamos lejos de tener respuestas certeras, específicas y concluyentes sobre cómo y cuándo estos hallazgos de la genética humana pudieran dar elementos de prevención o en su defecto tratamiento de la esquizofrenia.

Mencionemos datos importantes que nos dan luz sobre el origen genético de la esquizofrenia. Según Bahn (2002) La heredabilidad de la esquizofrenia es de alrededor de un 50% comparado al desorden bipolar que es de un 65% aproximadamente. Por otro lado se reporta que un familiar en primer grado de una persona afectada con esquizofrenia tiene un riesgo diez veces mayor de padecer la enfermedad comparado a la población general. El riesgo para los familiares en primer grado oscila entre un 9% y un 16%. El hijo de dos personas afectadas tiene un 46% de riesgo de presentar la enfermedad (Faraone *et al.* 2002).

La concordancia entre gemelos monocigóticos es de un 46-53% y entre los gemelos dicigóticos de un 10-15%. Se ha observado que la probabilidad de que el hijo de un gemelo monocigótico no afectado presente la enfermedad es el mismo riesgo del hijo del gemelo afectado. Los estudios con adopciones también demuestran que el aumento del riesgo se debe principalmente a factores genéticos. Sin embargo, como los gemelos monocigóticos no son siempre concordantes, los genes no

son los únicos que participan en el desarrollo de la enfermedad. (Faraone *et al.* 2002).

Ahora tenemos varias cosas claras: a) las discrepancias entre los diferentes estudios de la genética de la esquizofrenia seguramente se deben a nuestras deficiencias metodológicas y diagnósticas; b) los factores psicosociales pueden favorecer la aparición del trastorno o en su defecto atenuarlo o reprimir sus manifestaciones clínicas por lo menos en sus signos clínicos más floridos; c) los hallazgos en imagenología orientan pero hacia problemas en el funcionamiento interneuronal de la corteza prefrontal y alguna áreas del sistema límbico en específico el hipocampo; d) las especulaciones en cuanto la migración neuronal temprana, ahora se han convertido en hallazgos. Akira Sawa y Salomón Znyder reportaron recientemente en la revista *Science*, la existencia de la proteína Reelin, la cual tiene que ver con procesos de freno o “stop” en inglés, de los procesos de migración neuronal del cerebro. Los autores afirman a través de sus hallazgos que en la corteza prefrontal en sus interneuronas hay una deficiencia en la producción del neurotransmisor GABA, lo cual coincide en forma sorprendente con otro hallazgo que es encontrar niveles bajos de enzimas que sintetizan este neurotransmisor, en específico la descarboxilasa del ácido glutámico.

Hacia dónde vamos en el futuro de la esquizofrenia. La complejidad deriva de múltiples variables y de piezas del rompecabezas que no han podido encajar. Poco a poco, hemos podido eslabonar los descubrimientos neurobiológicos, con los neurofisiológicos como los arriba mencionados en el caso específico de la migración neuronal y las fallas enzimáticas, falta que estos eslabones encajen con las descripciones clínicas que sabemos son puntas del *iceberg*. Un grupo extenso de expertos, discuten con rigidez y responsabilidad científica la nueva clasificación de las enfermedades mentales entre la que se encuentra la esquizofrenia. Pero por qué los hallazgos de laboratorio aparentemente avanzan más rápido que los consensos que llevan a estructurar nuevas clasificaciones. A fin de cuentas los clínicos ven pacientes, su percepción de los hechos parte de una realidad basada en evidencias. Pero la verdad no es una ni otra, los hallazgos científicos pueden ser más contundentes por que se basa en hechos fehacientes, pero sólo abarcan partes del rompecabezas, el clínico ve la imagen completa pero carece de los instrumentos para ver el detalle del mismo. En este proceso debemos ser humildes, la realidad es que quienes tratan a los pacientes y se enfrentan al problema

de la esquizofrenia, no le es nada fácil, llegar a la conclusión que los tratamientos han mejorado en algunos aspectos, como son menor número de efectos colaterales y tiempos más cortos de las exacerbaciones del cuadro clínico son reales. Pero no todo es gloria en estos avances el fantasma de la obesidad y la diabetes mellitus ha aparecido en el horizonte, y este representa un nuevo reto a vencer en el corto plazo; primero con las medidas aparentemente fáciles de aplicar de control dietético y ejercicio, pero que entraña serias dificultades su desarrollo por el paciente, y segundo con el hallazgo de nuevos fármacos que se encuentran en fase dos y tres en Estados Unidos y Europa. Pero quizás el principal y más alto reto pero los investigadores en el mediano y largo plazo es encontrar la fórmula mágica para manipular el código genético para la desaparición de esta enfermedad de la faz de la tierra. ¿Se logrará? Les dejo la respuesta en sus manos, se logró con la viruela, casi lo logramos con la polio, enfermedades, y no síndromes complejos como la esquizofrenia que no es una enfermedad si no un grupo de enfermedades, un espectro de manifestaciones que nos ha tenido contra la pared hasta nuestros días. La tarea ha sido larga y compleja pero las convergencias y la complementariedad entre los diversos actores nos darán, estoy seguro, nuevas y contundentes respuestas a futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. Amer. Psych. Press, Washington, 1994.
- Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C. Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, de la Asociación Psiquiátrica Americana, Edición en México, 2000.
- Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. DSM – IV Tratado de Psiquiatría, de la American Psychiatric Press. Edit. Masson, Barcelona, 2001.
- Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry; Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Edit. Williams & Wilkins, Baltimore, 1998. Cassem NH, Stern TA, Rosenbaum JF, Jellinek MS. Massachusetts General Hospital. Manual de psiquiatría en hospitales generales. Edit. Harcourt Brace, Madrid, 1998.
- Organización Mundial de la Salud. CIE – 10 Trastornos mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ed. Meditor, Madrid, 1992.





Encuentro Franco-Carabobeño-Jalisciense.

El despertar histórico de las regiones





NÉSTOR DE LA PORTILLA GEADA

La psiquiatría de lengua española en un mundo globalizado

La psiquiatría de lengua española siempre ha sido un reflejo para decirlo eufemísticamente de la hecha en otros idiomas. En primer lugar de la francesa que durante un siglo fue el modelo a seguir, después este sitio fue compartido y al final cedido a la psiquiatría procedente de la otra orilla del Rin que tomó el mando hasta que la derrota de Alemania en la II Guerra Mundial desvió la balanza a la otra orilla del Atlántico.

Hasta ahí la historia de la psiquiatría seguía la tradición de la Medicina en general en la que siempre ha habido la preponderancia de un idioma sobre los otros así del griego pasó al latín, al hebreo y al árabe hasta volver al latín que mantuvo su liderazgo durante unos cinco siglos.

Los textos de psiquiatría se escribían en latín hasta bien entrado el siglo XIX pero ya empezaban a oírse voces que reclamaban el uso del idioma vernáculo para la publicación, entre ellos, Cullen quien acuñó el término neurosis en Gran Bretaña y Pinel en Francia considerado el padre de la Psiquiatría moderna. Antes que ambos, Paracelso había enseñado medicina en alemán en el siglo XVI.

Profesor de psicopatología y clínica psiquiátrica, Departamento de salud mental de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.

La psiquiatría francesa ejerció una influencia casi única en la de lengua española desde la época de Pinel hasta mediados del siglo XIX en que aparece Griesinger en Alemania con un pequeño texto que revoluciona el pensamiento psiquiátrico de la época en que afirma que las enfermedades psíquicas son enfermedades del cerebro rompiendo la tradición romántica de la psiquiatría germana.

Aun así en España y la América Latina, Francia seguía siendo el centro de los conocimientos en nuestra especialidad al extremo que el Profesor López Ibor llegó a afirmar “hubo una época en que la influencia de la psiquiatría francesa en la española fue casi exclusiva”(1) el Maestro francés Pichot era más drástico y afirmaba que la psiquiatría española del siglo XIX estaba completamente bajo la influencia de la francesa(2). En este lado del Atlántico, Juliano Moreira de Brasil, Gregorio Bermann de Argentina y Javier Mariátegui en Perú entre otros también señalaban este hecho.

Una prueba contundente de lo anterior es un análisis estadístico que hace Rey González de los libros y folletos psiquiátricos que se utilizaban como material de estudio en España durante el siglo XIX y demuestra que el 80 % era de origen francés. (3)

No obstante no existía una hegemonía absoluta de un idioma en la Ciencia, Don Ramón Santiago y Cajal hace poco menos de un siglo recomendaba a los investigadores españoles que leyeran en francés, inglés, italiano y alemán para estar al día y a mediados del siglo XX Solé Segarra aun recomendaba como imprescindible el conocimiento del alemán, francés e inglés a los psiquiatras en formación (4).

A finales del siglo XIX paulatinamente se comienza a notar un cambio en el liderazgo de las ideas psiquiátricas, estas pasan de Francia hacia Alemania aunque quizás sea más apropiado decir hacia los países de lengua alemana pues es menester incluir a Austria y a la Suiza germanoparlante.

En Venezuela en particular se expanden debido a los jóvenes médicos que se ven en la necesidad, por cuestiones políticas, de viajar a Europa o a los U.S.A., y por otro lado la llegada de los psiquiatras de la diáspora española al concluir la Guerra Civil. Con ellos llegan los conocimientos de las más prestigiosas escuelas psiquiátricas de Europa y Estados Unidos.

A nivel mundial se empieza a percibir un cambio en la dirección de las influencias en el campo de la psiquiatría y a partir de la Segunda



Guerra Mundial de forma paulatina pero creciente empieza a sentirse el peso de la psiquiatría de lengua inglesa en esa especie de alianza natural entre la psiquiatría americana y la inglesa.

Un hito esencial en esto fue la aparición del DSM III en 1980, hasta ese momento las anteriores clasificaciones de enfermedades que hacía la Asociación Americana de Psiquiatría tenían relevancia solo en esa nación, a partir de la tercera edición va a empezar a tener una expansión su uso en todo el mundo y llega a competir ventajosamente, si no a sustituir al ICD de la Organización Mundial de la Salud.

Su éxito a sido tal que se sabe que es el libro psiquiátrico más leído en todo el orbe solo amenazado por el *Compendio de Psiquiatría* de Kaplan y Sadock que ocupa el segundo lugar. En otros términos los dos libros psiquiátricos más difundidos en la actualidad son estadounidenses, ambos desde luego escritos en inglés aunque traducidos a los idiomas de mayor importancia.

Los dos primeros DSM que comenzaron a salir a comienzos de los años cincuenta del siglo XX apenas tenían impacto en la Psiquiatría de los Estados Unidos, a partir de la tercera edición se ha convertido en fundamental y a veces lamentablemente en el único texto consultado por los psiquiatras como comenta con cierta ironía el conocido psiquiatra español Carlos Castilla del Pino. (5)

Pierre Pichot lo señaló en el Prólogo de la primera traducción al español en el año 1983 cuando escribe “Cualquiera que sea la posición que uno adopte ante tal o cual concepción expresada en este volumen, ningún psiquiatra actual puede ignorarlas”. (6). Afirmación aún más válida para las siguientes ediciones.

Este mismo autor francés señalaba para aquella época que entre un cuarto y un tercio de los psiquiatras del mundo son de nacionalidad estadounidense y algo más significativo las tres cuartas partes de los recursos para investigación psiquiátrica son del mismo origen, nada hay que nos haga pensar que esa proporción haya cambiado de manera significativa aunque se sabe que la cantidad de “vocaciones” psiquiátricas en los Estados Unidos han descendido en los últimos años por causas que no son pertinentes discutir aquí.

El segundo texto más difundido el de Kaplan y Sadock en la séptima y hasta ahora última edición, de los cuatrocientos y pico colaboradores casi sin excepción son del entorno académico norteamericano y en su extensa bibliografía no se encuentra un solo texto en otro idioma que no

sea el inglés como bien señala un enjundioso análisis de esta obra hecha por Gustavo Figueroa y aparecido en la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría (7).

Otro texto con gran prestigio es el *New Oxford Textbook of Psychiatry* que apareció en el año 2001 y cuyos editores Michael Gelder, Juan J. López Ibor y Nancy Andreasen parecían que iban a llenar ese requisito de colaboración internacional en el mundo de nuestra especialidad, esa esperanza sucumbe ante el hecho de la desproporción de los orígenes de sus autores, de los 320 autores, 271 (84%) son de países en los que el inglés es la lengua oficial, solo 8, (2.5%) tienen como lengua materna el español, seis de España, uno de la Argentina y otro de Chile, las grandes psiquiatrías de otras épocas, la alemana y la francesa están representadas respectivamente por 13 (4%) y 6(1.8%) de los autores.

Ningún texto de diferente nacionalidad rivaliza en difusión e influencia con los anteriores, como ejemplo la IV edición de la prestigiosa *Psychiatrie der Gegenwart* (Psiquiatría actual) en su edición inglesa fue un rotundo fracaso editorial.

Los que nos formamos en la especialidad en el último tercio del siglo XX teníamos más variadas opciones, en nuestro propio ambiente lingüístico se escribían libros de gran calidad bástenos con nombrar la *Psiquiatría* de Honorio Delgado, los *Fundamentos de la Psiquiatría Actual* de Francisco Alonso Fernández, la *Psiquiatría* de J. A. Bustamante pero también Tratados europeos como el *Manual de Psiquiatría* de Henry Ey de Francia, la *Psiquiatría Clínica* de Mayer Gross, Slater y Roth de Inglaterra, así como excelentes aportes del mundo de la psiquiatría de lengua alemana, como son los textos de Bash, Lange, Bumke, Kolle, Jaspers y un largo etcétera.

En otro ámbito de la información psiquiátrica el panorama con respecto a nuestra lengua no es más halagador.

Para el año 1996 el porcentaje de publicaciones en Medicina por idiomas daba un 88.6% en inglés, 2.2% en alemán, 1.9% en francés, 1.2% en español, 0.6% en italiano y 0.1% en portugués. Lo más preocupante es que revistas de países no angloparlantes se comenzaban a publicar en inglés, por ejemplo el *German Journal of Psychiatry* se publica en ese idioma y el *European Journal of Psychiatry* publicación del Departamento de Psiquiatría de la muy española Universidad de Zaragoza nada menos que el Alma Mater de Cajal anunciaba en 2005 que la versión española de dicha revista dejaba de publicarse y sólo lo haría en su versión inglesa.



El órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras europeos llamado *European Psychiatry* se publica en inglés.

De más preocupación para nosotros y que nos debe encender las alarmas es que las excelentes revistas mexicanas *Salud Mental* e *Investigación en Salud* esta última de la Universidad de Guadalajara estén publicando artículos en inglés claro que la mayor parte del contenido está en español pero el hecho es que no admiten trabajos en ninguna otra lengua a pesar de la sólida formación francesa de sus dos directores.

La *Revista de Neuropsiquiatría* peruana fundada por Honorio Delgado y Julio Trelles que publicaba hasta hace poco las síntesis de los trabajos en español, inglés, francés y alemán ahora lo exige solo en los dos primeros idiomas, sin embargo comenzó a publicar artículos en inglés en Noviembre de 2003.

Posición opuesta en 180 grados la de la *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* cuyo editor expresa claramente “nuestra revista mantendrá su opción de acoger trabajos en español con resúmenes adicionales en inglés”. (8)

Otra importante revista latinoamericana, en este caso la Brasileña anuncia en 1996 que empezará a publicar artículos en inglés, (9) lo que levanta una sentida y fraterna advertencia en un editorial de la revista *Vertex* argentina. (10) tres años después la *Revista Brasileira de Psiquiatría* editada en San Pablo en un editorial manifiesta su intención de aumentar las publicaciones de trabajos en inglés y español, lo que da otra dimensión a esta situación, (11) al admitir otra lengua.

Un hecho alentador es que la importante *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental* también de Brasil publique artículos en portugués, español, francés e inglés abriendo cauces a la diversidad y a la oportunidad de conocer algo más que lo salido del mundo anglosajón.

Otra revista brasileña *Casos Clínicos em Psiquiatría* con una tirada de 5000 ejemplares y órgano divulgativo del Departamento de Psiquiatría y Neurología del Hospital de Clínicas de Minas Geraes acepta artículos en inglés y español.

Esta situación de que una revista de Psiquiatría salga en varios idiomas no es nueva en el mundo Iberoamericano, en el año de 1951, Gregorio Bermann de Argentina y Claudio de Araujo Lima de Brasil publican la *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, de vida efímera, en dos idiomas, español y portugués.

Del otro lado del Atlántico Ramón Sarró de Barcelona, España, edita en 1953 con el largísimo título de *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina* con el “propósito de establecer, mejor dicho, de intensificar un dialogo con los países de lengua afines”. (12). En dicha revista se publican trabajos en español, francés, portugués e italiano.

Lo que refleja lo anterior es que de una preponderancia lingüística que nunca fue total de los idiomas francés y alemán en el campo de nuestra especialidad se está pasando a una total hegemonía del inglés con todas las consecuencias que esto conlleva. La más evidente es que el investigador que no sea nativo de país angloparlante si no publica en inglés está condenado al aislamiento científico y a ser ignorado por sus pares, a este respecto la revista *Nature* publica un artículo que muestra como a un científico francés se le dificulta ascender si sus trabajos no son publicados en inglés. (13)

En cuanto a los que decidan traducir a ese idioma sus trabajos tendrán las desventajas de entrar en una desigual competencia con la todopoderosa industria editorial transnacional y sus cadenas de distribución como bien señala el director de investigaciones en Neurociencias del Instituto Nacional Ramón de la Fuente de México. (14).

Si alguna duda queda al respecto recomiendo leer los editoriales publicados por los editores del *British Journal of Psychiatry* (15) y del *Lancet* (16) así como el contundente trabajo de Patel. (17)

La difusión de los conocimientos también quedará comprometida. Hace ya muchos años cuando Hans Berger publicó en alemán su experiencia con la electroencefalografía hubo que esperar cinco años a que los “descubriera” Adrian Matthews autor inglés que escribió en la revista *Brain* refiriéndose a los trabajos de este.

Más cercano a nosotros, el médico venezolano Américo Negrete publicó sus trabajos fundamentales sobre la Enfermedad de Huntington en 1955, no fue hasta más de diez años después que se difundieron a nivel mundial, gracias a uno de sus alumnos que los presentó en inglés en un Congreso en los Estados Unidos. (18)

Otro ejemplo doloroso y cercano es el de la dermatóloga venezolana Imelda Campo-Aasen quien descubre el carácter macrofágico de las células del islote de Langerhans y lo publica en la revista española *Medicina Cutánea* en 1966, cuarenta años después ni se le menciona en las publicaciones especializadas. (19).



Si nos sirve de consuelo tal injusticia no es solo con los investigadores que hablan nuestra lengua, en 1996 la revista *Nature Medicine* publica una noticia impactante, que se refiere a un grupo de Baltimore que utilizando técnicas modernas como la Resonancia Magnética “descubre” un músculo, el esfenomandibular, que no había sido descrito en ningún texto de Anatomía del mundo anglosajón, solo se les pasa el detalle, puesto en evidencia por Groscurth y Flatau, que dicho músculo aparece bien descrito en el *Tratado de Anatomía* de Henle (alemán) y en el de Poirier y Charpy (francés) con más de un siglo de haber sido publicados.(20).

La suficiencia del inglés es tal que la Academia Americana que antes se preciaba de ser políglota, (recordemos el viaje de Freud a USA donde dio sus conferencias en alemán siendo entendido por la mayoría de la audiencia si creemos a su biógrafo Stone), cada vez se hace más monolingüe e indiferente con lo que se produzca fuera de sus fronteras.

Escudriñando en las secciones de revisión de libros del *American Journal of Psychiatry* y del *British Journal of Psychiatry* correspondiente a los años 2000 al 2004 encontré que el primero reseña 712 libros, la segunda 284, pues bien no hay un solo libro que no se encuentre escrito en inglés aunque algunos pocos son extranjeros casi todos referentes a aspectos históricos o literarios, lo que concuerda con un dato publicado por Fernando Navarro, de las 8,023 referencias bibliográficas incluidas en 400 artículos publicados en el *British Medical Journal* y en el *JAMA* entre 1980 y 1995 sólo 40 corresponden a artículos escritos en algún otro idioma que no fuera el inglés, para decirlo en porcentaje apenas el 0,5%.

En contraste la Academia Europea se angliliza cada vez más. En un alarmante trabajo de una profesora de la Universidad de Edimburgo nos refiere que la Asociación de Prensa alemana se queja de que el alemán se ha convertido en un idioma muerto para los científicos alemanes ocurriendo que la mayoría de las revistas científicas ahora se publican *exclusivamente* en inglés”.(21).(traducción mía). Cumpliéndose así lo que señalaba Janzarik con respecto a la psiquiatría de lengua alemana “de esta manera pasó a depender de la psiquiatría angloamericana, con respecto a los temas tratados y al idioma utilizado”.(22).

La investigadora de Edimburgo antes citada también acota que la mayoría de las revistas científicas alemanas solo aceptan trabajos escritos en ese idioma discriminando así a los que escriban en su idioma nacional.

Se llega a la conclusión que un trabajo que no esté escrito o traducido al inglés es completamente ignorado por la comunidad científica internacional.

Otros hechos son aun más significativos, hay estudios realizados en países no angloparlantes en los que demuestran que un mismo trabajo escrito en el idioma del país y en inglés es mejor evaluado en esta última circunstancias por la comunidad científica de ese país (23) (24).

Como bien dice Pérez-Rincón “la fuerza de los hechos ha llevado a que, en el imaginario colectivo, se considere que en nuestros días la ciencia solo puede expresarse en lengua inglesa” (25).

En otras palabras, el idioma inglés confiere por si solo una calidad mayor para los trabajos en esa lengua que para los escritos en cualquiera otra como bien lo expresa Fernando Navarro en un artículo que debiera ser discutido en todo el ámbito de la medicina y en especial de la psiquiatría de lengua española (26).

En la lista de revistas psiquiátricas del *Science Citation Index Expanded* de las 99 que aparecen, 85 son de países angloparlantes y entre ellas 45 de los Estados Unidos y 24 del Reino Unido, una sola es en español, las *Actas Españolas de Psiquiatra* mientras que en el *Social Science Citation Index* también aparece sólo una en español, esta vez *Salud Mental*, la prestigiosa revista mexicana dirigida por Héctor Pérez-Rincón.

De esta última, el destacado psiquiatra peruano Javier Mariátegui dice, *Salud Mental* integra el círculo, lamentablemente reducido de publicaciones latinoamericanas de revisión obligada por el estudioso de las neurociencia” (27).

Salud Mental comenzó a publicar artículos en inglés en 1997 y nada menos que el Dr. Ramón de la Fuente Muñiz figura destacadísima de la psiquiatría mexicana, recientemente fallecido, en un editorial en el XX aniversario escribía “tenemos la expectativa de que en un futuro no muy lejano la totalidad de la revista se publicará en inglés, siguiendo el ejemplo de otras publicaciones que han adoptado esa lengua hoy en día universal en el mundo de las publicaciones científicas”. (28)

Con todo el respeto que tengo para el Dr. de la Fuente Muñiz debo expresar mi satisfacción al ver que aun hoy día la mayoría de los artículos sigue publicándose en español como corresponde a una revista latinoamericana.

La hegemonía norteamericana es tal que en cuanto al factor de impacto, es decir las veces que un artículo o revista es citado en otros



trabajos que los dos primeros lugares pertenecen a sendas revistas de ese país, los *Archives of General Psychiatry* y en segundo lugar el *American Journal of Psychiatry*.

Pretender que escribiendo en inglés vamos a obtener mayor impacto en el mundo científico es ignorar que la competencia es sumamente desventajosa con respecto a las grandes industrias transnacionales con un poderío económico imposible de compensar por nuestra parte y estamos completamente de acuerdo con la afirmación de que “los países que tienen la hegemonía y que finalmente imponen las reglas del juego ponderan más los valores de competencia y penetración que los de generación sólida, parsimoniosa, integrativa y en una palabra epistemogénica de la ciencia”.(29)

Otro aspecto importante a tomar en cuenta ¿Cuántos de nuestros colegas psiquiatras pueden leer y comprender un artículo escrito en inglés? ¿Cuántos entender una conferencia en ese idioma? Y mucho menos entrar en una discusión con angloparlantes en condiciones mínimas de igualdad. Sabemos que la enseñanza de idiomas extranjeros en la educación primaria y secundaria en Latinoamérica ha sido un fracaso salvo excepciones lo que no nos sorprende teniendo en cuenta que así ha sido en otros continentes.

A este respecto se refirió el coordinador de las Residencias médicas del Instituto de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de Brasil al preguntarse “¿cómo un residente puede participar en club de revistas, y después de la residencia seguir programas de educación continuada sin saber inglés?, lo que infelizmente ocurre con muchos médicos” (traducción mía). (30)

Como consecuencia, la continua lectura de trabajos en inglés ya está influyendo en nuestro lenguaje, no es sólo el lamentable uso de términos ingleses como *moobing*, *craving*, *binge eating*, *bullyng*, *role playing*, *burnout*, todos los cuales tiene su perfecto equivalente en español, sino también la influencia en el uso de anglicismos ortográficos y léxicos en la adjetivación, en el abuso de la voz pasiva perifrástica y en un largo etc, lo que hace que si no ponemos remedio a tal dislate en unos años estemos hablando una especie de “spanglish” médico o un español con sintaxis inglesa como advierte Carlos Monsivais.

En otro orden de ideas se sabe que las revistas norteamericanas son más proclives a publicar trabajos en los que se demuestre una diferencia significativa que los que no la muestren, esto frena la publicación de

trabajos hechos en Alemania y otros países en que con mayor frecuencia se publican estudios en los que no se hayan diferencias significativas.

Esto señala el hecho de que además de la discriminación lingüística hay otra referida al resultado de los trabajos científicos, inclusive se ha llegado a hablar de racismo editorial. (31)

Es hora de empezar a plantearse cómo hacemos si queremos que nuestra psiquiatría latinoamericana siga siendo mestiza, social y crítica, como en genial síntesis la definió Renato Alarcón y no termine bajo la influencia homogenizante término que suena muy similar a hegemónico, como también señala el mencionado autor, de la Psiquiatría norteamericana y lo hacemos sin terminar en un asfixiante provincianismo como le cuestionamos a ésta. (32).

Revisando las instrucciones para los autores de diez importantes revistas psiquiátricas latinoamericanas nos encontramos que solo en una se hace referencia a que se debe tratar de utilizar bibliografía nacional, otra es más general y sugiere el uso de bibliografía en español (33) (34).

Un hecho positivo es la aparición en 2004 de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico auspiciada por la Asociación Psiquiátrica de América Latina, que ha despertado gran interés y no solo en el subcontinente.

Nos parece prometedor la reunión de directores de revistas de salud mental realizada en Ginebra en Noviembre de 2003, auspiciada por la Organización Mundial de Salud con el propósito de impulsar la investigación y la publicación en países de ingresos medios y bajos, habría que revisar a tres años de distancia cuantas de sus sugerencias se han puesto en práctica, debo añadir llama la atención la ausencia de los directores de las dos revistas de psiquiatría más difundidas que son norteamericanas, a pesar de que habían sido invitados. (35)

Por todo lo anteriormente expuesto creo imperioso que:

- 1-La Asociación de Psiquiatría de América Latina debe organizar un grupo de trabajo que se de a la tarea de “españolizar” esa enorme cantidad de términos ingleses o de cualquier otro idioma que se usan innecesariamente en nuestras publicaciones y que muchos creen les confiere mayor reconocimiento científico al utilizarlas.
- 2-Aumentar el número de revistas latinoamericanas en la Red que sean de acceso gratuito, así como en la actualidad lo son *Alcmeon* (Argentina), la *Revista Brasileira de Psiquiatría*, la *Revista Chilena de Neu-*



ro-psiquiatría, la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Investigación en Salud (México), aunque lo fueran en la modalidad en que lo son el *British Journal of Psychiatry* un año después de publicada o el *American Journal of Psychiatry*, dos años después.

- 3- Ya que parece indetenible la publicación en revistas latinoamericanas de Psiquiatría de trabajos en inglés, que también lo permitan en portugués y francés, que junto al español son los cuatro idiomas que se hablan en América lo que crearía espacios discursivos plurilingües en nuestra disciplina.
- 4- Buscar la manera de traducir apropiadamente trabajos relevantes de otros idiomas aparte de los ya señalados y publicarlos en nuestras revistas.
- 5- Que las revistas psiquiátricas de lengua española publiquen el contenido de otras de nuestra lengua como lo hacen entre ellas las principales publicaciones anglosajonas reforzando la circulación científica en nuestro idioma.

Solo así podremos alcanzar el tema de este Congreso que nuestra Psiquiatría sea una realidad y un compromiso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López Ibor J.J. Prólogo a la edición española. En: *Tratado de Psiquiatría* Ey.H.Bernard P.Brisset Ch., Toray Masson, S. A. Barcelona 1996 p.VII.
2. Pichot Pierre Century of Psychiatry Editions Roger Dacosta, Paris 1983 p.49.
3. Rey González citado en: Lázaro J. Historia de la Psiquiatría Española y Portuguesa En: *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*. Vidal G. Alarcón R Lolás F. (Editores). Buenos Aires Editorial Panamericana 1995.
4. Solé Sagarra, Leonhard K. *Manual de Psiquiatría*. Ediciones Morata Madrid 1953.
5. Castilla del Pino, Carlos. *El delirio, un error necesario*. Ediciones Nobel S.A. Oviedo 1998.
6. Pichot Pierre. Prólogo En: *DSM III Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson S.A. Barcelona 1983.
7. Figueroa, Gustavo. Kaplan's and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Seventh Edition. Comentario de Libros Rev. Chil Neuro-Psiquiat. Vol 40 No.3 julio 2002.
8. Nogales Gaete J. Opciones editoriales para una revista de neuropsiquiatría en Chile. Rev. Chil de Neuro-psiquiat. Vol 41. No. 1 Santiago 2003.
9. Mercadante M., Euripides M., Jair de Jesús M. Nova etapa na Revista Brasileira de Psiquiatría Vol 25 No.2. Junho 2003.
10. Stagnaro J.C. Editorial, Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría Vol XIV No.53 Sept/Oct/Nov 2003.
11. Jair de Jesús, M. Eurípides C. Miguel Filho. Editorial Revista Brasileira de Psiquiatría Vol 21. No.1 São Paulo Jan/Mar 1999.
12. Sarró Ramón. Estafeta Trasatlántica Latina. Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de

- Europa y América Latinas Tomo 1. No.7 1954.
13. Song F. Eastwood A.J. Gilboy S. Publication and related biases Health Technology Assessment Vol. 4 No.10 2000 p.17
 14. Pellicer, Francisco Traduzcámonos todos. Elementos, Ciencia y Cultura No.59 Vol 12 Julio-Septiembre 2005.
 15. Tyrer P. Combating editorial racism in Psychiatric publications Editorials Br. J. of Psychiatry 186 1-3 ,2005
 16. Horton R. Medical Journals: Evidence of bias against the disease of poverty Lancet 361 712-713 2003.
 17. Patel & Sumathripita. International representation in psychiatric literature of six leading journals. Br. J. of Psychiatry 178 pp.406-409 2001
 18. Okun, Michael, Thommi Nia. Américo Negrete (1924-2003) Diagnosing Huntington Disease in Venezuela. Neurology 63 2004 pp 340-343.
 19. Navarro F. El inglés, idioma internacional de la medicina *P@nacea*, Boletín de Medicina y Traducción Vol 2 No3 Marzo 2001.
 20. Navarro F. *Opus cit.*
 21. Erling, Elizabeth. English as a Language of the Academic Europa. University of Edinburg/ Freie Universität Berlin Post Graduate Conference Paper Sept 4 2002.
 22. Janzarik Werner. Prólogo a la edición española en :Temas y tendencia de la Psiquiatría alemana. Editorial Triacastela, Madrid 2001 p.11
 23. Nylenna, M. Riis, P. Karlsson Y. Multiple blinded reviews of the same two manuscripts. Effects of referee characteristic and publication language. JAMA 272 1994 pp.149-151.
 24. Vandenbroucke J.P. On not being born a native speaker of English. British Medical Journal 298 1989 pp.1461-2.
 25. Pérez Rincón Héctor. Conferencia Magistral Hispanofonía y difusión de la Ciencia. El destino de las publicaciones médicas en castellano. Salud Mental Vol 29 No.2 marzo-abril 2006-08-08
 26. Navarro F. *Opus cit.*
 27. Mariátegui Javier. Prensa Psiquiátrica Latinoamericana. Rev.neuro-psiquiatr , Lima. Tomo LXIII Sept/Dic 2000 No 3-4.
 28. De la Fuente, Ramón. Editorial XX Aniversario Salud Mental V.20 No.1.Marzo 1977 p.1.
 29. Pellicer Francisco *Opus Cit.*
 30. Elkis, Elio. Comentario Residencia médica: Competencias mínimas e psiquiatría moderna. Revista Brasileira de Psiquiatría Vol 21 No.3 São July/Sept 1999.
 31. Tyrer, P. Combating editorial racism in Psychiatric publications Editorials Br J of Psychiatry 186 2005 pp1-3.
 32. Alarcón Renato. La Psiquiatría en el Nuevo Milenio. Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol XXIX No 1 2000.
 33. Normas de aceptación de originales. Revista de Psiquiatría del Uruguay Vol 68 No. 2 Diciembre 2004 p.208
 34. Normas de Publicaciones, Instrucciones para autores. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana.
 35. Temas de actualidad. Rev Panam Salud Pública Vol 15 No.3 Washington Mar.2004



CARLOS ROJAS MALPICA
NÉSTOR DE LA PORTILLA GEADA

Bosquejo histórico de la psiquiatría en Carabobo. La Escuela de Valencia

INTRODUCCIÓN

De historia y lenguaje estamos constituidos. Ambos nos pre-existen y determinan en buena parte, aunque no seamos totalmente conscientes de ello. Es, por lo tanto, útil y necesario traer a la consciencia todo aquello que viene envuelto en las brumas para entregarlo a la reflexión lúcida que se piensa y asume a sí misma como parte de un proceso en evolución permanente.

Se supone que Valencia, la de Venezuela, fue fundada alrededor del año 1555, por el Capitán Alonso Díaz-Moreno, aunque otros atribuyen el acto fundacional al Conquistador Vicente Díaz Pereira, quien dos años antes fundó un hato en el mismo lugar. Lo cierto es que la Ciudad nace bajo el Imperio de los Austrias con el nombre de Nuestra Señora de la Anunciación de la Nueva Valencia del Rey, en un valle situado a medio día de camino de un poblado indígena asentado alrededor del Lago de Tacarigua. El actual Estado Carabobo formaba parte de la provincia de Caracas, posteriormente, de acuerdo a la Ley de División Territorial, se desmembra de la misma estableciéndose la provincia de Carabobo. Para 1863, El Gobierno Federal la transforma en el Estado Carabobo. La ciudad de Valencia fue capital de la nación en tres oportunidades:

la primera en 1812; posteriormente en 1830, al disolverse la Gran Colombia, y en 1858, cuando triunfó la Revolución de Marzo. El 24 de Junio de 1821 tuvo lugar la Batalla de Carabobo, comandada por Simón Bolívar y ejecutada por José Antonio Páez, con la cual se selló la independencia venezolana. Allí, el Gobierno Nacional hizo erigir en 1821 un monumento que se conoce como Campo de Carabobo.

Algunos autores hacen mención a la palabra Carabobo como proveniente de la lengua arauca: “Karau” significa sabana, “bo” quiere decir agua. El “bo” repetido actúa como superlativo. Mucha agua o quebradas. Así, Carabobo, significaría “Sabana de Quebradas”. De hecho, el campo inmortal está rodeado de muchas de ellas e incluso una se llama Carabobo. Otras versiones hablan de una pequeña palma extendida a las orillas de las quebradas que rodean al campo de batalla y en los ríos existentes entre Valencia, Puerto Cabello y otros estados vecinos. El nombre científico de dicha palma es *Dicranopygium rupestre*, y su nombre vulgar es Palma Carabobo, cuyo significado sería “Palma donde abunda el agua”, o “palma cercana a la abundancia de aguas”. Se puede aseverar que el fonema “Carabobo” es de origen indígena y la raíz “Kara o Cara” está relacionada con un vegetal o planta; según esto, es una palabra de origen caribe, los antiguos moradores de las tierras que actualmente ocupa el Estado Carabobo (1).

VALENCIA ENTRE CENSOS, MALDICIONES, DEGOLLINAS Y TIEMPOS DE PAZ

Lo que sigue podría asumirse como el primer episodio estresante en la historia de la ciudad. Para el año de 1561 pasa por estas tierras el vasco Lope de Aguirre, natural de Oñate, Guipúzcoa. Flaco, feo, cojo y manco, animado por una perversidad desconocida por los fundadores del poblado, luego de protagonizar una degollina en la Isla de la Margarita, en la que dio garrote hasta sus propios marañones, entró por el puerto de La Borburata, a siete leguas de Valencia. Los habitantes aterrados decidieron abandonar el poblado y refugiarse en las islas de la laguna de los tacariguas. Fue desde aquí que el *Tyrano* emitió su conocida carta al Rey de España, que algunos han novelado como la primera declaración de independencia: *A ti Felipe rey español te declaro enemigo mío cincuenta veces más enemigo que el ya muerto Pedro de Ursúa*. A los pocos meses el tirano Aguirre mata a su hija Elvira a cuchilladas y en el mismo acto



recibe dos disparos que le quitan la vida (2). Se dice que antes llamó come-arepas a los habitantes de Nueva Segovia de Barquisimeto, con lo cual también los definió a partir de un rasgo axial y vigente de nuestra gastronomía. Todavía los llaneros dicen ver su alma que como una bola de fuego arrasa los pastizales durante los ardidos veranos de la pampa venezolana.

Llega el año infausto de 1723 y la ciudad debe vivir un severo estrés psicosocial. El *Marqués del Valle Don Miguel Berroterán y el Sargento mayor Pedro Arias son excomulgados por disposición del Ilmo. señor Dr. Dn Juan Joseph de Escalona y Calatayud, Obispo de la Diócesis de Venezuela y del Concejo de su Magestad*. Los principales de Caracas se habían rebelado y no querían reconocer las órdenes provenientes de Santafé de Bogotá. La provincia de Valencia y cuatro leguas de contorno son declaradas en situación de *CESSATIO AD DIVINIS* y los contumaces, que tenían sitiada la ciudad, son puestos entredicho. Esta especie de maldición tiene graves y terroríficas consecuencias en la psiquis de los pobladores de Valencia, por cuanto:

- Dios abandona la provincia
- No se puede administrar la comunión
- Se cierran las puertas del templo y las campanas tocan a muerte
- Se agotan las hostias
- No se puede administrar la extremaunción

Los datos del episodio son de difícil lectura y no conocemos con precisión otros detalles, pero es seguro que la ciudad debió vivir momentos de verdadero tormento colectivo cuando cesó la protección divina (3). Para finales del siglo XVIII ya contaba la ciudad con casi cuatro mil habitantes.

El primer censo que se conoce de la ciudad, fue realizado en la “Matrícula que contiene el número de almas que se hayan viviendo en esta Ciudad de Valencia en las calles de norte a sur, hecha por el bachiller Pedro José Villamediana, cura rector decano de esta dicha ciudad para el presente año de 1790” con “3687 almas”, donde se da cuenta que: “casa de Ana Álvarez, viuda, cc José y Tomás. Agregados Isabel Matute, Esteban Barranco y Cipriana Álvarez. Hijo Francisco de Paula, fatuo oo”. En una ciudad poblada por almas, era fundamental

registrar aquellas protegidas por la sagrada comunión con el distintivo “cc”. El pobre fatuo Francisco de Paula, no lo estaba, y por lo tanto el cura Villamediana colocó “oo” a su lado. Seguramente es el primer registro de un enfermo mental en la ciudad, quien además estaba en grave riesgo de morir en pecado mortal, por lo que suponemos que el cura debió tomar las medidas preventivas necesarias para proteger su alma (3).

No duró mucho la valenciana paz del bachiller Villamediana. Apenas transpuesta la primera década del Siglo XIX comenzó la Guerra de Independencia se acabó el sosiego y se impuso la zozobra. En 1814 la ciudad debe vivir otro tormento. El jefe realista José Tomás Boves, al mando de un ejército de llaneros a los que había prometido igualdad y fortunas, tomó la ciudad y pasó por las armas a sus hombres principales. Para ello los convidó a una fiesta macabra y comenzó a fusilarlos mientras sus hombres tocaban el “piquirico” mientras obligaba a las mujeres a bailar a latigazos. El compositor francés Darius Milhaud dedicó el segundo acto de su ópera “Bolívar” al baile tenebroso de Boves en Valencia. El asturiano, temido por sus degollinas, murió ese mismo año en Urica, cuando cayó de su caballo, atravesado por una lanza republicana en una batalla que de todas maneras perdió el bando patriota. Todavía se le teme a su espanto y se le tiene por paradigma de maldad. “Más malo que Boves”, es expresión frecuente en Venezuela.

LA LLEGADA DE LA ILUSTRACIÓN

La Ilustración llegó a América de contrabando en los barcos corsarios de Francia. No sólo los libros, sino también las mercancías, ciencias e ideas estuvieron prohibidas. La prédica de libertad, igualdad y fraternidad era una amenaza cierta para las sociedades de castas de América. Pero la prohibición no pudo durar mucho porque la invasión napoleónica a España la permeabilizó más allá de sus fronteras. Los movimientos independentistas de América asumieron los ideales de la Revolución Francesa. Al final quedó una sociedad con una epidermis cubierta por los ideales de la Ilustración, pero no precisamente moderna. Sabemos que durante los Siglos XVIII y XIX circularon textos de importancia psiquiátrica por la América Hispana, la mayoría de ellos traducidos del francés al español o escritos directamente en español bajo fuerte influencia francesa, pudiéndose citar traducciones de Muratori, Pinel, Esquirol y Baillarger (4).



En Güigüe, un poblado situado muy cerca de Valencia, y en el territorio de lo que más tarde sería el Estado Carabobo, nació en el año de 1784 el Dr. Carlos Arvelo y Guevara. El Protomedicato le extendió el título de médico en enero 1809, en marzo del mismo año se recibió como Licenciado en Medicina y en 1810 como Doctor en Ciencias Médicas. En 1813 fue designado Médico Cirujano en Jefe del Ejército Libertador. Participó en diversos combates con arrojo y valentía, siendo herido de guerra en una oportunidad. En 1855 hizo parte de la Junta Superior para la abolición de la esclavitud. Se dedicó a la docencia y ocupó diversos cargos académicos, hasta llegar a ser Rector de la Universidad de Caracas en 1846. Escribió un volumen sobre Materia Médica que no llegó a ser publicado y un texto denominado Curso de Patología Interna que fue utilizado en Caracas y Bogotá (5). En éste último demuestra haber leído diversos autores, entre los cuales nos interesa destacar a Sauvages, Pinel y Cullen, a quienes estudia con detenimiento. He aquí algunas frases de dicho texto:

Neuroses (sic): Se comprende en esta clase las lesiones del sentido y del movimiento que no dimanen de fiebre o de afección local primitiva y que pasan, comúnmente, sin dejar vestigio de su existencia.

A propósito de Pinel: Pues que es necesario adoptar un método, daremos la preferencia al que adoptó el autor de la nosografía filosófica apoyado en las últimas nociones que se tienen relativas a la vida animal y orgánica y en esta conformidad, dividiremos con él la clase de neuroses en cinco órdenes, destinados el primero para las neuroses de los sentidos; e segundo, para los que afectan las funciones cerebrales...

..... Los progresos de un lujo enervante, la ociosidad, la comodidad, los regalos, el abuso de los licores fuertes y de alimentos estimulantes, las vigiliadas prolongadas...la intriga de los negocios, todo parece reunido para engendrar males de nervios en las grandes ciudades, para excavarlas hasta en los cimientos y hacer indispensable su ruina....

Las vesanias se caracterizan por lesiones más o menos notables de la percepción, de la memoria, del juicio o del discurso. Se tiene representaciones de objetos imaginarios, o se figuran de una manera que no existe. Se ven ideas inconexas,,,se excitan sentimientos y pasiones desusadas...ira, aversión, miedo y se expresan con gestos y movimientos fuertes, extravagantes, ridículos, o bien se adopta la taciturnidad o el quietismo más absurdo....

A propósito del cáncer: Por lo que respecta a las causas ocasionales, ellas se dividen en generales o tóxicas; las primeras son las pasiones tristes, los

pesares prolongados, el abuso de los placeres de Venus, el estado de celibato, la esterilidad.... (6).

Carlos Arvelo falleció en el año de 1862 en medio de un reconocimiento nacional. El Hospital Militar de Caracas lleva su nombre. Sin embargo, su obra sigue siendo poco conocida.

Si el primer registro de un enfermo mental en la ciudad lo hizo el Bachiller Villamediana en 1790, el segundo fue hecho por Arturo Michelena, el pintor más importante de Venezuela en el Siglo XIX. Michelena pintó una colección de cuatro “locos de Valencia” en 1878: Ño Manuel, El loco Carlos Muñoz, El Pigmeo Trinidad y la loca Teresa Ramírez. Cada uno de ellos representa una forma de locura y están pintados sobre un fondo de paredes mustias y descoloridas que de alguna manera recoge la atmósfera vital de los enfermos. Coinciden los cuadros de Michelena con la promulgación del Código Médico-Forense por parte del Congreso de los Estados Unidos de Venezuela, que en su Título IV, Sección Única, De las Afecciones Mentales, prescribía el comportamiento del médico en esas circunstancias (7).

En el año de 1892, el Presidente General Joaquín Crespo, luego del triunfo militar que lo llevó al poder, decide transformar el Colegio de Primera Categoría de Carabobo en la Universidad de Valencia. El primero ya había otorgado más de cien títulos de Bachiller en Filosofía, Licenciado y Doctor en Medicina y Derecho, Ciencias Eclesiásticas y Agrimensor Público. El primer Rector de la Universidad de Valencia, Dr. Alejo Zuloaga Egusquiza, es un egresado de esa institución. La sede de la Universidad fue fijada en el mismo lugar donde funcionaba el Colegio de Primera Categoría, es decir, la del Antiguo Hospital San Antonio de Padua, construido a mediados del Siglo XVIII y que luego fuera denominado Hospital de Caridad. El mismo lugar sirvió de sede al Congreso Constituyente de 1830 en que se separó a Venezuela de Colombia y se designó a José Antonio Páez como primer Presidente de la República. La psiquiatría se enseñaba en las Cátedras de Patología Interna, Clínica Médica y Fisiología e Higiene y, al igual que en Caracas, se utilizó el libro de Carlos Arvelo para la docencia. El hospital no contaba con un servicio especializado para psiquiatría o neurología (8, 9), para ello fue necesario esperar hasta 1936.



DEL ASILO DE ENAJENADOS A LA COLONIA PSIQUIÁTRICA DE BÁRBULA

El Presidente del Estado Carabobo, General Alejandro Michelena, crea en el año de 1936 el Asilo de Enajenados de Valencia. El acontecimiento coincide con la creación de instituciones similares en otras ciudades del país, aunque desde el Siglo XIX hubo establecimientos en Caracas y otras capitales (10). El primer director fue el Dr. Luís Rafael Briceño Dolande, pero también fue dirigido por los doctores Pérez Carreño y Francisco Ignacio Romero, aunque ninguno de ellos se dedicó a la psiquiatría como especialidad. El cuarto director fue el Dr. Pablo López Viedma, quien luego hizo estudios de especialización en la Clínica Neuropsiquiátrica del Hospital Provincial de Madrid. Fue por lo tanto el primer psiquiatra del Estado Carabobo y entre sus méritos se le reconoce la introducción de la terapia electroconvulsiva en Valencia (11).

Antes de la fundación del Asilo de Enajenados, algunos jóvenes de la ciudad ya expresaban inquietudes por la psiquiatría. El Dr. JM Hurtado Machado publicó un texto titulado *De la demencia senil* en 1909, siguiendo las ideas del inglés Henry Maudsley (12, 13). La Revista de Medicina y Cirugía de Caracas del año 1924 trae un artículo del médico valenciano Rafael Bellera Arocha titulado *Un caso de afasia y anacusis curado por psicoterapia* (13) y Carlos Ortega Gragirena presentó su tesis de Bachiller en Filosofía ante la Universidad Central de Venezuela con el tema *El Psicoanálisis (Freud, Adler y Jung)* en el año de 1936 (14). En el año de 1947 encontramos un interesante trabajo de JL Fachín titulado *Esquizofrenia y Psicosis Maniaco-Depresiva en los enfermos del Hospital Municipal Psiquiátrico de Caracas* (15). Es interesante reseñar que en el año de 1935 el psiquiatra valenciano, Rafael Lorenzo Araujo, especializado en la Escuela de López-Ibor en Madrid, organizó en Caracas un cursillo breve de psiquiatría para la Sociedad de Estudiantes de Medicina, quizás el primero que se dictó en el país (16).

En el año de 1951 se inaugura la Colonia Psiquiátrica de Bárbula, que llegó a ser uno de los centros psiquiátricos más grande y avanzado de América Latina. Contaba con talleres de laborterapia, cine, iglesia, campos deportivos, terrenos de labranza y cría de ganado, granja, además de un policlínico con diversas especialidades médico-quirúrgicas. Para su funcionamiento se convoca un grupo de psiquiatras venezolanos y

extranjeros para dirigir sus 20 pabellones de hospitalización. El primer Director fue el Dr. Cristóbal Masiá, experto psiquiatra y sanitarista venezolano. Posteriormente se le denominó Hospital Psiquiátrico “Dr. José Ortega Durán”. El Hospital se encuentra ubicado en un área al norte de Valencia. El nombre de Bárbula posiblemente deriva de Doña Barbola de Villegas, sobrina de Juan de Villegas, el conquistador que descubrió el Lago de Tacarigua. Los terrenos fueron admirados por Alejandro de Humboldt en visita que hiciera en Febrero de 1800, con una fascinada descripción en su obra *Viaje a las regiones equinocciales del nuevo continente* (10).

LA ESCUELA DE VALENCIA

Para el año de 1958 ocurre un acontecimiento político de extraordinaria significación. Es derrocado el régimen del General Marcos Pérez Jiménez y comienza una era democrática en el país. La Junta de Gobierno, presidida por el Vice-Almirante Wolfgang Larrazábal, acuerda la reapertura de la Universidad de Carabobo, que había sido clausurada en 1904 por el gobierno del General Cipriano Castro. La nueva universidad se crea con apenas tres Facultades: Medicina, Derecho e Ingeniería Industrial. El papel del Dr. José Solanes, psiquiatra venido del exilio provocado por la Guerra Civil Española, es fundamental en la conformación de la nueva psiquiatría carabobeña. Solanes funda en 1959 la primera Cátedra de Psicología Médica venezolana en cuya docencia se mantiene hasta su jubilación en 1982. Fue también el primer Jefe del Departamento de Salud Mental de la UC en 1979. La concepción que orienta la enseñanza está fundamentada en la antropología filosófica que ha aprendido al lado de sus maestros europeos, pero también y en la misma medida, por una voracidad epistemológica que lo lleva a acumular un denso saber autodidacta, que en conjunto se expresan como voz propia en su magisterio. El primero y único Postgrado de Psiquiatría dictado en la Universidad de Carabobo (UC), le cuenta entre sus profesores, al lado de Pablo López Viedma, Pedro Téllez Carrasco y Damián Morillas (discípulos de López-Ibor en Madrid), Rafael Betancourt Moreno (discípulo de López-Ibor en Madrid y del Benigno Di Tullio en Roma), Roman Prypchan (formado al lado de O. Pötz, sucesor en Viena de W. Von Jauregg) y Luís Basombrío (psiquiatra argentino de tendencia psicodinámica). Entre los



egresados de ese postgrado se encuentran Moris Alam Eljuri, Miguel Cerrolasa (luego Profesor de Psiquiatría en Canadá), Rui de Carvalho (combativo psiquiatra de lo social de origen portugués, Profesor de la UCV), Armando Molina Duarte (Premio Nacional de Psiquiatría), Félix Olaizola (Docente de la UC y autor de varios textos psiquiátricos), Flor Sifontes, Teófilo Rendón Suárez (docente de psiquiatría forense de la UC), Rodolfo Rodríguez García (docente y psiquiatra infantil), Manuel Urdaneta Bravo, Blas Valiente Sarría, Arturo Vera Farfán (profesor de psiquiatría en la Universidad San Marcos de Lima) y Darío Sánchez Medina (psiquiatra sanitarista) (10).

En el mismo año de apertura democrática ocurre la fundación del Capítulo Carabobeño de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría (27 de Septiembre de 1958), la cual funciona desde 1942. La primera Junta Directiva estuvo presidida por el Dr. Gustavo Andrade, acompañado por los doctores Pablo López Viedma y Rafael Betancourt Moreno, como Secretario y Vocal respectivamente. Al Capítulo le ha correspondido ser sede y organizar importantes eventos nacionales. En enero de 1967 tuvo lugar en Valencia, el II Congreso Venezolano de Psiquiatría y Neurología, con amplia participación de colegas venezolanos y de otros venidos de otras latitudes como Ramón Sarró (Español), Francois Tosquelles (Franco-catalán), Gregorio Bergman (Argentino) y Anne Ancelin Schutzenberger (Francia). En el XI Congreso Venezolano de Psiquiatría, celebrado también en Valencia, le correspondió al Capítulo dirigir y redactar las ponencias centrales del evento. En esa oportunidad recibimos la visita del Profesor Francisco Alonso-Fernández, Catedrático de Psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid. También el Capítulo Carabobeño ha organizado varias Jornadas Nacionales y otros eventos de carácter local o regional, casi todos con una fuerte impronta social y humanística. De los muchos profesores extranjeros que nos han visitado, además de los ya señalados anteriormente, es grato recordar a Ana Aslan (Rumania), Carlos Castilla del Pino, José Luís Ayuso, José Soria, José María Poveda, Enrique Baca (Españoles), Franco Basaglia (Italia), Michel Rutter Davies (Reino Unido), Silvia Bergman (Argentina), Arturo Campaña (Ecuador), Nelson Moreno Ceballos (República Dominicana) y Sergio Villaseñor Bayardo (México).

La Cátedra de Psicología Médica se nutre con profesores que ya estaban en el cuerpo docente de la Facultad de Medicina. La Cátedra

de Psicopatología comienza a funcionar en 1960, dirigida por el Dr. Julio Dittborn, un psiquiatra venido de Chile, luego por el Dr. Damián Morillas y posteriormente por el Dr. Félix Olaizola Rojas. Cuando la Facultad de Medicina se transforma en Facultad de Ciencias de la Salud, se crean los Departamentos Multidisciplinarios y se cambia el concepto de cátedra por el de asignatura. Solanes es electo por unanimidad como Primer Jefe del Departamento de Salud Mental, cargo en el que permanece hasta su jubilación en 1982. En el Departamento se integran las siguientes asignaturas: Psicología Médica, Psicopatología y Clínica Psiquiátrica para la Carrera de Medicina; Psicología, Psicología Evolutiva y Psicopatología, para la Carrera de Odontología; Psicología General para la Carrera de Bioanálisis y Psicología General y Psiquiatría para Enfermería. Se podría decir sin exagerar, que de alguna manera, el liderazgo de Solanes en el Departamento lo ejercía a través de su gestión magisterial, de tal manera, que todos los profesores llegaron a sentirse sus discípulos. El Dr. Rómulo Aranguibel Egui, quien regresó de París formado al lado de Jean Delay, falleciendo poco después de la constitución del Departamento, le trataba con especial consideración de profesor y maestro, pero casi lo mismo podría afirmarse de quienes sin ser sus discípulos directos colaboraban como profesores del Departamento: Pedro Téllez Carrasco, Roman Prypchan, Félix Olaizola Rojas, Maritza Salazar, Irma Romero de Hernández, Lino Rada Díaz, Guillermo García Natera, José Capote, Belkys Valeri de Blanco, Elías Jiménez Rabán y Gloria Rodríguez de Tovar. El Dr. Manuel Matute, quien fue su Secretario en la directiva de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría, y luego Presidente de la misma, también lo trató con consideración magisterial. Pero Solanes además, escoge entre quienes fueron sus alumnos y que luego egresaron como médicos de la UC, un equipo de colaboradores que se cuidará de formar con especial solicitud: Miguel Efraín Sedek, destacado psiquiatra y psicoanalista que sigue estudios en Francia con Pierre Pichot y Pierre Deniker, luego dirige la creación y consolidación de la Asignatura de Clínica Psiquiátrica, Carlos Rojas Malpica, quien hace estudios en Sevilla con Alonso-Fernández y ocupa la Jefatura del Departamento apenas se jubila Solanes; Vicente Pontillo Chavelli, también ocupa la Jefatura del Departamento y años más tarde, la Dirección de la Escuela de Medicina; Freddy Seidel Díaz, también con estudios en Francia y ex Jefe del Departamento, Eileen Celis de Oliveros, estudia Psicología Evolutiva en la Universidad de Nueva York



y luego coordina la Asignatura Psicología Médica; José León Uzcátegui, quien marcha a Canadá a realizar estudios de psiquiatría social en la Universidad de Mc Gill y llega a ser electo Secretario de la UC; Kalife Raidi Izaguirre, formado en la Università della Sapienza en Roma, en la Cátedra del Profesor Paolo Pancheri; Heberto Brett, quien adquiere su formación de psiquiatra en el Postgrado de la UCV en Caracas; Carmen Emilia Navas, formada como psiquiatra al lado de López-Ibor en Madrid; Giovanni Silva Bracho y Lisbeth Hernández Moreno, ambos con especialidad en psiquiatría en Madrid en la Cátedra de Francisco Alonso-Fernández y Zoraida Camejo Matute, con estudios doctorales en Psicofarmacología en Francia. Procedente de La Universidad del Zulia, y con una fuerte motivación por los estudios, se incorpora al grupo en los mismos términos que los colegas anteriores, Néstor de la Portilla Geada, quien luego irá a Londres para formarse al lado de Michael Trimble, destacado profesor británico de neuropsiquiatría. Con ese grupo se constituye lo que se denomina la “Escuela de Valencia”, con cuya denominación no queremos hacer expresión de jactancia ninguna, sino resaltar algunos rasgos peculiares que estructuran y dan un perfil característico a nuestras actividades, que enumeramos a continuación:

- No tiene intención de jactancia ninguna
- Intenta señalar algunos rasgos comunes en el grupo
- Definición por lo social
- Influencia de la antropología filosófica
- Relación esencial y no adjetiva con las humanidades
- Posición definida ante problemas nacionales y latinoamericanos
- Una mano amistosa tendida hacia Europa
- Rechazo de patronazgos hegemónicos, tanto geográficos, como de empresas farmacéuticas
- Definición latinoamericana de cuya savia se nutre y crece
- Estatuto crítico permanente

Nuevos jóvenes valores se incorporan en los últimos años. Entre ellos destacamos a los doctores Tadeo Medina, José Enrique González Lobeto, Rodolfo Pereira, Juan Luís Martínez, Carmen Delia Guédez, Wilfredo Hernández, Adele Mobilli Rojas, Tibaie González, María Elena Caudales, Gabriela Cedeño, César Marín, Dalia Unda, Sonia

Brown, Dinorah del Nogal, Rosmary Domínguez, Gerardo Rodríguez, Giuliana Olivieri, Juan Miguel Soto Sedek, Slavco Zupcic Rivas y Pedro Téllez Pacheco, la mayoría de ellos con avanzada obra escrita. La sombra de Solanes, fallecido en 1991, los acoge como generoso árbol arquetipal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaría de Comunicación e Información del Estado Carabobo. Reseña Histórica. Disponible en línea: <http://www.carabobo.gob.ve/index.php>. Consulta efectuada el 27 de diciembre de 2006.
2. Herrera Liduvina. Lope de Aguirre, Príncipe de la libertad. Un ente ficcional de Miguel Otero Silva. Disponible en línea: <http://www.ucab.edu.ve/ucabnuevo/index.php?seccion=143>. Consulta efectuada el 27 de diciembre de 2006.
3. Cubillán Fonseca Luís. Basílica Catedral Metropolitana de Nuestra Señora del Socorro de Valencia, Venezuela. Valencia: Consejo Legislativo del Estado Carabobo. 2005.
4. Rojas Malpica, Carlos; De la Portilla G, N; Villaseñor B, S. Historiografía de la psiquiatría latinoamericana. *Investigación en Salud*, 2002; 4 (3): 173-182
5. Arvelo Carlos. Curso de Patología Interna. Caracas, Imprenta de George Corser; 1839.
6. Congreso de los Estados Unidos de Venezuela. Código Médico-Forense. Gaceta Legal. Tomo I, 7 de Junio de 1878.
7. Díaz, Fabián de Jesús. Historia orgánica de la primera Universidad de Valencia (1893-1904). Valencia, Universidad de Carabobo; 1974, 146 págs.
8. Díaz, FJ. Los Hospitales de Carabobo. Valencia, Secretaría de Educación y Cultura del Estado Carabobo; 1980, 71 págs.
9. Álvarez Ricardo. La Psiquiatría en Venezuela. Caracas, Sociedad Venezolana de Psiquiatría; 2005, 335 págs.
10. Téllez Carrasco PJ. Historia de la psiquiatría en Carabobo (1951-2001). Universidad de Carabobo; Valencia, 2005, 180 págs.
11. De la Portilla, Néstor. Reseña histórica de las traducciones en psiquiatría. Universidad de Carabobo, Valencia; 2003, 100 págs.
12. Maudsley, Enrique. La patología de la inteligencia. Saturnino Calleja, Madrid; 1880, 615 págs.
13. Bellera Arocha, Rafael. Un caso de afasia y anacsis curado por psicoterapia. Revista de Medicina y Cirugía. Caracas, 30 de Diciembre de 1924.
14. Ortega Gragirena, Carlos. El Psicoanálisis (Freud, Adler, Jung). Tesis de Bachiller en Filosofía. Universidad Central de Venezuela, Caracas; 1936.
15. Fachín de Boni, JL. Esquizofrenia y Psicosis Maniaco-Depresiva en los enfermos del Hospital Municipal Psiquiátrico de Caracas. Anales del Colegio Médico del Estado Carabobo. Año III, Tomo V, Valencia, 1947.
16. Matute, Manuel. Un cursillo sobre psiquiatría en 1935. Arch. Ven. de Psiquiatr. Neurol. 50 (102), 2004: 8-9.



SERGIO ALTAMIRANO MORALES

Psiquiatría y carácter social en el México del siglo XX

Gracias a la amable invitación y a sugerencia de mi amigo y compañero: Sergio Villaseñor Bayardo, me presento ante ustedes, para intentar describir desde una perspectiva psicodinámica: la peculiar relación que parece haberse dado entre algunos rasgos de carácter social del mexicano del siglo XX y el quehacer psiquiátrico que en aquel entonces prevalecía en nuestro país; para ser más específicos: en la región central de nuestro país.

Si bien es cierto que el espectro de la transitoriedad inexorablemente derrota a la experiencia vivida, no por eso deja de tener validez el retornar los ojos al pasado, si de esta visión algo de nuestro futuro podemos llegar a predecir. No debemos descartar la probabilidad de que en pleno siglo XXI el ancestral simbolismo de los mitos, entre ellos el del eterno retorno, siga vigente en lo más profundo de nuestros corazones.

Antes de continuar, lo pertinente sería definir el concepto de Carácter Social.

Explorando el ámbito de la motivación inconsciente, Freud (1) llegó a postular su Teoría dinámica del carácter, entendiéndolo no como sinónimo de conducta sino como un sistema de impulsos, muchos de ellos inconscientes que forman la base de dicha conducta pero que no son idénticos a ella; que la forma en un individuo actúa siente y piensa

está determinada en gran medida por la especificidad de su carácter y no es simplemente el resultado de respuestas racionales a situaciones realistas. Reconoció que el estudio del carácter trata, como lo expresara Balzac de “Las fuerzas que motivan al hombre”.

En contraposición al concepto Freudiano de “carácter individual” que explica el por qué las personas que pertenecen a una misma cultura difieren entre sí, Fromm (2) desarrolla el concepto de carácter social, refiriéndose con este, al núcleo de la estructura de carácter que es compartido por la mayoría de los miembros de una sociedad dada, el cual es determinado por la influencia que dicha sociedad ejerce sobre los individuos inmersos en ella y cuya función consiste en moldear las energías de dichos individuos en forma tal que su conducta no implique una decisión consciente en cuanto a observar o no las pautas sociales, sino el deseo de actuar como tienen que hacerlo, al mismo tiempo que se obtiene satisfacción del hecho de actuar de acuerdo con los intereses y necesidades de la cultura.

En otras palabras: El individuo cree que está haciendo lo que quiere hacer, cuando en realidad está haciendo lo que tiene que hacer; esto, determinado por la súper-estructura ideológica de su sociedad.

Refiriéndonos al caso de México en particular ¿Cuáles serían los rasgos de carácter social inherentes a los mexicanos?

Hagamos un ejercicio de memoria histórica: Con la iniciación de la Independencia comienza una vorágine de violencia en nuestro país, que no verá su fin sino hasta 1929. Este es un período de destructividad endémica permanente con exacerbación esporádica (3). Es una época grave en que se emplean todos los sustantivos y apenas alcanzan: motín, asonada, rebelión, cuartelazo, insurrección. Republica Federalista, Centralista, Imperio, Dictadura.

Guerra contra los españoles, guerra entre los mexicanos, contra los norteamericanos, los franceses, los austriacos, para finalmente desembocar a partir del 20 de noviembre de 1910 en el episodio más sangriento que rompe todos los diques, perdiendo todo sentido de proporción al explotar en forma brutal la hostilidad acumulada y contenida tantos años y que es responsable de la muerte de millones de personas.

La estructura social que determina este período, necesariamente imprimirá en sus integrantes ciertos rasgos de carácter social, entre ellos: Una orientación oral receptiva con poderosas tendencias regresivas y simbióticas (4).



Pero además el intento de cambio de una sociedad agraria semi feudal a la modernidad, trastoca el orden establecido a lo largo de tres siglos de colonia que significó un sometimiento total a la idea de autoridad. Rota la relación armoniosa con dicha autoridad absolutista y ante el cataclismo de violencia y destructividad que se vive, el individuo habrá de desarrollar profundos sentimientos de desamparo, temor, incertidumbre, desvalimiento. Niall Ferguson (5) el historiador de Harvard explica cómo algunos de los grandes estallidos de violencia regional en el siglo XX al provocar la desintegración de una forma autoritaria de control, inevitablemente genera reacciones de miedo entre sectores de la población.

Como consecuencia de estos hechos, es muy factible que los integrantes de nuestro país, a partir de este momento histórico, hayan desarrollado merced a un mecanismo de identificación proyectiva, procesos de idealización de figuras paradigmáticas, que elevándose sobre la comunidad a manera de auxiliares mágicos transmiten la falsa sensación de protección, seguridad e identidad al individuo común.

No es baladí que Krauss (6) bautizara esta época como “El siglo de Caudillos”: “El padre de la patria” “El Siervo de la nación”, el patético espectro de “Su alteza serenísima” (quien al ser derrotado en San Jacinto por Houston, le lanzara esta frase: “Usted no ha nacido con un destino vulgar, a vencido al Napoleón del oeste”) (7). “El Benemérito de las Américas”, “El Varón de Cuatro Ciénegas”, “El Centauro del Norte” y tantos más.

Pero dentro de todos ellos sobresale tanto por el tiempo que duró en el poder, como por la profunda ambivalencia que genera en nuestros corazones, el oaxaqueño: Porfirio Díaz. En la cúspide del poder inaugura la Historia Mexicana del Siglo XX.

Paradigma indiscutible en ese momento, de las clases altas, con el se inicia una sutil red de interconexiones psíquicas que alguna huella dejaran en los rasgos de carácter social del mexicano. Es de conocimiento general la profunda admiración que el anciano general sentía por la cultura y el modo de ser francés; no es de extrañar pues que bajo la mirada patriarcal del general, la influencia del modo de ser francés invadió a México y a los Mexicanos, en el ámbito de la construcción, la moda, la literatura, las ciencias, las artes plásticas, incluso el arte culinario.

Fueron precisamente las fiestas del centenario, las que sirvieron de marco para la inauguración del primer gran centro nosocomial

psiquiátrico en nuestro país: el antiguo manicomio general de la Castañeda, cuya construcción y funcionamiento se inspiró en los grandes centros nosocomiales de Francia, evocación de la Salpêtrière. Dicho centro funcionó hasta 1967, siendo su último director el Dr. Agustín Caso y llegó a albergar hasta más de 3,000 pacientes.

El rasgo de carácter social, de admiración hacia Francia, desarrollado en este período hizo que mucho intelectuales mexicanos viajaran a dicho país a perfeccionar sus estudios, contándose entre ellos los destacados psiquiatras mexicanos: Dávila, Millán, Ramos Contreras, Ramírez Moreno. Hacia 1934, y a inspiración de algunos de ellos, se consolidó la cátedra de psiquiatría en la facultad de medicina de la UNAM; se impartieron seminarios donde se leían y comentaban las obras de Freud y empezaron a publicar trabajos de la especialidad en diversas revistas médicas.

Al superar la época revolucionaria, las figuras de caudillos fueron sustituidas por lo que se denominó una “Dictadura de Estado”. Un solo grupo de poder político gobernó al país durante setenta años y la figura del señor presidente omnipotente y toda poderosa sustituyó a las antiguas figuras patriarcales.

Fue precisamente a finales de 1965, durante el período presidencial de uno de los más controvertidos mandatarios, que un secretario de salubridad, por primera vez, realizó un visita al manicomio general, cuya población en ese momento era 2,800 pacientes. Rafael Moreno Valle, médico militar, que era ese secretario, impresionado por el mal estado de las instalaciones, muchas de ellas en ruinas y su deficiente funcionamiento, dictó la orden perentoria de cambiar esa situación. El resultado fue que dos años después, se inauguró el nuevo hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con una capacidad de 600 camas, un hospital infantil, tres hospitales campestres y otro más en Tizayucan, Hidalgo.

Datos curiosos: el hospital Bernardino Álvarez planeado originalmente para ser una estructura horizontal, hubo de construirse como edificio vertical dadas las limitaciones del predio que le fue concedido. Cuando los niños desnudos, desnutridos y abandonados fueron trasladados con gran pompa al nuevo hospital infantil Juan N. Navarro vestidos con flamantes ropas, ante el estupor de algunos invitados que los observaban, más tardaron en llegar que en deshacerse de sus ropas para retornar a su acostumbrada desnudez.

A punto de ser inaugurado el hospital campestre “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, el Dr. Guillermo Calderón Narváez, en ese momento director de salud mental, aterrado recibió la noticia que al pabellón de reos y agitados de dicho hospital serían trasladado un grupo de pacientes incontrolados desde hacia muchos tiempo. Intentando evitar cualquier problema que rompiera el protocolo del acto inaugural al que asistiría el primer magistrado; instruyó al director del hospital para que administrara una poderosa dosis de un neuroléptico con grandes efectos secundarios para evitar cualquier trasgresión al orden. (8)

Si en este momento histórico el país era dirigido por un grupo de poder político y figuras presidenciales omnipotentes y todo poderosas frente a un colectivo social de rasgos oral receptivos; la practica de la psiquiatría por una curiosa coincidencia o debido a la manifestación de ciertos rasgos de carácter social, ¿Compulsión a la repetición?, en gran parte estaba también determinada por grupos de trabajo y también de poder y por la influencia de las grandes figuras de la especialidad, que en ese momento usufructuaban el monopolio del prestigio y del poder.

A partir de 1947 un grupo de médicos mexicanos se trasladó a Estados Unidos de América, Argentina o Francia a consolidar su formación psiquiátrica y psicoanalítica. A su regreso al país hacia 1954 formaran un grupo de trabajo y también de poder y más tarde su propia asociación: “La Asociación Psicoanalítica Mexicana” (9).

Desde la sexta y hasta la novena década del siglo XX, fueron también dos figuras descolantes en el campo de la psiquiatría y el psicoanálisis, quienes marcaron la ruta del quehacer psiquiátrico en nuestro país.

El Dr. Eric Fromm, psicólogo, sociólogo, filósofo, y psicoanalista formado en el Instituto Psicoanalítico de Berlín, autor de varios libros, muchos de ellos Best-Seller en Norteamérica; se instaló en México desde 1950 hasta 1970; rodeado de quienes fueron sus primero discípulos, todos ellos destacados psiquiatras, como los viejos profesores Dávila, Millán y Gonzáles Enríquez, el talentoso Aniceto Aramoni, los médicos militares recién retornados de la Clínica Meninger, Silva y Jorge Velasco, éste, más tarde, alto funcionario de la OMS, y el Dr. Ramón de la Fuente Muñiz, fundó el primer curso de psicoanálisis avalado oficialmente por una universidad

Con otros médicos psiquiatras y psicoanalistas, recién llegados de Argentina: Santiago Ramírez, Ramón Parres, se intentó la Fundación de una sociedad, quedando finalmente agrupadas en dos Asociaciones

paralelas la APM, y la Sociedad Psicoanalítica Mexicana presidida por Fromm y más tarde por De la Fuente.

En 1963 se inauguró el nuevo edificio del Instituto Mexicano de Psicoanálisis y en 1965 editada por el Fondo de Cultura Económica salió a la luz la revista de Psicoanálisis Psiquiatría y Psicología cuyo editor fue el Dr. De la Fuente.

La recia personalidad de Fromm los nuevos libros que publicara, entre ellos, el Socio psicoanálisis del Campesino Mexicano, las concurridas conferencias que anualmente pronunciaron él y sus discípulos, generaron en un sector numeroso de la población la idealización del psiquiatra y la psiquiatría más aun si se trataba de un psicoanalista, pues asistir a su consulta se consideraba no un estigma sino un signo de distinción y de cultura.

Esta situación alcanzó su apoteosis cuando en 1968 se realizó en la Ciudad de México, presidido por Fromm, el II Congreso Mundial de la Federación de Sociedades Psicoanalíticas.

Al retirarse Fromm de este país no se sabe bien si por motivos de salud o decepción; en el campo del quehacer psiquiátrico, surge descollante la figura del Dr. Ramón de la Fuente Muñiz, que en muy poco tiempo alcanzó la cúspide de la fama y la popularidad. Fundador del Departamento de Psiquiatría del Sanatorio Español (10), sustituye a Millán en la Facultad de Medicina de la UNAM, ostentando el nombramiento de Profesor en Jefe de las Cátedras de Psiquiatría y Psicología Médica; asume también la Dirección de los cursos de Postgrado de Psiquiatría, que habrá de rediseñar, fundando también la Maestría y el Doctorado de dicha especialidad.

Da a luz y obtiene varias ediciones de su libro: "Psicología Médica", texto obligado en muchas Facultades de Medicina. Se convierte en Jefe del Departamento de Psicología y Salud Mental de la UNAM, logrando le sea construido su propio edificio.

Bajo su inspiración funda la hoy poderosa Asociación Psiquiátrica Mexicana, en la que curiosamente por algunos años, las prácticas para elección de directivos, hacían recordar el sistema de elección presidencial tan socorrido en nuestro país. Funda la revista psiquiatría, de la que fue Director Emérito.

Funcionario en la Secretaría de Salubridad; Asesor de Instituciones como el IMSS y el ISSSTE, logra conseguir que la Ciudad de México sea nombrada sede para el V Congreso Mundial de Psiquiatría que se



lleva a cabo con todo éxito y la asistencia de miles de psiquiatras de todo el mundo en 1971. No satisfecho encauza su energía y esfuerzo a su gran proyecto: la fundación del Instituto Mexicano de Psiquiatría que hoy lleva su nombre.

Es legítimo afirmar que la influencia del Dr. De la Fuente en la psiquiatría y el quehacer psiquiátrico en nuestro país, fue masiva y muy importante.

Como uno de sus alumnos lo comenta (11) “Tal como lo señalaba el maestro Ramón de la Fuente, la psiquiatría tiene por propio derecho, un lugar dentro del universo clínico de la medicina, y su interacción con otras ramas médicas surge más de manera natural que impuesta. Los psiquiatras somos, por lo tanto médicos, con los mismos derechos y atributos que cualquier otro clínico”.

Unos renglones antes, este mismo articulista dice: “Podría todavía resultar sorprendente para algunos colegas de otras especialidades, el acudir a una sesión bibliográfica o clínica encabezada por psiquiatras y percatarse de que los tópicos en discusión tendrían más que ver con conceptos derivados de la biología molecular, la neuroquímica, la genética que con conceptos subjetivos, complejos e intangibles como por ejemplo algunos de los propuestos psicoanalíticos Freudianos que tanto estigmatizaron a la psiquiatría durante varias décadas del pasado no tan lejano”. Me pregunto serán acaso estas ciertas resonancias maniqueístas. Tendrán que ver estos juicios con la ciencia o con la ideología.

Para terminar solo esta cuestión: La influencia de estos personajes que acabo de mencionarles, habrá llevado a tener algún ascendente sobre el carácter social y la ideología de los psiquiatras que venimos del siglo XX.

Creo que la respuesta esta en vuestra imaginación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. S. Freud. Obras Completas T. IX p. 149 Amorrortu ED. 1976
2. E. Fromm “Mas allá de las cadenas de la ilusión” p. 85 y sigs. Ed. Herrero Hermanos. 1964
3. A. Aramoni “Psicoanálisis de la Dinámica de un Pueblo”, B.Costa Amic Edit. México 1965
4. Alfonso Millán “Los sueños y las pautas socio-culturales” en Rev. De Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología F.C.E. México. Enero-Abril 1966 p. 62 y sigs.
5. Ferguson Niall en “The Next War of the World” Foreign Affaire Sept. /Oct. 2006
6. E Krauss “El Siglo de Caudillos”, FCE Méx. 2004
7. Alfonso Toro Historia de México T III p.487



8. Calderón Narváez Guillermo en *Psiquis* (México) Vol. 4 No. 3 1995 p. 40 y sigs.
9. Alfonso Millán “El Desarrollo de la Sociedad Psicoanalítica Mexicana y del Instituto Mexicano de Psicoanálisis” en *Rev. De Psicoanálisis Psiquiatría y Psicología FCE*. México sep./dic. 1965 p.5
10. Medina Mora Ma. Elena. Edit. En *Psiquis* Vol. 15 No. 1 2006 p.1
11. Díaz Anzaldúa Alejandro Edi. En *Psiquis* Vol. 15 No. 3 2006 p.63



IGNACIO RUIZ LÓPEZ

Los tratamientos psiquiátricos en México del siglo XVI al siglo XX

Actualmente la psicofarmacología nos brinda una visión muy diferente de los trastornos psiquiátricos y sus consecuencias, haciéndonos olvidar los grandes sufrimientos por los que atravesaron los enfermos mentales en la antigüedad y de las dificultades de su manejo y también nos hace reflexionar sobre la visión y juicio al que seremos sometidos en los años venideros del momento histórico que nos ha tocado vivir.

La medicina practicada en la antigüedad puede ser investigada, y así lo ha sido, mediante el estudio de dos tipos de fuentes: las arqueológicas y las documentales, siendo las últimas las más usadas en estos casos.

Se han escrito una gran variedad de textos a raíz de la invasión española, los más recurridos son los elaborados por los llamados cronistas o historiadores, fueran soldados o frailes. Los consignaron en náhuatl (transcrito con letras latinas) o español y contenían lo observado por ellos mismos o lo que transmitieron los indios a los españoles, que narraron sus creencias y sus historias bajo el peso de la sumisión. Esto último nos hace dudar sobre la veracidad de los documentos, ya que es muy difícil concebir que los indios vencidos transmitieran con plenitud sus más precisos conocimientos, o que en el peor de los casos los cronistas no tuvieran la capacidad para comprenderlos.

Pero, a pesar de esto, no puede dejar de considerarse que los sabios de esa época –o aun más, de los siglos anteriores– y de esta tierra, con el objeto de preservar sus verdades, hicieron permanecer entre tales adulteraciones u omisiones, textos - y figurillas - esenciales que las contuvieran y conservaran para el conocimiento de los tiempos posteriores.

Es así que obras de valor histórico en el arte de curar como las del doctor Monardes, las del protomédico de las indias Francisco Hernández y el Códice Badiano; destacando las diversas plantas empleadas en el tratamiento de variados trastornos mentales y neurológicos, se constata que los médicos de aquellos tiempos crearon un sistema de clasificación diagnóstica, tenían tratamientos bien establecidos y empleaban una técnica válida y eficiente para su época y contexto.

Sabemos que los aztecas conocieron y describieron numerosas enfermedades mentales como es el caso de la locura, dividiéndola en furiosa o tranquila, delirante o depresiva recomendando como tratamientos jugos, fumigaciones con preparados de tejidos y excrementos de ocelotl, agregándole ciertas resinas y untándolas en el cuerpo. Bebían la piedra quiauhtecuitlatl en agua fría cuando parecía que empezaban a “enloquecer”. Inhalaciones de humo, mezclas de sustancias machacadas en la cabeza de los “enajenados”, tabaco como tranquilizante, para dar ánimo y sueño. Infusiones de *tagetes lucida* junto con poztecatli con texioquahitl para lavar las piernas de los “dementes”. La espuma de agua, la planta que huele a quemado, la flor nocturna, la piedra de quiauhtecuitlatl, el pulque en casos especiales; los hongos, el peyote, yerba de víbora verde o ololiuhqui también ocupaban un lugar dentro de los tratamientos en algunos casos cuando el médico no tenía un diagnóstico claro administraba a los enfermos o él mismo se ponía en estado de trance y en este estado diagnosticaba. Las puntas de maguey y algunas espinas también eran utilizadas con técnicas que nos recuerdan el uso de la acupuntura oriental. Finalmente el Temazcalli era recomendado para el tratamiento de múltiples enfermedades.

Durante los siglos XVII, XVIII y XIX las mejores referencias sobre estos tratamientos las obtenemos de los dos hospitales más importantes en México: San Hipólito (hospital solo para varones) y el Divino Salvador u Hospital de la Canoa (exclusivamente para mujeres “dementes”), es así que con la aparición del tratamiento moral, la minimización del estigma de los enfermos, la creciente sensibilización por mejores condiciones de



vida e higiene, el interés por que los enfermos realizaran actividades constantes y creativas así como las diferentes tratamientos que se tenían a disposición en esa época (por ejemplo: aislamiento, restricción física, alimentación forzada, hidroterapia, aplicación de corrientes ascendentes y descendentes). Los revulsivos cutáneos –agentes por medio de los cuales se provoca una irritación local con el objeto de desalojar una irritación morbosa” llevaron al uso de vejigatorios, moxas, sedales, unciones de pomadas estibiada (hechas de amonio y cauterio), sinapismos (tópicos hechos de polvo de mostaza) estando el cauterio fuera de uso en este siglo prácticamente. La farmacoterapia se podía encontrar el uso del opio ya fueran en extracto o como fórmula base de láudalo, la morfina y la narceína. Los anestésicos como el cloroformo y el éter sulfúrico en forma de inhalaciones o por la vía oral. El cloral para las excitaciones motrices o el insomnio, los antiespasmódicos como el almizcle, el castoreum, el ámbar gris, la valeriana, la asafétida, el valerianato de amoniaco, el bromuro de potasio, las solanáceas como la belladona, el beleño, el estramonio –estos dos en el principio *similla similibus* homeopático. El sulfato de quinina y los antimoniales como el quermés, el tártaro emético, tártaro doble de antimonio y potasa, la mezcla de óxido de antimonio y sulfuro, y antimonio de potasa. Los purgantes fueron el sulfato de magnesia, el sulfato de sosa, el cocimiento de tamarindo y el jarabe de azúcar; los mecánicos como el aceite de ricino, la manteca, el aceite de croton, acíbar, jalapa (sola o mezclada con calomel) y el eléboro pudiéndose usar también como lavativas. Los hemagogos utilizados eran el apiol, la sabina y el áloe. El Yoduro de potasio -solo o combinado- con los mercuriales se llegó a considerar como “piedra de toque” en todo tipo de enfermedades y por último de este grupo los arsenicales. Otros tratamientos incluían a la digital, el café, bebidas alcohólicas (aguardiente o alcohol ordinario) – estas últimas eran dadas a los alcohólicos en especial cuando presentaban melancolía. Los ferruginosos, los hipofosfitos y la coca fueron utilizados como excitadores de la nutrición. Pese a las múltiples deficiencias que pueden constatarse es importante destacar que durante este período predominó el interés por mejorar en su conjunto, todas las situaciones de los enfermos mentales.

En el siglo XX con la creación del Manicomio General de la Castañeda en 1910 volviéndolo la institución líder en asistencia, docencia e investigación de las enfermedades mentales hasta finales de

los años cincuenta, cuna de la formación de los grandes maestros de la psiquiatría mexicana del siglo XX. Es así que durante los años veinte México recibió la visita de grandes maestros europeos como son la de Emil Kraepelin –el 9 de mayo de 1925- y de Pierre Janet en agosto de ese mismo año. La llegada de los médicos españoles trasterrados a finales de 1939 y principio de 1940, enriqueció a la medicina mexicana y en especial a las neurociencias. Otro extranjero que hizo escuela en México fue Erich Fromm a partir de 1949. Gracias a la introducción de psicofármacos como fueron los primeros antidepresivos, neurolépticos y tranquilizantes aunado a la terapia electroconvulsiva se inició una nueva época de la psiquiatría, quedando relegados tratamientos como el coma insulínico, la gasoterapia y la lobotomía.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Ruiz LI, Morales HD. Los tratamientos psiquiátricos en México durante el siglo XIX. Arch Inst Nac Neurol Neurocir (Mex) 1995;10:74-81
- Ruiz-López I, Morales-Heinen D. Tratamiento de las enfermedades neurológicas y psiquiátricas en la medicina del México Antiguo. Arch Neurocién (Mex) 1998; 3: 47-52.
- Ruiz LI, Morales HD. La obra de Emil Kraepelin y su influencia en México, a setenta años de su muerte. Arch Neurocién (Mex) 1996; 1:196-197
- Ruiz LI, Morales HD. Los primeros años del Manicomio General de la Castañeda (1910-1940). Arch Neurocién (Mex) 1996; 1: 124-129.



Conferencias magistrales





JEAN GARRABÉ DE LARA

Historia conceptual de la histeria

Puede sorprender que os invite a reflexionar sobre la historia de una enfermedad que ha desaparecido a fines del siglo XX, al menos bajo el nombre de “histeria” con él que se la había conocido durante milenios. Pero precisamente examinando cuales han sido las denominaciones utilizadas por los médicos al largo de los tiempos podemos ver a qué concepciones teóricas de los fenómenos observados se ha llegado en la medicina propia a cada cultura. Me limitaré por necesidades de tiempo a la medicina de la cultura judeocristiana a pesar del interés que representaría el estudio de los conceptos correspondientes con los de las medicinas asiáticas, sobre todo en la corriente budista, o aquí en México en las culturas precolombianas.

LA MEDICINA FARAÓNICA Y EL DIOS THOT

Todos los historiadores de la medicina nos dicen que se menciona por primera vez la histeria en el papiro hallado en Kahoum que se fecha de 1900 a.C. En este texto de Egipto faraónico sobre *Las enfermedades de la mujer* se describe un sofoco de que sufren algunas de ellas y que se debe a movimientos de la matriz. Se recomienda tratarlo con fumi-

gaciones de ciertas sustancias aromáticas por la vulva. Otro papiro, el Ebers, aconseja “para hacer volver la matriz a su sitio colocar un ibis de cera sobre carboncillo haciendo entrar el humo por la vagina”. Hay que recordar que el ibis personifica a Thot, dios varón de los más poderosos, inventor de la escritura, Dios de la sabiduría y médico de los demás dioses. Este tratamiento mágico-religioso indica que la agitación de la matriz que provoca el sofoco debe entenderse más a nivel simbólico que anatómico.

LA HISTERIA EN EL CORPUS HIPPOCRATICUM

En varios de los textos del Corpus hippocraticum, que no todos deben atribuirse al propio Hipócrates como *De morbis mulierum* encontramos descripciones de este sofoco bastante semejantes a la que habían hecho quince siglos antes los egipcios; los griegos emplean la palabra “histeria”, de útero, raíz etimológica que han conservado las lenguas modernas para designarlo. Naturalmente la medicina hipocrática que piensa que las enfermedades son fenómenos naturales no recurre para tratarlo a métodos mágico-religiosos. Podría ser, sin embargo, el equivalente de Thot, Apolo, Dios de la medicina y padre de Asclepios o Esculapio en cuyo templo de Epidaura se practicaba la oniromancia.

No me extenderé más sobre la histeria en el Corpus hippocraticum porque sé que ha sido estudiado por distinguidas investigadoras del Instituto de Historia de la Medicina de México.

Platón (428-347.8 a.C.) que como sabéis funda su visión antropológica en la medicina hipocrática ha propuesto una concepción filosófica de la histeria. Para él el útero es como un ser vivo, un animal, deseoso de engendrar. Cuando a pesar de circunstancias favorables no lo logra se irrita y pone todo el cuerpo en el mayor peligro. Podemos interrogarnos sobre la reaparición al menos en parte de esta concepción con el neoplatonismo que marca el Renacimiento con Marsilio Ficino (1433-1499) y la época barroca con Sor Inés de la Cruz (1651-1695).

No hablaré de los otros médicos de la antigüedad precristiana que siguen la opinión de la escuela hipocrática. Pero recordaré que pensadores como Marcus Tullius Cicero (106-43 a.C.) un siglo antes de Cristo habían empezado a filosofar sobre las pasiones que agitan la mente de los seres humanos, tanto de los hombres como de las mujeres, y a menudo se apoderan de ella.



EL INICIO DEL CRISTIANISMO EN EL MEDITERRÁNEO

Con Sorano de Efesio, el “*medicorum princeps*”, que ejerció en Roma siendo emperadores Trajano y Adriano, o sea a principios del segundo siglo después de Cristo, empieza el conocimiento científico de la anatomía y fisiología del aparato genital femenino. Sorano niega que el útero pueda desplazarse dentro del cuerpo de la mujer; para él el sofoco histérico se debe a una constricción de la matriz que se generaliza al cuerpo entero”.(1)

Galeno (131?-201?) que conocía el tratado de Sorano sobre las enfermedades de las mujeres no compartía la opinión de éste y su autoridad tuvo mayor impacto en la medicina medieval.

Él desarrolló el Cristianismo en el mundo mediterráneo que culminó con su instauración como religión oficial del Imperio romano con Constantino el Grande (237-337) va a modificar la visión de las relaciones entre el cuerpo y el alma, entre el amor físico y el amor espiritual.

En sus *Confesiones* San Agustín (354-430) nacido en Numidia, actualmente en Argelia –en donde por cierto se le vuelve a homenajear– ha analizado el conflicto que vivió en su juventud entre estos dos amores y como lo resolvió convirtiéndose al cristianismo, religión de su madre. San Agustín distingue las enfermedades naturales que sólo puede curar la medicina y los trastornos demoniacos que sólo pueden curar los milagros. Cuenta varios casos de endemoniados tanto hombres como mujeres curadas milagrosamente, que historiadores como Ilza Veith consideran ser casos de histeria (2).

LA EDAD MEDIA

Durante varios siglos domina en la Edad Media una visión bipartita del mundo y del ser humano, divididos en dos partes, una que depende de Dios y otra del demonio, en lucha entre si. El demonio puede asediar a los obsesivos –del latín *obsidere*, asediar- o poseer a los endemoniados que se llaman en francés “*possédés*”.

El ser sobrenatural que ayuda a los humanos en esta lucha es el Arcángel San Miguel que vence al demonio personificado por el dragón como Apolo había vencido la serpiente Pitón, surgida de las entrañas de

la tierra. A Juana de Arco se la condena como bruja porque pretendía que oía la voz de San Miguel. (Como he escrito estas líneas contemplando el Mont Saint-Michel adonde siguen acudiendo millones de peregrinos y turistas puede ser que haya dado demasiada importancia a este personaje celestial pero también debe ser por San Miguel de Allende).

Varios historiadores del siglo XIX han interpretado unas “epidemias de posesiones diabólicas que se han producido en colectividades religiosas como “histerias colectivas”. El libro publicado en 1845 por el alienista Louis Calmeil (1798-1895) en que estudia estas epidemias puede considerarse como la primera contribución a la historia conceptual de la locura (3).

En contra de lo que se cree a menudo la “caza de las brujas” por la Inquisición, creada en el siglo XII para combatir herejías como la de los cataros o albigenses, no empezó en la Edad Media sino más tarde en el Renacimiento, del que presenta el lado oscuro.

Los dominicos Heinrich Kramer y Jaime Sprenger publican su famoso *Malleus Maleficarum* “Martillo de las brujas”, en 1494, diez años después de que el papa Inocento VIII° decretase en una bula la lucha contra los endemoniados que sirven al diablo tanto a los íncubos (demonios masculinos) como a los súcubos (femeninos). Estos brujos pueden provocar distintos trastornos en las personas que los rodean, impotencia sexual en el varón, esterilidad en la mujer.

Los médicos racionalistas decimonónicos, especialmente un discípulo de Charcot, D.M. Bourneville (1840-1909), han hecho observar que varios de los signos que los inquisidores daban como prueba de brujería –por ejemplo la insensibilidad anestésica de ciertos puntos cutáneos – eran lo que ellos mismos consideraban como patognómicos de neurosis histérica. Opinaban por lo tanto que muchas de las mujeres condenadas a la hoguera eran histéricas. Bourneville fundó una “Bibliothèque diabolique” en la que editó varios textos históricos sobre la brujería.

Uno de los más importante es el publicado por Jean Weier (1515-1588) *De praestigis daemonium et incantationibus ac veneficiis* en 1536 muy pronto traducido al francés (4) que ha hecho considerar su autor por el historiador norte-americano de origen ruso Gregory Zilboorg como el fundador de la psicología médica. Weier que había estudiado en París y viajado por África del Norte y Oriente Medio en donde pudo observar otras formas de brujería era médico del duque Guillermo de Clèves uno de los príncipes más ilustrado de la época. Naturalmente



Weier no negaba la existencia del demonio, de los íncubos y súcubos, en los que en aquel entonces todo el mundo creía, lo que defendía era que las mujeres que confesaban rendir culto al demonio eran víctimas de su imaginación o de su credibilidad y que había en vez de condenarlas tratarlas como enfermas.

Lo más asombroso en este capítulo dramático es que los protestantes, calvinistas y luteranos, o sea para la Inquisición los herejes por antonomasia, que aparecieron entonces siguieron al Santo Oficio en esta caza de las brujas tanto en la vieja como en la Nueva Inglaterra. El episodio de *Las brujas de Salem* que ha inspirado a Arthur Miller (1915-2005) su famosa obra teatral sucedió en 1692.

El pastor puritano Cotton Mather (1663-1728), hijo del presidente de la Universidad de Harvard de la que era diplomado, ofrece el ejemplo singular de alguien que después de recomendar en varios libros religiosos la condenación de las brujas acabó por dudar gracias a los conocimientos médicos que tenía de si las mujeres que se habían condenado no sufrían de histeria en un texto *El Ángel de Bethesda* que no llegó a publicar.

EL SIGLO DE LAS LUCES

Cuando a fines del siglo XVII acaban, al menos en Francia con Luis XIV que los prohíbe, los juicios por brujería ya habían emprendido varios médicos, los fundadores de la medicina moderna, el estudio de la clínica de la histeria distinguiéndola de la melancolía y de la hipocondría.

Citaré en Inglaterra a Thomas Willis (1621-1675) quien opina que las convulsiones histéricas se deben a una afección de los nervios ligando así esta manifestación con la actividad nerviosa.(5);

Thomas Sydenham (1624-1689), el Hipócrates inglés, quien considera que los “vapores” histéricos pueden también afectar a los hombres. No sé si se puede relacionar esta constatación con el consejo que dio a un joven estudiante de leer el Quijote para aprender la medicina.

En Italia a Bavigli quien dedica un capítulo de su *De praxi medica* (1696) a los medios de curar las enfermedades del alma y de hacer su historia porque pensaba que muchas enfermedades eran psicogénicas.

Es de interés notar que el traductor al francés de Bavigli fue en su juventud Philippe Pinel (1745-1826) que adopta en su madurez el concepto de “neurosis” introducido por William Cullen (1712-1790)

para designar las enfermedades debidas a los trastornos de los nervios y hablar en su *Nosografía medico-filosófica* (1800) de “neurosis histérica”.

A pesar de que haya sido abandonada la idea que los fenómenos físicos y psíquicos se deban a desplazamientos de la matriz, entre otros motivos por que se observan en los dos sexos, se sigue empleando en el siglo XIX la palabra “histeria” como si persistiese su sentido etimológico.

EL SÍNDROME DE BRIQUET

Diré unas palabras del autor algo olvidado, cuya obra representa un giro conceptual que debería haber justificado un cambio terminológico.

Se trata de Pierre Briquet (1796-1881). Algunos historiadores hablan de él, dándole el nombre equivocado de Paul, para señalar que Charcot admiraba su obra. Briquet no era ni alienista ni especialista de las enfermedades de los nervios (la neurología no existía aun). Era, desde 1846, jefe de servicio de medicina del antiguo hospital de La Charité en donde ingresaban toda clase de enfermas. Pero en 1859 publicó un *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* (6) con la historia clínica de los 430 casos de histeria, 7 de ellos en varones, que había tratado personalmente. Describe con todo detalle tanto los síntomas físicos como psíquicos con los cuales puede manifestarse llamando la atención sobre su variedad y el aspecto proteiforme de la histeria. Insiste en su posible contagiosidad por imitación como ha podido observarlo en su propio servicio. Por lo que llega a la conclusión que las manifestaciones se deben a trastornos de la parte del cerebro que rige las emociones, que naturalmente, no puede, a mediados del siglo XX, localizar. Briquet concluye que se debería abandonar el término tradicional de “histeria” pero no propone otro.

Un siglo y medio más tarde los autores de la escuela de Saint Louis (Missouri), introductores de los criterios diagnósticos en el D.S.M.III, han propuesto sustituir la denominación de Síndrome de Briquet al de histeria denunciada por los movimientos feministas norte-americanos. No se puede acusar a Briquet de sexismo ya que insiste en que las llamadas histéricas sufren sobre todo de una miseria tanto material como afectiva más frecuente en las mujeres que en los varones y que su tratamiento consiste en remediar esta miseria. Puede ser que sea uno de los orígenes de la teoría traumática. Acabarán adoptándose otras denominaciones como vamos a verlo.

LA TEORÍA DEL TRAUMA

A finales del siglo XIX va en efecto triunfar con J.M. Charcot (1825-1893) y sus seguidores, Sigmund Freud (1856-1939) y Pierre Janet (1859-1947) la teoría del trauma en la génesis de la histeria.

El estudio de la histeria se sitúa muy tarde en la obra de Charcot y es, en parte, el resultado de una casualidad. Desde 1862 hasta 1878 se había dedicado a la anatomo patología de las enfermedades del sistema nervioso creando así, en diez años, la neurología. Pero en 1878 una reorganización del hospital de La Salpêtrière hizo que se atribuyese a su servicio salas con enfermas epilépticas e histéricas con crisis convulsivas imitadas de las de las primeras; por otra parte venían a consultarle enfermos con parálisis después de accidentes sobre todo de ferrocarril que había que diferenciar entre funcionales y orgánicas. Charcot emprendió su estudio recurriendo a la hipnosis e hizo descubrimientos sorprendentes sobre el psiquismo de estos enfermos.

La literatura sobre esta odisea científica es inmensa. El escritor sueco contemporáneo Per Olov Enquist acaba de publicar una novela “Blanca y Maria” que solo menciono para desaconsejar su lectura ya que esta repleta de errores. Pero disponéis aquí del excelente libro que ha publicado Héctor Pérez-Rincón sobre el Teatro de las histéricas; (6).

También se han publicado innumerables textos sobre el asombros de Freud cuando vino a Paris en 1885-6 a estudiar neurología y descubrir que lo que hacían ahora Charcot y sus alumnos era hipnotizar histéricas.

A su vuelta a Viena publica sus *Estudios sobre la histeria* (1893) en donde figura la frase “el histérico sufre de reminiscencias”. Para Freud el trauma es un trauma psíquico de índole sexual sufrido en la infancia y reprimido en el inconsciente pero no olvidado. Los fenómenos histéricos como las parálisis se deben a la “conversión” del conflicto psíquico en manifestaciones somáticas como las parálisis.

Este capítulo de la historia sigue con la polémica entre la escuela de Nancy capitaneada por Hippolyte Bernheim (1840-1919) al que Freud también visita traduciendo uno de sus libros(7). Para Bernheim el estado hipnótico no es propio de la histeria y su mecanismo es la sugestión, título de su libro. Opina que la sugestión es la base de la psicoterapia, palabra que acuña para designar este método terapéutico nuevo que recomienda no solo para las enfermedades psíquicas sino para las físicas.

La polémica acabó con la muerte repentina, en 1893, de Charcot, que pocos días antes de morir decía que había que pensar de nuevo este capítulo de la patología.

EL PITIATISMO O ¿SE PUEDE CURAR LA HISTERIA POR PERSUASIÓN?

Uno de sus discípulos Joseph Babinski (1857-1932), el descubridor del signo epónimo que indica la lesión del sistema piramidal, que de joven había colaborado con entusiasmo a los experimentos de hipnotización de las histéricas, repudia después de esta muerte, las ideas de su maestro y en 1901 propone en la Société de Neurologie que se abandone el concepto y la palabra de histeria y que ya en el siglo XX se hable de pitiatismo-del griego peito, persuadir y iatros curable-ya que los fenómenos "se pueden reproducir exactamente por sugestión en ciertos sujetos y hacerlos desaparecer utilizando exclusivamente la persuasión".

Sabemos en nuestros días que si pueden reproducir fácilmente es difícilísimo hacerlos desaparecer definitivamente. Pueden después de una desaparición momentánea reaparecer motu proprio.

LA DISOCIACIÓN SEGÚN PIERRE JANET

Mucho más interesante es la concepción desarrollada por otro discípulo de Charcot, Pierre Janet. Su obra es muy conocida en México por el impacto que tuvieron las conferencias que dio en una gira por las principales ciudades de la república. Héctor Pérez-Rincón hizo una nueva edición del texto de estas conferencias y publicó una traducción revisada de la última obra importante de Janet *De la angustia al éxtasis* (8) que desarrolló.

Yo mismo presenté, en el primer encuentro franco-mexicano de Puerto-Vallarta un texto sobre la concepción de Janet y su impacto sobre la Taxonomía actual de los trastornos disociativos que publiqué traducido al francés en *l'Evolution Psychiatrique* (9)

Está centrada la concepción de Janet en la noción de "disociación", disociación que puede producirse a distintos niveles de la personalidad o de la memoria y de otras funciones como el lenguaje. Janet que había empezado estudiando la histeria mediante la hipnosis -su tesis de doctorado en medicina versa sobre el estado psíquico de los

histéricos- había observado que en el estado hipnótico la personalidad se disocia en dos, la personalidad primera y la segunda, que se ignoran mutuamente no acordándose una de lo que dicho o hecho por la otra. Corresponde al fenómeno de desdoblamiento de la personalidad, que se llamó ulteriormente de "personalidades múltiples" cuando estas dos, dividiéndose a su vez se multiplicaron en cuatro, ocho, diez y seis, etc. Cuando estalló en los *seventies* en los U.S.A. la epidemia de personalidades múltiples hubo casos como el del famoso libro *Sybil* con cientos de personalidades.

Janet incluye en la histeria no solo este desdoblamiento de la personalidad sino muchos otros fenómenos como fugas, amnesias, etc.

LA HISTERIA EN EL D.S.M.III

Por eso no me sorprendió que cuando en 1980 el D.S.M.III hizo desaparecer de su clasificación la denominación "histeria" la sustituyese en su mayor parte por la categoría diagnóstica: Trastornos disociativos que incluye, lo recuerdo:

300.12 Amnesia psicogenética

300.13 Fuga psicogenética

300.14 Personalidad múltiple

300.60 Despersonalización

Lo que me sorprendió es que los autores de este Manual no indicasen que las definiciones que dan corresponden a la teoría janetiana de la disociación y de despersonalización.

Otra parte de los fenómenos de la histeria figura en este manual en la categoría de los Trastornos somatoformes que incluyen:

300.81 Somatización;(Es aquí en donde se menciona el síndrome de Briquet).

300.11 Trastornos de conversión o neurosis histérica de conversión; aquí la referencia teórica, tampoco explícitamente indicada, es la de Freud.

307.80 Dolor psicogénico que no se entiende porque no figura con los otros fenómenos psicogenéticos.

Y por ultimo 300.70, hipocondría que tampoco se entiende porque aquí ya Sydenham había diferenciado esta entidad nosológica de la histeria en el siglo XVIII.

LA C.I.E. 10

La Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima edición baraja estas categorías y las enriquece con otras.

F 44 A la denominación Trastornos disociativos se añade [de conversión] reconciliando así la teoría de Freud con la de Janet. Incluyen:

F 44.O Amnesia disociativa.

F.44.1 Fuga disociativa.

F 44.2 Estupor disociativo.

F 44.3 Estados de trance o de posesión. Se debería aquí tener en cuenta el aporte de la etnopsiquiatría.

F 44.4- F 44.7.Trastornos disociativos de la motricidad o sea trastornos motores, convulsiones, anestias.

Los Trastornos somatoformes F 45 se parecen más a la categoría correspondiente del D.S.M.III pero con matices:

F 45.O Somatización.

F 45.2 Trastornos hipocondríacos.

F 45.3Disfuncionamiento neurovegetativo.

F 45.4 Síndrome doloroso somatoforme persistente.

CONCLUSIONES

Que podemos concluir al final de este recorrido en menos de una hora de la historia conceptual de la histeria desde la medicina faraónica hasta su reciente desvanecimiento bajo esta apelación?

Vamos haciendo una arqueología del saber que se han ido sedimentado y sobreponiendo una serie de concepciones de la enfermedad que corresponden al contexto cultural dominante de la época. En las clasificaciones de las enfermedades contemporáneas aparecen bajo las denominaciones utilizadas actualmente vestigios de teorías más o menos antiguas. Solo podemos entender los fenómenos clínicos que seguimos observando si nos acordamos de los problemas que intentaron resolver estos paradigmas.

En este inicio del siglo XXI vemos aparecer nuevas entidades de las que podemos interrogarnos sobre si no se trata de los mismos fenómenos pero con otros nombres.

Daré dos ejemplos:

-los trastornos relacionados con el P.T.S.D. que hace reaparecer detrás de la teoría del estrés de Hans Selye(1907-1982) el traumatismo tanto físico como psíquico como factor desencadenante.

-la fibromialgia aparecida recientemente no en las clasificaciones psiquiátricas sino en las reumatológicas que hace plantear la cuestión de saber si es “un síndrome somático funcional o una nueva conceptualización de la histeria?” a un grupo de investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría de México en un reciente artículo de *Salud mental* (10).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soranus d'Ephèse. Traité des maladies des femmes (traducción franc.)Nancy:Berger-Levrault;1895.
2. Veith I. Hysteria. The History of a Disease .University of Chicago; 1965.
3. Calmeil L. De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire.
4. Weier J.Histoires, disputes et discours des illusions et impostures des diables... Paris : A. Delahaye et Lecrosnier ; 1895.
5. Willis T. Pathologiae cerebri et nervosi generis quo agitur de morbis 1667
6. Pérez-Rincón H. El teatro de las histéricas y de como Charcot, descubrió, entre otras cosas, de que también había histéricos. Mexico:F.C.E.;2001.
7. Bernheim H. De la suggestion. Paris:Albin Michel 1866.
8. Janet P. De la angustia al éxtasis;Mexico.F.C.E. 1991.
9. GarrabéJ.Taxinomie actuelle des troubles dissociatifs. Evol.Psych. LXIV,4,Oct.Dec.2000.
10. Barrera Vidalpando M.I.,Cortés Sofres J.F.,Guerrero Manning H.,Aguirre González A. La fibromialgia: un Síndrome Somático Funcional ,o una nueva conceptualización de la histeria? Análisis cuali cuantitativo. Salud Mental,28,6,Dic.2005,41-50.





SERGIO JAVIER VILLASEÑOR BAYARDO

La psiquiatría en Jalisco

Jalisco, tierra de escritores y pintores, también ha sido un terreno fértil para la medicina y en particular para la psiquiatría.

Con el objetivo de recordar a algunos de los personajes que se han esforzado por mejorar la atención de los pacientes psiquiátricos en los últimos 50 años he publicado el libro “Voces de la Psiquiatría, los precursores”. De una parte de ese texto hablaré hoy.

Conociendo a algunos de “Los precursores” de esta disciplina podremos valorar tanto a las dificultades a las que históricamente nos hemos enfrentado en cuanto que gremio, como los avances científicos de los cuales estamos gozando.

La década de los años 50 fue de particular efervescencia en el área de la psiquiatría. Notables líderes de la psiquiatría tanto académicos como políticos eran la nota cultural en los periódicos de la ciudad. A nivel internacional, esta época concuerda con la 3ª gran revolución de la psiquiatría: el advenimiento de los psicotrópicos. La clorpromazina debuta de manera estrepitosa, en Sainte Anne, bajo la batuta de los profesores Delay y Deniker. De allí se disemina su uso por todo el mundo. Los cimientos psicoanalíticos se someten a las violentas sacudidas que la psiquiatría organicista le propina. Los nuevos medicamentos hacían promesas de ensueño.

La cloropromazina causó un impresionante efecto de bola de nieve, efecto que aun estamos viendo con la invención y el descubrimiento continuo de nuevos psicotrónicos.

Es en esa época cuando se funda la Sociedad Jalisciense de Neuro-psiquiatría, S. C. cuyo objeto oficial fue el de hacer y fomentar estudios tendientes al progreso de los conocimientos de la neuropsiquiatría, sin que en ningún caso se tuvieran actividades lucrativas. Se fundó por los señores doctores Wenceslao Orozco y Sevilla, Fernando de la Cueva, Enrique García Ruiz, Mario Saucedo Galindo, Jesús F. Torres Plank y Fernando Farías González quienes en unión de los señores doctores David Arias; Manuel Anzaldo Olivo, Enrique Estrada Faudón; Manuel Fernández Villanueva; Héctor M. García Álvarez, Lorenzo Gallardo; Alfonso García Méndez, Olivio Gómez Pérez; José González Almanza; Luis González Aréchiga Jr; Arturo Hernández Aguilera; Guillermo Hernández Hernández; Roberto Luquín Anguiano; Jaime Rodríguez Álvarez; Ramón Sanz Muñoz; Carlos Tejeda y Francisco Velazco, acordaron constituir la Sociedad Jalisciense de Neuro-Psiquiatría cuyos estatutos en acuerdo común elaboraron y aprobaron el día 13 de enero de 1955.

Los objetivos plasmados fueron: a) Estimular la investigación científica y la divulgación en nuestro medio, de los temas relacionados con la Neurología, la Psiquiatría y otras actividades conexas con ellas. b) Mejorar la preparación científica y social de sus agremiados para proporcionar y dignificar el ejercicio profesional de aquellas actividades médicas en beneficio de la colectividad. Y, c) Orientar la opinión pública respecto a las aplicaciones sociales de las especialidades señaladas.

Casi a la par que la sociedad Jalisciense de neuro psiquiatría, nace GHARMA, un selecto grupo de profesionales de la salud mental que deciden darle un trato digno a los pacientes psiquiátricos, iniciar actividades de investigación psicofarmacológica y publicar un interesante boletín. La palabra GHARMA se deriva de un peculiar acomodo de las iniciales de los apellidos de estos precursores: Enrique Garcia Ruiz, líder político del grupo y grado 33 de la Logia Masónica, Arturo Hernández Aguilera, líder intelectual, presidente del partido comunista de Guadalajara, editor del boletín GHARMA, Héctor M. García Alvarez, Enrique Estrada Faldón, Angel Urrutia Tazzer, David Arias y Arias y la psicóloga Josefina Michel Mercado. Este grupo también tuvo algunos colaboradores, entre quienes



se encuentran Alejandro González y González, Gustavo Mojica García, Emma Casillas y la enfermera Josefina Dueñas Montoya.

Entre los miembros fundadores de la Asociación Psiquiátrica Mexicana destacan estos conspicuos médicos del grupo GHARMA.

Quiero aprovechar esta oportunidad para presentarles de manera sucinta la biografía de algunos de estos personajes precursores de la psiquiatría en Jalisco.

DR. ENRIQUE GARCÍA RUIZ

Nació el 12 de julio de 1910 en el poblado de Chiquilistlán, Jalisco; mudándose su familia a Chihuahua donde inició sus estudios primarios. Su familia regresa Jalisco donde estudia el bachillerato en la Preparatoria de Jalisco y la carrera de maestro normalista en la Escuela Normal Mixta del Estado obteniendo su título de maestro el 29 de noviembre de 1929 con la tesis “Conocimientos y Tratamiento Pedagógico de Niños Atípicos”.

Posteriormente cursó la carrera de Médico Cirujano y Partero donde obtiene su título en 1938. En este tiempo inició su especialización en psicología y Psiquiatría donde realiza su tesis “El Temperamento Esquizofrénico y sus relaciones con la Esquizofrenia”. Fue residente de Neuropsiquiatría en el Hospital Civil de Guadalajara, en el Sanatorio Psiquiátrico de Occidente y en el de San Camilo, bajo la dirección del Dr. Wenceslao Orozco y Sevilla.

Inició el ejercicio del magisterio a los 14 años de edad, como maestro eventual de escuelas nocturnas municipales, obteniendo su primer nombramiento a los 16 años.

Ya en su vida profesional fue fundador del Departamento Psicopedagógico del Instituto Tecnológico de la Universidad de Guadalajara, transformado posteriormente en Departamento universitario del que fue director hasta 1972 en el que fue designado maestro Investigador.

Fue miembro fundador de la Escuela de Psicología, miembro fundador de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y creador de los cursos de neurología y Psiquiatría de la Facultad de Medicina en 1939 y de la sección de Neuropsiquiatría; reconocido oficialmente como psiquiatra en 1973 en la primera promoción del Consejo Mexicano de Psiquiatría.

Además fue fundador del servicio de neuropsiquiatría en el IMSS en 1946 y durante su estancia en el grupo GHARMA fue conferencista y participante en numerosos congresos nacionales e internacionales; huésped de los Profs. Drs. Henry Ey, Henri Baruk y Jean Delay.

Otras de sus actividades fue el fundar la Sociedad Médica de Guadalajara y ser miembro fundador de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Fue condecorado como Caballero de las Palmas académicas por el gobierno de Francia y en México se le entregó la medalla "Altamirano" el 15 de mayo de 1980 por el presidente el Lic. José López Portillo.

DR. ARTURO HERNÁNDEZ AGUILERA

Nació el 25 de febrero de 1924 en San Francisco del Rincón en el estado de Guanajuato. Realiza sus primeros estudios en su estado de origen y posteriormente radica en la ciudad de Guadalajara donde por sus intereses en las humanidades y el área de la salud lo llevan a estudiar la carrera de Medicina en la Universidad de Guadalajara, entre los años de 1941 y 1948.

Realizó sus prácticas de servicio social en el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde y posteriormente en la Granja de recuperación para enfermos mentales crónicos de San Pablo del Monte de 1946 a 1947.

Su gusto por la enseñanza lo llevó a ser profesor Interino de la Cátedra de Histología y Anatomía microscópica y practicante en las clínicas del IMSS en el año de 1947. Fue instructor del departamento de Histología y Anatomía microscópica, elevado a la categoría de Profesor Titular de dicha materia en 1949, gracias a su gran esfuerzo y dedicación.

Fue notable su labor en la fundación de la Sociedad Médica del IMSS en 1945 y de la Sociedad Jalisciense de Neuropsiquiatría en 1955. Sin embargo uno de sus más destacables logros fue el fundar el reconocido grupo Gharma junto con los doctores García Ruiz, Estrada Faudón, García Álvarez, Urrutia Tazzer y la psicóloga Michel Mercado.

Estaban ubicados primero en la calle del Sabino 539 en la Colonia del Fresno (que se convirtió en el hospital para mujeres) y después se cambiaron a la calle de Donato Guerra 778, el cual se convierte en el hospital para varones.

Publicó durante su vida profesional numerosos artículos y reseñas, por citar algunas: "La intoxicación ética" y "La salud mental y los enfermos

mentales y los retrasados mentales en E.U.A y México”. Otra de sus actividades destacadas fue la de colaborar activamente con el periodismo científico del estado en el diario *El Occidental*, entre los años de 1961 y 1962.

Durante su participación en el grupo *Gharma* se inició la publicación del boletín *Gharma* en 1959, siendo su última publicación en el año de 1971. En este boletín publicó numerosos trabajos solo y junto con los otros fundadores.

Una de sus hijas, Jazmín nos relata de su padre: “Él estuvo muy influido por la ideología comunista y socialista. Militó en el partido comunista mexicano y se postuló para diputado; hombre de convicciones firmes, tuvo que retirarse de su militancia en el partido para dedicarse a su vida profesional y familiar.... Criticado como un loco pero quizás el más cuerdo de los que le sobrevivimos; siempre adelantado a su tiempo, que era lo que el común de la gente no entenderemos”.

DR. HÉCTOR MANUEL GARCÍA ÁLVAREZ

Nació el 28 de septiembre de 1924 en Guadalajara, Jalisco. Optó por la medicina debido a la influencia de sus padres y por su tendencia natural al servicio.

El ambiente académico en la facultad de Medicina en su época era muy especial: “Podría decir que el 80 por ciento de los maestros, se caracterizaba por su actitud sádica y agresiva la cual proyectaban en los exámenes.”

Se interesó por la psiquiatría en 1948 cuando entró de residente al servicio de medicina Interna al hospital civil. No había escuela de graduados, entonces, de manera autodidacta se formaban como psiquiatras. Se acercó al Dr. Hernández Aguilera quien influyó en su elección de la especialidad así como el Dr. Enrique García Ruiz. Refiere que sus Ídolos en Psiquiatría, eran los compañeros del grupo *Gharma*. “Quitando a don Enrique, que nunca hizo nada por el grupo, nomás se paraba el cuello.”

El Dr. García Álvarez recuerda que el Dr. Orozco y Sevilla iba una vez al servicio cada mes pero que el Dr. Hernández Aguilera y él elaboraban sus historias clínicas y las discutían con los jefes del servicio.

Recuerda que las instalaciones del hospital eran: “Un corral rodeado de cemento. De unos 40 por 30 metros, con celdas pequeñas, eran

prisiones carcelarias más que estancias para enfermos mentales. Muy inhumana la atención psiquiátrica.”

Respecto al primer aparato de electrochoques del servicio dice: “Creo fue en 1948. el primer aparato lo compró Wenceslao Orozco; a mi me tocó por ejemplo inyectar Cardiosol y cloruro de amonio, nos tocó dar el primer electrochoque en Guadalajara.”

En cuanto a la formación del grupo GHARMA señaló: En 1959 el Dr. Enrique García Ruiz, llama a cinco compañeros y forma legalmente ante notario público al grupo GHARMA el grupo tuvo reconocimiento internacional, nosotros tuvimos la satisfacción de que nos visitara Henry Ey y López Ibor.

DR. ENRIQUE ESTRADA FAUDÓN

Eminente ecólogo cuyas actividades están enfocadas hacia la conservación del medio ambiente. Nace el 26 de septiembre de 1927 siendo el segundo hijo de una familia de 15 hermanos.

La carrera la hizo en la Facultad de medicina de la Universidad de Guadalajara de 1947 a 1953, el servicio social obligatorio lo realizó en la población de Arenal Jalisco, obteniendo el título de médico en diciembre 18 de 1953.

Desde 1955 comenzó a trabajar en la Universidad de Guadalajara como maestro de tiempo completo, en la preparatoria 3, impartiendo la cátedra de biología general y psicología. Además de otras múltiples materias en otras dependencias de la universidad oficial. Su trayectoria docente en la Universidad de Guadalajara abarcó en total 36 años de su vida. Sus estudios de postgrado en neurología y Psiquiatría los realizó en la ciudad de México de 1953 a 1955. Obtuvo el certificado de especialista en Psiquiatría por el Consejo Mexicano de Psiquiatría en la ciudad de México el 30 de noviembre de 1973.

Desde el 5 de abril de 1983 ocupó la dirección del Instituto de geografía y estadística de la misma casa de estudios, dirigiendo en ese mismo año el instituto de Botánica de la U de G. Fue secretario del departamento de Neuropsiquiatría del Hospital Civil de 1955 a 1960, jefe del pabellón B del hospital Granja de recuperación mental “La esperanza”. Responsable de Psiquiatría forense del Supremo Tribunal de Justicia del Estado de Jalisco, del 4 de junio de 1958 hasta el 26 de

febrero de 1961. Director de la sección de hombres de los Sanatorios psiquiátricos Gharma en la ciudad de Guadalajara.

En 1972 abandona totalmente las actividades médicas para dedicarse de tiempo completo a la investigación y al enseñanza en la Universidad de Guadalajara. Fue miembro fundador de la Asociación Médica de Jalisco y de la sociedad jalisciense de Neuropsiquiatría.

En 1958 el Congreso del estado de Jalisco le otorgó el Premio Jalisco, en la rama de ciencias. Es autor del libro Ecología vegetal que se usa en la Universidad de Guadalajara.

DR. ÁNGEL URRUTIA TAZZER

El Dr. Urrutia nace en la ciudad de México, aunque por motivos familiares se muda a los Estados Unidos. Posteriormente su familia regresa y realiza sus estudios iniciales patrocinados por su madre. Inicia sus estudios de medicina en 1942 en la UNAM, ahí tuvo un “tránsito maravilloso”, en 1948 decide venir a conocer la escuela de medicina de la Universidad de Guadalajara, ya que le comentaron que tenía muy buen nivel académico, entonces se interesó por conocerla y ahí se quedó para terminar su licenciatura, eran 50 alumnos.

El primer contacto con los enfermos y el manejo de los mismos fue en la Cruz Verde como interno, estudia la residencia de Psiquiatría en un hospital de Cleveland, en Ohio, junto con los doctores Loza y Reynaga. Manejaban alternadamente las especialidades de neurología y Psiquiatría y tomaban electroencefalogramas y los interpretaban. Para poder ingresar al postgrado de Psiquiatría, Neurología y Electroencefalografía en el hospital de Cleveland, el requisito era tener cuatro años de experiencia en Psiquiatría, los cuales el Dr. Urrutia ya había tenido en el Hospital Civil, el Hospital El Refugio y el sanatorio Gharma.

Mientras fue residente del posgrado y también, al llegar aquí a México, a Guadalajara, se encontró con muchos problemas con respecto al tratamiento que se podía dar a los pacientes. El equipo que se formó en el hospital Civil se desempeñó muy bien y fue con los doctores David Arias, Enrique Estrada Faudón, Hernández Aguilera y él mismo.

A lo largo de su vida la única persona que lo acompañó durante los buenos y malos momentos fue su esposa, la señora Cristina Martínez, que desde su noviazgo lo apoyó, encomendó, motivó y comprendió el interés que tenía por manejar a las personas con psicopatía.

El grupo GHARMA se dedicaba a la difusión y orden científico de la Psiquiatría que se hacía en diferentes partes de la república y el extranjero, “publicamos una revista con el mismo nombre y teníamos un sanatorio pequeño en la colonia El Fresno, también llamado GHARMA”. Los pacientes que allí se recibían eran de condición media-baja, que no podían pagar la estancia en el Hospital San Juan de Dios o trasladarse al Distrito Federal.

DR. DAVID ARIAS Y ARIAS

El Dr. Arias, originario de la región de Mazamitla, manifestó haber estudiado medicina por ser en aquel entonces una de las carreras más usuales. Además, cuando conoció al Dr. Jesús Medina Ascencio, el doctor de la familia en el pueblo, le vino el impulso por la medicina ya que le llamó la atención ver como ayudaba a las personas y las impulsaba hacia el deporte. Ingresó a la Universidad de Guadalajara en 1949 y comienza a ejercer como médico en el servicio social que hizo en la Granja de recuperación de San Pedro del Monte en Guanajuato. Con el tiempo lo que hace detonar la vocación del Dr. Arias en la psiquiatría fue precisamente el dolor por el otro. El Dr. Arias relata sobre su estancia en la granja de San Pedro del Monte: una de las actividades más gratas que había era la actividad de hacer que los enfermos tuvieran una diligencia. De igual manera, describe que dentro de su experiencia, lo más desagradable que le tocó presenciar fue el maltrato a los enfermos, acompañado de la aceptación pasiva de las personas que debían impedir dicho maltrato.

Sobre la experiencia del Dr. Arias con el grupo Gharma, explica que su actividad ahí comenzó alrededor del 1967 o 1968. Estando en Gharma, el Dr. Arias se fue de director a la granja de Jalisco. “El tratamiento que se daba en ese entonces era todo el que había en psiquiatría, es decir, medicamento y electroshock.”

Sobre los cambios en la psiquiatría de esa época, el Dr. Arias menciona, el hecho de que se pudieran tener las puertas abiertas de los sanatorios y de que los enfermos anduvieran por el campo.

Trabajó en el IMSS por 23 años y colaboró en diversas investigaciones, algunas de ellas en el grupo Gharma. Por medio de su trabajo en la granja, colaboró en alcanzar y cumplir el objetivo que se planteaba el



grupo Gharma, siendo la granja su mayor satisfacción personal en su labor como psiquiatra.

Su labor como docente fue muy especial, ya que en lugar de dar sus clases en la Universidad, prefería darlas en la granja, esto, con el objetivo de que los estudiantes tuviesen contacto con los enfermos, con sus historias clínicas y fueran testigos de los tratamientos.

DR. ALEJANDRO GONZÁLEZ Y GONZÁLEZ

El Dr. González, nacido en 1929, describe a su familia de origen de la siguiente manera: “Para su tiempo fue una familia muy irregular, porque en los años de mi infancia, no se usaban los divorcios y mis padres fueron divorciados. Cuando mis padre se separaron yo tenía cinco años. Cuando mis padres se divorcian yo tenía 12 años y vivíamos en casa de mi abuela en la Ciudad de México. Entré al Colegio Cervantes a la primaria y en 1949 entré a medicina, como una manera muy simplista de pensar, por que dije “no, ya tengo un tío ingeniero, un tío abogado, pues entonces voy a ser psiquiatra”.

Menciona que estuvo bajo la circunstancia de no poder desarrollarse como un joven normal, que le hizo crecer con irregularidades y fallas. “Entonces me empecé a arrimar a los médicos que llevaban las clases de psiquiatría y empezaron a saber que yo era estudioso, que tenía interés por la psiquiatría y me empezaron a proteger y a dar trabajo. Así me empecé a desarrollar en el grupo Gharma.”

Entre sus maestros se encontraba el Dr. Arturo Hernández Aguilera, con quien empezó a trabajar hasta que asumió la responsabilidad de la clínica. En su desarrollo influyeron los Dres. Enrique García Ruiz, Arturo Hernández Aguilera, Ángel Urrutia Tazzer y Héctor García Álvarez.

Dentro del grupo Gharma desarrolló investigaciones con nuevos medicamentos y presentó trabajos en congresos. Una de las investigaciones desarrolladas con el grupo fue la del LSD que recuerda así: “Eran los años en que fueron preparando la trampa los futuros narcotraficantes, los años sesenta, entonces a los muchachos les daba la curiosidad y todos querían experimentar. Inclusive el Dr. Estrada Faudón y yo también fuimos sujetos de experimentación”.

El Dr. González también trabajó en la Granja de Recuperación para enfermos mentales, fue director interino algunos años. Además, el Dr.

González es autor de “La serpiente de Cristal y Otros Cuentos, Relatos en Humo, Caleidoscopio, Nuestros Ojos y Yo amo a la Muerte” y de tres novelas inéditas: Retrobia, La Flor del pensamiento y La Playa de Atrás.

DRA. EMMA CASILLAS PÉREZ

La Dra. Emma Casillas Pérez nace en el año de 1929. Estudió en la escuela Normal de Jalisco misma que terminó en 1947. Ingresó a la Facultad de Medicina en el año de 1949 egresando en 1955. Entre los años 1955 y 1960 fungió como docente y médico en Sayula. Dio clases en la normal de psicología y preparatoria hasta su ingreso al grupo Gharma; sobre el cual comenta: “Tenía un enfoque más científico, mas humano y en donde los tratamientos crueles ya no eran utilizados. Su especialidad la obtiene al realizar actividades en el servicio de Psiquiatría en el Hospital Civil Viejo.

La Dra. Casillas realizó algunas publicaciones en colaboración con el Dr. Arturo Hernández Aguilera para los boletines del grupo Gharma. También publicó un trabajo sobre “La mujer y la psiquiatría en Jalisco” en colaboración con la Dra. Georgina Ramírez Casillas.

En el Boletín Oficial de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, se publicó, en Junio de 2004, un texto con el título Profeta en su tierra, el cual, hace una pequeña pero significativa semblanza sobre su trayectoria y participación en el grupo Gharma. En este se hace la siguiente reseña:

“Recientemente durante una reunión del Capítulo Jalisco de la Asociación Psiquiátrica Mexicana se rindió un cálido homenaje a la doctora Emma Casillas Pérez de Navarro por ser la primera mujer que se dedicara a la psiquiatría en ese estado. Huérfana de padre a los siete años de edad. Contó con el apoyo de su madre y su hermana Luz para estudiar, inicialmente, las carreras de profesora normalista y educadora, a través de cuyo ejercicio se costeo la de medicina, misma que concluyó en 1955, pero todavía dedicaría algunos años a la práctica magisterial en comunidades rurales de Jalisco. El 2 de mayo de 1969, con gran sorpresa para quienes ya ejercían la psiquiatría y de la comunidad médica en general, la doctora Casillas fue admitida en el grupo Gharma para su formación tutorial como psiquiatra; la asociación, integrada por eminentes psiquiatras e investigadores de la localidad, le brindó tutoría



estricta con orientación organicista y en psicología por cuatro años. En 1970, al abrirse la especialidad de psiquiatría en la Escuela de Graduados de la Universidad de Guadalajara, Emma fue alumna de la primera generación. Entre otros reconocimientos, también fue la primera mujer en presentar y aprobar el examen del Consejo Mexicano de Psiquiatría. Trabajó hasta su jubilación en el Instituto Mexicano del Seguro Social y desde hace 15 años en la Secretaría de Salud. La trayectoria profesional de Emma es muy amplia y paralelamente ha vivido intensamente sus funciones de esposa, madre, amiga, maestra. En este boletín nacional ratificamos el homenaje a esta gran mujer, humanista, entregada, amiga, dama, es decir, Emma Casillas Pérez de Navarro.

DR. GUSTAVO LEÓN MOJÍCA GARCÍA

Usaré las palabras del doctor Mojíca:

Procedo de una familia tradicional, estable, de condición media alta. Un hermano de mi madre, el Dr. Enrique García Ruiz fue psiquiatra y con él llevé una magnífica relación de afecto, ello influyó para mi decisión de estudiar psiquiatría. Estudie en la Universidad de Guadalajara y pertenezco a la generación 1958-1964.

Un acontecimiento que me marcó durante mi estancia en la facultad fue el haber conocido, desde los primeros años la “enfermedad mental”, pues acudía cotidianamente al pabellón de neuropsiquiatría del Hospital Civil de Guadalajara. Además de mi estrecha relación con mis maestros psiquiatras, mantuve también una estrecha relación con mis maestros de fisiología y bacteriología habiendo desempeñado funciones como instructor de ambos departamentos.

Desde antes de terminar la carrera fui colaborador en la consulta privada del Dr. Enrique García Ruiz, así como en el sanatorio Gharma uno de los primeros sanatorios psiquiátricos de la ciudad, al terminar mi carrera se me distinguió con el nombramiento de director de la Granja de enfermos mentales “La Esperanza”.

Mi especialidad fue realizada en forma tutorial con la continua asesoría del grupo psiquiátrico Gharma. Durante todo mi desarrollo como profesional de la salud mental he mantenido una estrecha relación con múltiples psiquiatras, sobretodo con los de más experiencia, primero con los de la ciudad de México como el Dr. Dionisio Nieto, ya fallecido, con don Guillermo Calderón Narváez, Carlos Puches Regis y otros.

En la granja para enfermos mentales La Esperanza, los enfermos, la mayoría, en situación psicótica aguda frecuentemente recibían TEC en sesiones de diez, sin anestesia, simultáneamente se iniciaba el tratamiento psicofarmacológico. Un momento significativo que me marco personalmente fue mi certificación como psiquiatra por el Consejo Mexicano de Psiquiatría en 1973.

Me he desempeñado, además de la granja de recuperación para enfermos mentales “La Esperanza” del estado de Jalisco de la que fui director durante cinco años, en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Aguascalientes. Como encargado del servicio de psiquiatría durante 28 años en el hospital de neuropsiquiatría “Dr. Gustavo León Mojica García” del que fui director durante cinco años y los últimos 10 años en el centro de reeducación social del estado de Aguascalientes del que funjo como jefe de servicios médicos y de la consulta psiquiátrica.

Creo que la psiquiatría en Jalisco se deberían proyectar hacia buscar cada vez mejores modelos de atención a grupos de riesgo y hacia realizar acciones preventivas sobre los principales problemas actuales de la conducta humana como son la drogadicción, la delincuencia y la violencia intrafamiliar.

Estos sólo son algunos de los personajes de los cuales trata el libro de “Voces de la psiquiatría, los precursores”. Espero que esto les haya despertado el interés para emprender su lectura.



Mesa redonda
Guía Latinoamericana de
Diagnóstico Psiquiátrico
GLADP





RAFAEL E. GALINDO JIMÉNEZ

Ramillete de clasificaciones mentales

No voy a enfocar mis comentarios en los diferentes apartados de esta guía diagnóstica de psiquiatría, sin duda fue un esfuerzo valioso de quienes trabajaron para elaborar este manual o documento original a nivel de Latinoamérica que viene a aumentar el arsenal de conocimientos sobre este campo.

Permítame poner a su consideración algunas reflexiones personales.

Ya tenemos esta clasificación que contempla una visión muy especial de nuestro entender y de nuestra idiosincracia de Latinoamérica sobre el enfermar mental.

Pero me pregunto... ¿Este documento debe tener sin duda como primicia fundamental, el que nos sirva para lograr una mejor solución de la enfermedad psiquiátrica de nuestros pueblos?

Sin embargo ¿Cuál va a ser la actitud o posición que tomará el experto en salud mental con fines prácticos ante el ramillete de clasificaciones mentales que existen? ¿Por cuál se decidirá?

- ¿La que dictan las autoridades máximas de la salud en el mundo?
- ¿Las que dictan las grandes potencias?
- ¿Esta nueva clasificación?
- ¿O las señaladas en un sinnúmero de libros o textos con fines comerciales?

Si así fuera de una simple decisión, en una u otra, en buena hora.

Pero nuestros enfermos serán sujetos de una serie de variables que de alguna manera van a influir en su diagnóstico o en el apego a una clasificación.

Por lo que pienso que debe de tomarse en cuenta:

- 1) Edad del profesionista
- 2) Su formación personal
- 3) Su Tipo de personalidad
- 4) Su nivel de información
- 5) Su nivel de información sobre aspectos básicos psicopatológicos con un enfoque más Universal
- 6) Su experiencia clínica
- 7) Su lugar de desarrollo profesional ya sea hospitales generales Instituciones Públicas o Privadas.
- 8) El reconocimiento de los principios de las formas de clasificación de las enfermedades mentales del pasado y presente.
- 9) Y por último, aunque uno no quiera se filtran en el proceso de decisión predilecciones políticas de otras naciones Europeas, países de Norteamérica o de nuestro Tercer Mundo.

Así podremos ver que las clasificaciones como éstas o todas las que existen son como las constituciones políticas de las diferentes naciones o inclusive como las nuestras; están elaboradas con profesionales altamente calificados y prestigiados quienes pasan largas jornadas de trabajo estructurando obras casi perfectas.

Desafortunadamente son utilizadas cuando conviene a intereses personales o de grupo, muchas de las veces no las comprendemos, las aplicamos dándole nuestro sello personal o propia interpretación, y porque no decirlo, algunas de las veces pasan como las modas.

Así vemos como clasificaciones van y vienen y nuestros enfermos, los que buscan nuestra ayuda en un sinnúmero de veces, no somos capaces de identificar su verdadero estado de enfermedad y de manera poco responsable lo clasificamos con un diagnóstico e inclusive lo tratamos.

A final de cuentas los resultados de nuestra postura tal vez equivocada saltan a la vista y seguimos viendo cómo el número de enfermos tienden a la cronicidad, ya no se diga los que están en proceso de deterioro.



Pero la vida nos invita a un acto de profunda reflexión, asumamos más nuestra responsabilidad y apeguémonos al concepto Jaspersiano sobre la psiquiatría, quien la definió como la comprensión de la vida para facilitarla y no para dañarla

No desarrollemos el vicio de clasificar por clasificar.





CARLOS E. BERGANZA*

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico: perspectivas educativas y de investigación

INTRODUCCIÓN

Toda consideración respecto de las perspectivas educativas y de investigación de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP; Asociación Psiquiátrica de América Latina [APAL], 2004) debe tomar en cuenta los principios básicos que sirven de fundamento a este manual nosológico regional.

En primer lugar, debe reconocerse que en medicina, y en psiquiatría en particular, los refinamientos del diagnóstico a través del estudio cuidadoso de su nosología (clasificación) y nosografía (descripción sistemática) de la enfermedad, representan un esfuerzo continuo e interminable, y deben verse como un proceso infinito de acercamiento a la realidad de lo que ocurre en el cuerpo y la mente del paciente que requiere atención. Así, la GLADP constituye un proyecto en continua evolución de la Sección de Diagnóstico y Clasificación de la APAL, en colaboración estrecha con la Sección equivalente dentro de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA). Su modelo de formulación diagnóstica comprehensiva sigue el propuesto por la WPA a través de sus Guías

* Clínica de Psiquiatría Infantil, Centro Clínico Berganza, Guatemala, Guatemala, Centro América.

Internacionales de Evaluación Diagnóstica, publicadas en 2003 (Mezzich, von Cranach, Berganza, y Cols., 2003), y su arquitectura nosológica, así como la descripción nosográfica de las categorías diagnósticas que contiene, se mantienen en línea con la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados de Salud, de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 1992), a la que hace anotaciones con el propósito de ajustarla a las necesidades de los clínicos, investigadores y administradores de salud mental en la región latinoamericana.

DESARROLLOS EPISTEMOLÓGICOS FUNDAMENTALES DEL DIAGNÓSTICO

La GLADP está influida —y forma parte de— los desarrollos metodológicos y epistemológicos del diagnóstico psiquiátrico de las últimas tres décadas, que iniciándose con la publicación de los criterios diagnóstico de investigación del grupo de San Luis Missouri (Feighner y Cols., 1972), desembocaron en la publicación de la 3ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana en 1980 (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980). El éxito alcanzado, tanto por los así llamados “Criterios de Feighner” como por el DSM-III —publicaciones convertidas ambas en las referencias más citadas en la literatura psiquiátrica de su tiempo— es emblemático de la necesidad que el campo de la psiquiatría, como disciplina médica, experimentaba al inicio de los años setenta de adquirir una mayor fiabilidad en sus estrategias de evaluación diagnóstica. Estos desarrollos han terminado por reafirmar —pese a aisladas opiniones reduccionistas en contra— la validez del modelo psicobiosocial (que por supuesto no niega el valor de las contribuciones de las neurociencias) en el entendimiento de la enfermedad mental. También han afirmado la orientación de la medicina y la psiquiatría hacia la persona del paciente, enfatizando la importancia del contexto en la causalidad y curso de la enfermedad y, por lo tanto, el rol de la cultura en la descripción y el abordaje efectivo de la enfermedad mental en el paciente que requiere atención clínica.

La GLADP representa un abordaje a la tensión permanente, en el campo del diagnóstico psiquiátrico, entre lo que es universal de la enfermedad mental y lo que es más específico e idiosincrásico para cada paciente por el contexto particular en que experimenta la enfermedad;



el reconocimiento de la naturaleza multicausal de la enfermedad mental; y una manera de responder al desencanto cada vez más generalizado con el modelo genético esencialista, como elemento único de validación en la nosología psiquiátrica (Kendler, 2006). Partiendo de los avances logrados en la fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico, que responden a la necesidad de comunicación entre profesionales de distintas latitudes, la GLADP reconoce la importancia de retornar a la validez del diagnóstico, concediendo importancia a su utilidad (Kendell y Jablensky, 2003) con el propósito de afirmar tanto el explicar como el entender en el sentido jasperiano (Jaspers, 1959, 1997), la condición clínica del paciente. Para consolidar este objetivo, la GLADP incluye dentro de su formulación diagnóstica comprehensiva, el componente idiográfico personalizado, que reconoce la unicidad del contexto y la experiencia del paciente en la conformación fenomenológica de la enfermedad.

PERSPECTIVAS EDUCATIVAS

El primer paso que el cuerpo directivo de la GLADP ha reconocido como fundamental para consolidar las perspectivas educativas de la GLADP, ha sido el asegurar su distribución generalizada a todos los profesionales de la salud mental que laboran tanto en la clínica, como en la capacitación profesional, en la investigación y en la planificación de las políticas de salud. En ese sentido, y gracias al apoyo incondicional de los Laboratorios Psicofarma de México, el manual de la GLADP ha sido distribuido en su forma impresa, y sin costo alguno, a lo largo y ancho de América Latina. Para eso, se ha aprovechado los diversos congresos y encuentros académicos de las asociaciones psiquiátricas miembros de la APAL, durante los cuales, desde su publicación en 2004, se ha programado casi sin excepción alguna, simposia, talleres, cursos y conferencias sobre la GLADP y su uso en la práctica diaria. Aparte de eso, el manual ha sido situado en las páginas Web de la APAL, la WPA, y la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM), entre otras, de donde puede ser “downloaded” sin costo alguno y utilizado irrestrictamente en tareas clínicas, de educación e investigación. La única condición impuesta, ha sido el que no se comercie con el manual y que se reconozca la propiedad intelectual de la APAL sobre el mismo. Ha sido sugerido recientemente que, con este esfuerzo, y considerando el número de “hits” que los

diferentes sitios Web han recibido sobre la GLADP (8,000 únicamente en la página Web de la APM), se ha logrado que haya más manuales de la GLADP circulando en América Latina que manuales de la CIE-10. Por eso, se ha denominado a la GLADP, no el “best-seller” sino el “best-given” de la literatura psiquiátrica latinoamericana (Villaseñor, Mezzich, Otero y Cols., 2006). Es evidente que para que todo este esfuerzo fructifique efectivamente, el uso de la GLADP, como manual de diagnóstico, debe oficializarse en América Latina. Esto requiere de la anuencia de las instituciones nacionales y regionales encargadas de identificar y cuantificar la morbilidad psiquiátrica en la región, tales como las asociaciones psiquiátricas, los ministerios o secretarías de salud de cada país, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Lamentablemente, es en este campo, en el que el esfuerzo del cuerpo directivo de la GLADP ha sido menos fructífero.

Por lo menos 5 modalidades educativas han sido planificadas y ejecutadas, a lo largo de estos años de actividad académica de la Sección de Diagnóstico y Clasificación de la APAL:

- a. **CONFERENCIA MAGISTRAL.** Su objetivo es divulgar los aportes de la GLADP; dura entre 20 y 40 minutos, requiere de la participación de un sólo docente, y está destinada a una audiencia ilimitada. El recurso audiovisual requerido incluye: computadora, CDs, disquetes, memoria USB, proyector, pantalla, micrófono y multimedia, si disponible. Su contenido incluye una reseña de los antecedentes, formulación diagnóstica y estructura global de la GLADP.
- b. **PANEL FORUM.** Su objetivo es profundizar en las características particulares de la GLADP (su arquitectura, su formulación diagnóstica integral y los síndromes culturales latinoamericanos). Dura entre 60 y 90 minutos; requiere de la participación de 3 a 4 docentes; está destinado a un número ilimitado de participantes y utiliza material audiovisual (como en la conferencia magistral) y los manuales en formato impreso. El contenido suele ser similar al de la conferencia magistral, aunque mucho más detallado e incluye la vivencia de explorar el manual diagnóstico por los participantes.
- c. **TALLER.** Su objetivo es instruir a los asistentes en el uso de la GLADP; dura alrededor de 3 horas; requiere de la participación de 4 docentes; está destinado para alrededor de 40 participantes, de preferencia, per-



sonal clínico familiarizado con el diagnóstico psiquiátrico; utiliza material audiovisual más los manuales, formatos de diagnóstico integral y plan de tratamiento, y casos modelo. Su contenido es igual al del panel forum, al que se agrega el entrenamiento en el uso del manual, la formulación diagnóstica, el plan de tratamiento, y la discusión y resolución de casos.

- d. **CURSO ACADÉMICO FORMAL.** Tiene por objetivo el transmitir maestría en el uso de la GLADP en la práctica diaria, tanto clínica, como educacional, de investigación o de planificación de políticas de salud. Su duración es de aproximadamente 40 horas; requiere de un número ilimitado de docentes (según los recursos con que se cuente) y está destinado a un número también ilimitado de participantes, entre los que se incluye a estudiantes de pre y postgrado de carreras relacionadas con la salud mental (médicos generales, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, etc.). Usa el mismo material que el taller y su contenido está constituido por todos y cada uno de los componentes del manual de la GLADP que deben revisarse con detalle. Idealmente, debe incluir un proyecto de investigación al final del curso, que permita documentar la competencia del estudiante en el uso del diagnóstico pautado y, en particular, de los conceptos de la GLADP.

PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN

Dos líneas de investigación general han sido identificadas en los planes del grupo de dirección de la GLADP, las cuales pueden resumirse en lo acápites: a) investigar el modelo diagnóstico y, b) investigar CON el modelo diagnóstico. Respecto de la primera línea, tópicos críticos lo constituyen: a) la aplicabilidad, aceptabilidad y eficiencia del sistema diagnóstico para la práctica clínica diaria; b) la validez de las categorías y subcategorías diagnósticas y su utilidad para la planificación diagnóstica, así como su eficiencia en informar el tratamiento de la condición clínica del paciente; y c) la fiabilidad de las categorías diagnósticas y las posibilidades de mejorar las descripciones nosográficas con el fin de hacerlas más fiables y más válidas. La investigación con el modelo diagnóstico debiera permitir: a) obtener una epidemiología adecuada de la morbilidad psicosocial en la región; b) estudiar de manera eficiente la

discapacidad producida por la enfermedad psiquiátrica; c) identificar efectivamente los principales factores de riesgo y, consecuentemente, los factores protectores en la morbilidad psiquiátrica; y, finalmente, d) el impacto de la enfermedad mental sobre la calidad de vida de la población latinoamericana. A continuación hacemos una descripción más detallada de algunas de estas perspectivas específicas de investigación.

Los estudios de fiabilidad del modelo diagnóstico pueden plantearse a través de viñetas de casos tipo, ya sea mediante descripciones escritas y/o entrevistas grabadas en vídeo que permitan clarificar, por ejemplo: a) el grado de acuerdo entre clínicos de un país determinado; b) el grado de acuerdo entre clínicos de distintos países de la región; y c) la consistencia temporal de las categorías diagnósticas. Todo esto podría proporcionar la información necesaria para depurar, en revisiones futuras, los criterios diagnósticos que afectan la fiabilidad de las categorías y subcategorías de la nosología psiquiátrica.

Respecto de los estudios de validez y utilidad clínica, proponemos tres áreas importantes de investigación: La primera sería establecer aquellos criterios de validez y utilidad que sean verdaderamente efectivos, estudiando, por ejemplo, la competencia de los criterios de validez propuestos por el grupo de San Luis (Robins y Guze, 1970): a) descripción clínica; b) estudios de laboratorio; c) exclusión de otros trastornos; d) estudios de seguimiento; e) estudio de familia. La segunda, estudiar los diversos tipos de validez (de rostro, de constructo, concurrente y predictiva, por ejemplo) de las diversas categorías y subcategorías que constituyen la nosología de la GLADP; y, finalmente, la tercera, el estudio de proyectos más exigentes de certeza diagnóstica (ver, por ejemplo, Faraone y Tsuang, 1994) que incluirían estudios de sensibilidad, especificidad, poder predictivo positivo y poder predictivo negativo de los criterios diagnóstico que conforman las diversas categorías nosológicas de la GLADP.

Los estudios epidemiológicos utilizando la GLADP requerirán de la elaboración (o la incorporación) de instrumentos adecuados de sistematización de la evaluación diagnóstica, tales como entrevistas estructuradas y semi-estructuradas, así como de escalas de síntomas (o síndromes), disfunción psicosocial, factores de riesgo, resiliencia, y calidad de vida, por ejemplo. Algunos de estos proyectos se están ya efectuando en diversos países de la región.

Finalmente, puede sugerirse que, la consecuencia natural de todos estos esfuerzos educativos y de investigación debiera ser la posibilidad de contribuir a la depuración y refinamiento de los criterios diagnósticos, de acuerdo a variables diversas, tales como la edad (niños y adolescentes, por ejemplo); grupos socio-culturales (grupos hispanos en Estados Unidos, por ejemplo, en comparación con no emigrantes); área de habitación (población urbana versus rural, por ejemplo). De esta manera, la nosología psiquiátrica latinoamericana podrá contribuir afirmativamente a mejorar los modelos diagnósticos internacionales y a proveer datos útiles para las decisiones políticas en salud mental que contribuyan al bienestar de la población latinoamericana. La tarea parece claramente desafiante, pero no imposible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3ª ed. DSM-III. Washington, DC: Autor.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) (2004). Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico. América Latina: Autor.
- Faraone, SV, Tsuang, MT (1994). Measuring diagnostic accuracy in the absence of a “gold standard”. The American Journal of Psychiatry, 151, 650-657.
- Feighner, JP, Robins, E, Guze, SB, y Cols., (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Archives of General Psychiatry, 26, 57-63.
- Jaspers, K (1959, 1997). General psychopathology. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Kendell, R, Jablensky, A (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. The American Journal of Psychiatry, 160, 4-12.
- Kendler, KS (2006). Reflections on the relationship between psychiatric genetics and psychiatric nosology. The American Journal of Psychiatry, 163, 1138-1146.
- Mezzich, JE, Berganza, CE, von Cranach, M, et al (2003, May). Essentials of the World Psychiatric Association's International Guidelines for Diagnostic Assessment. The British Journal of Psychiatry, 182. (Suppl. 45).
- Robins, E, Guze, SB (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. The American Journal of Psychiatry, 126, 983-987.
- Villaseñor, S, Mezzich, JE, Otero, A, y Cols. (2006). Clinical care, educational research and experience with GLADP. Presentado en el 159º Congreso de la Asociación Psiquiátrica Americana. Toronto, Canadá. 20 de Mayo de 2006.
- World Health Organization (1992). International statistical classification of diseases and related health problems. Geneva: Autor.





DR. SERGIO JAVIER VILLASEÑOR BAYARDO

De la tecla al ciberespacio. Ocho años de trabajo en equipo

Las actividades y programas de entrenamiento sistemático con la *Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico (GLADP)* entraron en una nueva etapa a partir de su lanzamiento en forma impresa. La obra se editó y se publicó en Guadalajara, en mayo del 2004, gracias a la editorial de la Universidad de Guadalajara y al patrocinio de Psicofarma, una empresa mexicana.

Con objeto de terminar la obra, se realizó una enorme labor durante ocho años, con colegas psiquiatras líderes de opinión en América Latina. La GLADP se presentó, en su versión electrónica (disco compacto), en el congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) que tuvo lugar en Guatemala en julio de 2002. Posteriormente, en México, en la reunión de San Carlos en junio del 2004, se hizo el lanzamiento oficial de la obra impresa, durante el congreso regional noroeste de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM). Fue un evento muy emotivo y concurrido en donde participaron los doctores: Ángel Otero (Cuba), Juan Enrique Mezzich (USA), Carlos Berganza (Guatemala), Carlos Rojas Malpica (Venezuela), Ismael Salazar (Guatemala), Luis Enrique Rivero (México) y Sergio J. Villaseñor Bayardo (México). Allí se sentaron las bases y se planificó el trabajo que habría de venir con la GLADP.

Poco después, a partir de julio 2005, la GLADP estuvo disponible en versión electrónica. Inicialmente en la página web de la APM (www.psiquiatriasapm.org.mx) y luego en otros websites de distintas sociedades científicas tales como la WPA (<http://www.wpanet.org/home.html>), la APAL, (<http://www.directivaapal.org/>), la sección de clasificación y diagnóstico de la APAL (<http://www.apalsdc.com.ar/>) y próximamente estará en los sitios de otras sociedades científicas que lo han solicitado, tales como la ecuatoriana y la peruana todo lo cual reflejan la amplia aceptación de la GLADP en América Latina.

Luego del evento de San Carlos, Sonora, el comité ejecutivo de la GLADP planteó un proyecto clínico, educativo y de investigación, de largo aliento para todos los países de América Latina. Apenas llevamos un par de años en esta labor y ya tenemos la satisfacción de empezar a ver algunos frutos.

Para este proyecto, se empezó a discutir el papel de la GLADP frente a la unidad y la diversidad del diagnóstico psiquiátrico. Se consideró la necesidad de lograr la implementación de la GLADP en nuestro hemisferio y de valorar las perspectivas educativas así como las implicaciones internacionales.

Se subrayó la importancia de lograr una diseminación amplia, de distribuir gratuitamente un gran número de los ejemplares impresos, de tener la GLADP disponible en las websites de la APM, APAL, WPA, de establecer una buena coordinación con organismos internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Asociación Mundial de Psiquiatría.

Se propuso la consolidación y/o creación de secciones de diagnóstico y clasificación en las sociedades psiquiátricas nacionales, la comunicación con instituciones normativas y académicas nacionales tales como las direcciones de salud mental en los ministerios de salud, en los departamentos de psiquiatría de las facultades de medicina, de las facultades de psicología, de asistencia social y de enfermería. Era pertinente establecer mecanismos de seguimiento para la implementación de la GLADP.

Respecto a las perspectivas de educación con la GLADP, el comité ejecutivo propuso la preparación de presentaciones cortas en eventos internacionales y locales, contando con conferencias, simposia y la presentación y discusión de casos clínicos. Así mismo se propuso la preparación de cursos en congresos internacionales y nacionales de una

duración de 4 a 40 horas, con propósitos y audiencias variables, ofreciendo introducciones didácticas, demostraciones, prácticas comentadas y evaluaciones sistemáticas.

También se pensó en la necesidad de ofrecer suficientes recursos bibliográficos, de distribuir ejemplares impresos y en disco compacto de la GLADP y de empezar la preparación de un libro de casos clínicos latinoamericanos. Además se aprovecharía la traducción al español de las *International Guidelines for Diagnostic Assessment* de la asociación mundial de psiquiatría (WPA) que compaginan con nuestro proyecto. Como mecanismos de extensión educativa se propusieron: el entrenamiento de los futuros adiestradores, la videograbación de presentaciones didácticas y demostrativas y la oferta de cursos por Internet.

En cuanto a la dimensión clínica, parte esencial de nuestro esfuerzo, se diseñaron estudios clínicos que permitieran determinar lo siguiente: la factibilidad, la aceptabilidad y la eficiencia de su uso; la confiabilidad de los principales juicios diagnósticos; la documentación de las oportunidades y de los problemas encontrados; la utilidad para el planeamiento terapéutico y el impacto sobre los resultados de la atención clínica, a saber: reducción de los síntomas y de las discapacidades y el aumento en la calidad de vida. Evidente resultó también la necesidad de aprovechar la GLADP para realizar estudios epidemiológicos, para investigación en servicios clínicos y la inclusión de la guía en estudios comunitarios. Igualmente para lograr repercusiones internacionales nos propusimos demostrar el interés y el uso de la GLADP entre los clínicos latinoamericanos y, a la vez, desarrollar una vasta experiencia contando con recursos educacionales.

También decidimos obtener una validación clínica y epidemiológica.

Tomando en cuenta las propuestas, a partir de junio de 2005, los países en los que hemos ofrecido simposia y talleres para cumplir con el proyecto GLADP son los siguientes: En México, gracias al concurso de la APM y de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco (APJ): 7 simposia/talleres regionales durante 2005-2006. San Carlos, Sonora (junio, 2004, simposium con 190 asistentes, taller con 60), San Luis Potosí (septiembre 2004, simposium 92 asistentes, taller 50), Ixtapa, (octubre 2004, 32 participantes), Guadalajara, (febrero 2005, 20 participantes), Zacatecas, (marzo de 2005, 52 participantes), Veracruz (junio 2005, 28 asistentes) y Los Cabos (noviembre 2005, taller 45 asistentes); Uruguay (Punta del

Este, noviembre 2004 con 24 participantes), Venezuela (simposium/taller en Maracaibo, octubre de 2004, Caracas, marzo 2006, con 30 asistentes), Colombia (2005, simposium), Costa Rica (marzo 2005, simposium/taller, 16 participantes), Perú (2005, simposium/taller) y Argentina (2005, simposium/taller).

Regularmente el número de los participantes que entregaron las evaluaciones del curso fue menor al de los asistentes.

Se han hecho dos impresiones de la GLADP, la primera de 3000 ejemplares y una reimpresión de 1000. Los ejemplares se han distribuido ampliamente en México y, en la medida de lo posible, en los países en donde hemos implementado los talleres. Cabe destacar que en Perú se imprimieron copias para todos los miembros de la asociación psiquiátrica.

Lo que también ha resultado un “best given” (en oposición a best seller), es el número de ejemplares bajados de la página web de la APM que asciende a más de 8000. En Venezuela algunos residentes han solicitado en los cursos de postgrado y a los visitantes médicos que les hagan copias en discos compactos para su distribución. No tenemos el registro del número de consultas a las páginas web de otras sociedades científicas pero esto seguramente confirma el alto nivel de interés que nuestros colegas latinoamericanos tienen por la GLADP. En este momento hay más ejemplares de la GLADP en manos del público que del capítulo quinto de la CIE-10.

Respecto a las simposia seguida de talleres en diversos países del continente ha sido muy alentador escuchar los comentarios de nuestros colegas. A guisa de ejemplo comentaremos los resultados de la evaluación del curso teórico-práctico que impartimos en La Habana el pasado marzo de 2006.

La evaluación es altamente positiva, como se nota a continuación:

- La vasta mayoría de los participantes juzgó muy buenos los componentes teóricos y prácticos. Lo mismo fue el juicio sobre el valor de los componentes de la GLADP para el trabajo clínico, con ventajas para la Formulación Diagnóstica Integral (91 por ciento muy buena) sobre la Clasificación de trastornos mentales (79 por ciento). La gran mayoría volvería a tomar el curso, lo recomienda a otros, y quisiera participar en entrenar a colegas de su país. Las principales sugerencias para mejorar el curso son ofrecer más cursos, incrementar su duración y disponer de más ejemplares de la *Guía*.



Altamente prometedor es también el plan sistemático de desarrollo para divulgar la *Guía* en todo Cuba.

Efectivamente, de tal curso se desprendieron planes de entrenamiento y de formación de grupos de trabajo sobre la GLADP.

El Hospital Psiquiátrico de la Habana y el Grupo Operativo de Salud Mental y Adicciones (GOSMA), de manera coordinada, han instrumentado una serie de cursos para todas las provincias del país. Un grupo de trabajo, integrado, por el Profesor Ángel Otero, el Director o un subdirector del Hospital Psiquiátrico de la Habana y un miembro del GOSMA se trasladarán a la mayoría de las provincias del país. En tales visitas se irán creando grupos de activistas que se integrarán al programa de investigaciones del proyecto GLADP (APAL), así como a otras actividades de superación en este tópico.

Ya se dieron los primeros cursos en la provincia de Pinar del Río, de Ciudad de la Habana y Provincia Habana, y ya están programados otros cursos para los próximos meses.

PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA SOBRE LA UTILIDAD DE LA GLADP

Se han iniciado interesantes programas de investigación clínica y epidemiológica con la GLADP. Su uso cotidiano tiene un par de años en el servicio de psiquiatría del hospital civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde” y paulatinamente se va adoptando en otros servicios de psiquiatría en México y en América Latina.

En el Ecuador, bajo la dirección de los doctores Fabricio Delgado y Carlos Orellana, se han estado discutiendo casos preparados de acuerdo al formato de diagnóstico integral de la GLADP y están preparando un libro de casos ecuatorianos.

En el Curso de Posgrado del Hospital Psiquiátrico de Caracas, se usa de rutina la GLADP para la revista semanal y la presentación de casos clínicos. Hay que subrayar que gracias al proyecto GLADP, gradualmente estamos llegando a incorporar la evaluación de la calidad de vida y el diagnóstico idiográfico en la valoración clínica. Vale la pena destacar la motivación que generan estos aspectos cuando se debaten con los colegas latinoamericanos, esto es determinante en el progreso y aceptación que va ganando la GLADP en el continente.

Existe una investigación epidemiológica en curso, dirigida por el Dr. Javier Saavedra del Perú. Esta investigación se basa parcialmente en la formulación diagnóstica integral de la GLADP. Y es un estudio epidemiológico en salud integral en la costa peruana. El módulo de acceso a servicios que aplican, contiene a partir de la pregunta 27a, las preguntas relacionadas con la Formulación Idiográfica. Con estas preguntas realizaron un “focus group” con pobladores de Puirá (uno de los lugares de la encuesta norte del país), revisándose una por una dichas preguntas y ajustándolas para un mejor entendimiento de las mismas.

Por otra parte, durante esta fase hemos estado recopilando casos clínicos interesantes formulados de acuerdo a la GLADP y consideramos que en los próximos meses podremos terminar una edición didáctica de casos según la guía. Además estamos recabando las opiniones de todos los colegas que participan en las sesiones de trabajo para la segunda edición corregida y aumentada de la GLADP.

Esperamos que el fruto de todo este esfuerzo sirva como una valiosa contribución al ICD-11 y al DSM-V.



Simposia





SERGIO GORJÓN CANO

La psicodinamia en la práctica psiquiátrica

Cuando hablamos de Psicodinamia, es inevitable pensar en el Psicoanálisis, el cual revolucionó nuestra comprensión de la vida mental durante la primera mitad del siglo veinte, dotándonos de una nueva serie de comprensiones acerca de los procesos mentales inconscientes, el determinismo psíquico, la sexualidad infantil, y quizá lo más importante de todo, la irracionalidad de la conducta humana. De acuerdo a Eric Kandel (1998) el premio Nóbel de medicina, el psicoanálisis representa todavía la visión más coherente e intelectualmente satisfactoria de la mente.

En los años que siguieron a la segunda guerra mundial, la medicina se transformó de ser un arte práctico en una disciplina científica basada en la biología molecular. Durante el mismo período, la psiquiatría cambió de una disciplina médica en un arte terapéutico. En los años 50 y hasta los 60 en algunos centros, la psiquiatría abandonó transitoriamente sus raíces en la biología y la medicina experimental y se desarrolló como una disciplina psicoanalítica y socialmente orientada que tenía poco que ver con el cerebro como órgano de la actividad mental.

La extensión de la psiquiatría psicoanalítica no se detuvo ahí, expandiéndose hasta incluir enfermedades médicas específicas. Muchos psiquiatras consideraron que la eficacia terapéutica de las introspecciones

psicoanalíticas podrían no solo solucionar trastornos mentales, sino solucionar otras enfermedades médicas intratables, tales como hipertensión, asma, úlceras gástricas y colitis ulcerativa, enfermedades que no respondían a los tratamientos farmacológicos disponibles en los 40. De esta manera surgió la medicina Psicósomática, y en esta línea, las aportaciones de Franz Alexander (1950) y otros fueron fundamentales.

Pero con el advenimiento de los psicofármacos, la Psiquiatría sufrió un cambio fundamental que la llevó de nuevo a la corriente principal de la medicina académica sobre todo porque empezó a contar con tratamientos efectivos para dos de los padecimientos más devastadores: la depresión y la Psicosis Maníaco depresiva, a utilizar nuevos criterios validados para el diagnóstico de la enfermedad mental y gracias a Seymour Kety (1959) a renovar su interés en la biología de la enfermedad mental y específicamente en la genética de la esquizofrenia y la depresión. De esta manera surgió una brecha entre la Psiquiatría con un enfoque biológico y una Psiquiatría que pretendía tener una visión primordialmente mental, de hecho esta brecha se había iniciado cuando el propio Sigmund Freud (1895) trató de adoptar un modelo neural de la conducta en un intento de desarrollar una psicología científica. Debido a la inmadurez de la ciencia del cerebro de su época, Freud abandonó este modelo biológico por uno puramente mental basado en los reportes de experiencias subjetivas. En forma similar, en 1930 Skinner rechazó las teorías neurológicas en sus estudios del condicionamiento operante a favor de descripciones objetivas de los actos observables. La consecuencia de la brecha a la que nos hemos referido, motivó también la separación de los métodos terapéuticos de la Psiquiatría y así, se fueron dejando los métodos psicoterapéuticos para los pacientes neuróticos y la psicofarmacología para otro tipo de padecimientos, con la consecuente escisión de los conflictos de los propios pacientes y la división artificial Cartesiana mente-cuerpo. Por otra parte, nuestra época tan necesitada de tiempo ha intentado descartar todo aquello que involucre una mayor inversión del mismo, en detrimento de una comprensión más profunda e integral de los fenómenos humanos, y como reacción a sus dependencias anteriores, la Psiquiatría menospreció durante un buen tiempo las aportaciones invaluable de la visión Psicossocial. Como una muestra de esta nueva arrogancia y estrechez de mente, se ha descuidado en diversas escuelas de Psiquiatría la enseñanza de los descubrimientos del Psicoanálisis, la Psicodinamia y la importancia de la Psicoterapia como



método terapéutico, no obstante las evidencias de las investigaciones que señalan una mejoría mayor de los pacientes cuando el tratamiento de un paciente incluye un abordaje mixto tanto farmacológico como Psicoterapéutico (Gabbard, 2001).

Como consecuencia de este descuido académico en muchos programas de entrenamiento, los nuevos Psiquiatras en formación, quienes saben mucho de neurotransmisores, pero no saben escuchar a sus pacientes, ni que hacer cuando se les vienen encima las dificultades transferenciales y contratransferenciales durante su relación terapéutica, buscan fuera de las aulas la asesoría de psicoanalistas, cuando se sienten confrontados en su práctica con los problemas humanos que no pueden solucionarse solo con la administración de un medicamento o una intervención breve lejos de un marco conceptual coherente de lo que es la naturaleza humana.

El gran interés despertado por los hallazgos neurobiológicos de los últimos tiempos, posibilitados por las nuevas técnicas de neuroimagen, la investigación de neurotransmisores y neuroreceptores, y la genética molecular, y los nuevos conocimientos sobre el desarrollo postnatal y el funcionamiento del cerebro han permitido empezar a hacer una correlación entre estos hallazgos y el psicoanálisis que ya había esbozado Freud hace más de un siglo en su proyecto de una psicología para Neurólogos (Freud 1895). A su vez las observaciones de la psicología profunda ostensibles sólo en la clínica han contribuido a la interpretación de los hallazgos de la Neurociencia.

Conforme a esto, la Psiquiatría no debe ser una disciplina dividida-ni menos aún enfrentada-, con los especialistas “biologicistas” en un campo y aquellos “psicologicistas” en otro. Ambos posicionados, y mutuamente excluyentes, proporcionan una visión empobrecida de la psicopatología. El funcionamiento cerebral y mental son realidades inseparables: dos aspectos de la misma entidad natural. Constituye una actitud anticientífica o, cuando menos, una señal de conocimiento incompleto, creer que puede existir una neurobiología válida sin consideración por los fenómenos mentales, o teorías psicológicas y psicopatológicas desligadas de la Neurociencia.

Desde sus inicios el Psicoanálisis nos ha provisto de un modelo insuperable de la mente, el modelo Psicodinámico, nos ha permitido esclarecer una gran cantidad de fenómenos clínicos cuya comprensión no queda satisfecha exclusivamente por un abordaje fenomenológico y una clasificación descriptiva.

¿PERO QUE ES LA PSICODINAMIA?

De ser inicialmente una de las perspectivas desde las cuales Freud (1900) concibió el aparato mental para referirse a toda una serie de fuerzas en pugna en el interior de la Psique: de impulsos que buscan su expresión y el rechazo de las mismas, lo cual expresa el perpetuo conflicto interno, la Psicodinamia fue perpetuándose en un marco científico a partir del cual pueden entenderse numerosas manifestaciones del funcionamiento mental y la conducta humana. En la actualidad, el punto de vista psicodinámico señala también los defectos o carencias en las estructuras psíquicas como explicaciones de diversos fenómenos psicológicos normales o patológicos, por ejemplo, la explicación de Kohut (1977) sobre la génesis del Narcisismo

La Psicodinamia se basa en los siguientes principios fundamentales:

Primer principio psicodinámico: La experiencia subjetiva es fundamental y diferente en cada individuo y si se trata de manifestaciones psicopatológicas, también éstas tienen un significado particular para cada persona. Al contrario del punto de vista fenomenológico y descriptivo que le interesa más bien las similitudes de acuerdo al modelo médico tradicional. Tal es el caso de las diversas clasificaciones psiquiátricas.

Por otra parte, la Psicodinamia concibe un mundo interno en el que los sueños, fantasías, temores, impulsos, deseos etc. cobran particular importancia.

Segundo principio psicodinámico: La Psicodinamia concibe un modelo conceptual de la mente que incluye el inconsciente. Freud (1915) reconoció dos tipos diferentes de contenido inconsciente: 1) el preconscious (es decir contenidos mentales que pueden ser fácilmente atraídos a la conciencia por el simple desvío de la atención) y 2) el inconsciente propiamente dicho (es decir contenidos mentales que son censurados porque son inaceptables y entonces son reprimidos y no fácilmente atraídos a la conciencia).

El inconsciente, el preconscious y los sistemas conscientes de la mente componen lo que Freud denominó el modelo topográfico. Su convicción acerca del inconsciente provino de dos piezas mayores de evidencia clínica: los sueños y los actos fallidos.

No hay ninguna actividad perceptual o cognoscitiva sin componentes anímicos. Estos a su vez, han estado mediados por la capacidad

cognoscitiva del sujeto en cada etapa de maduración y han sido adquiridos a través de su prisma perceptual individual. No existe una “memoria”, sino todo un sistema y subsistema de memorias.

Los estudios actuales de la memoria (Paniagua 1995) nos han permitido distinguir dos fundamentales tipos de memoria: la memoria *explícita* que puede ser *genérica* que involucra el conocimiento de hechos o ideas, o episódica la que implica la memoria de incidentes autobiográficos específicos. La memoria implícita puede ser de *procedimiento*, que abarca el conocimiento de habilidades tales como tocar el piano y el conocimiento de comportamiento en la relación con otros y *asociativa* que nos proporciona las conexiones entre los sentimientos, ideas, personas, eventos, hechos o palabras. Este último tipo de memoria es primordialmente inconsciente y de particular importancia para la psicodinamia

Actualmente sabemos que lo que Freud había deducido de hechos clínicos tiene un correlato neurobiológico: la memoria explícita o declarativa tiene que ver con registro del hipocampo y la memoria implícita, no declarativa es propia de la amígdala y ambas pueden estar disociadas como ya Freud lo había señalado en lo que llamó “recuerdos encubridores” o como puede verse más claramente en las neurosis traumáticas y los síndromes de estrés post-traumático. En efecto, el paciente con estas patologías sufre crisis de angustia y otros síntomas físicos secundarios a descargas adrenalínicas sin los recuerdos explícitos que han de ir asociados. La labor del psicoterapeuta en estos casos consiste en analizar empáticamente este fenómeno inconsciente de disociación y ayudar al enfermo a procesar el trauma de modo explícito, poniendo en su lugar los referentes temporo-espaciales, ayudando a la persona a disminuir en el presente los componentes implícitos somáticos, emocionales y conductuales de la impresión mnémica.

Tercer principio psicodinámico: Determinismo Psíquico. De acuerdo a este principio de la Psicodinamia y tomando en cuenta que los síntomas y comportamientos de los seres humanos, son las manifestaciones externas de procesos inconscientes, nada en la conducta deja de ser explicado a través de dichos procesos y la aparente libertad de nuestros actos está determinada por fuerzas ajenas a nosotros (Gabbard 2002).

De esta manera muchas acciones resultan difíciles de entender, puesto que pueden ser diversos los motivos inconscientes que los expliquen, es decir multi-determinados, pero también diversos actos se condensan

en un motivo primordial. Y así como pueden resultar inexplicables nuestras acciones por estos mismos dos mecanismos mentales, resultan inexplicables aparentemente nuestros sueños.

Cuando nos encontramos ante síntomas psicológicos, las limitaciones a nuestra libertad se hacen más evidentes. Por ejemplo una persona necesita ser maltratada para obtener orgasmo en sus relaciones sexuales.

La clínica de la Terapia de parejas muestra claramente en la elección de pareja este principio de determinismo Psíquico. Lo que explica que muchas personas repitan una y otra vez las mismas relaciones desafortunadas. Como se dice “tropiezan con la misma piedra”

Desde luego que si alguien sufre un infarto cerebral y olvida el nombre de sus familiares, no se trata de una motivación inconsciente.

Cuarto principio psicodinámico: Las teorías del desarrollo han sido siempre el centro de la Psiquiatría dinámica. Freud (1905) postuló que el niño pasa a través de tres estadios psicosexuales principales en su camino a la madurez: el oral, el anal y el genital; cada uno de ellos está particularmente asociado con una zona del cuerpo en la que Freud creyó que estaba concentrada la libido o la energía sexual del niño. A raíz de un trauma del ambiente, de factores constitucionales o de ambos, el niño puede quedar detenido en su desarrollo en el estadio oral o anal, lo que da como resultado una fijación que se mantiene hasta la vida adulta. Frente al estrés, el adulto puede regresar a esa fase del desarrollo más primitiva, y manifestar la organización mental de la gratificación instintiva asociada con dicha fase. Si bien Freud reconstruyó el desarrollo infantil en forma retrospectiva basado en reportes de pacientes adultos en Psicoanálisis, subsecuentes investigadores psicoanalíticos estudiaron el desarrollo prospectivo a través de la observación y tratamiento de infantes y niños. De hecho, esta es la línea de investigación Psicodinámica que más frutos ha dado después de las aportaciones iniciales hechas por Freud. En este sentido los estudios de Melanie Klein (1946), Ana Freud (1936), Winnicott (1965), y Margaret Mahler (1977) fueron pioneros. Pero si en alguna área ha continuado vivo el Psicoanálisis es en ésta.

Así, toda la teoría de Kohut sobre el Narcisismo (1971/1977), destaca el papel central que juega en el desarrollo, la respuesta empática de los primeros objetos infantiles.

Todas estas teorías y observaciones clínicas sobre el desarrollo mental infantil, destacan el papel tan importante que juega la angustia



y las dificultades para calmarla por parte de los adultos, en la génesis de las diferentes perturbaciones en la evolución de la estructura de la personalidad. Y los hallazgos de las Neurociencias han venido a confirmar hasta qué grado estas influencias llamadas traumáticas pueden modificar la expresión genética y las conexiones neuronales que pueden explicar las particularidades de diversos comportamientos psicopatológicos del adulto tal como Kandel (1998) lo señala.

De esta misma línea subjetiva de investigación se han apropiado las corrientes interpersonal y sistémica para identificar las diferentes influencias familiares y sociales que pueden paralizar o distorsionar un ciclo vital.

El proceso del desarrollo pues, es un ínter juego entre los rasgos heredados y los factores ambientales que moldean esos rasgos como lo demuestran los estudios de gemelos.

El Psiquiatra que esté más atento a los datos del pasado de un paciente estará en mejor postura para comprenderlo y otorgar la ayuda apropiada, sin recurrir como primera medida a la administración de un psicofármaco (aunque también lo requiera) ignorando los factores de su personalidad participantes de su padecimiento.

Quinto principio psicodinámico: Uno de los descubrimientos centrales de la Psicodinamia que más ha contribuido a comprender la relación Médico-paciente, es el fenómeno de la transferencia, es decir la supervivencia de patrones infantiles de la organización mental infantil en la vida adulta los cuales son revividos por el paciente en su relación con el médico. Y aunque cuando se habla de transferencia, es inevitable pensar primero en el Psicoanálisis o la Psicoterapia, el fenómeno de la transferencia no solo se expresa ahí, sino en cualquier situación humana donde los otros cobran particular significación en la vida de uno. Desde este punto de vista, el Médico, el Psiquiatra llega a ocupar un papel central en la vida de muchos de sus pacientes, lo cual frecuentemente es olvidado, y una tentativa de suicidio, una psicosis y hasta una enfermedad física puede precipitarse por este descuido.

Existen dos dimensiones de la transferencia: 1) la dimensión repetitiva, en la que el paciente teme y espera que el terapeuta se comporte como sus padres lo hicieron, y 2) la dimensión de objeto del Self, en la que el paciente espera una experiencia cicatrizante o correctiva que faltó en la niñez.

Pero la transferencia también estará presente cuando el Médico trabaje con la familia del paciente, e inevitablemente será el depósito de las expectativas y proyecciones que el grupo en conjunto o cada uno de sus miembros deposite sobre él.

Sexto principio psicodinámico: La contratransferencia: El concepto de contratransferencia ha sufrido una considerable evolución desde su concepción. La definición limitada de Freud (1912/1973) se refería a la transferencia del analista al paciente o la respuesta del analista frente a la transferencia del paciente, lo cual señalaba la presencia de conflictos irresueltos en el inconsciente del terapeuta. Pero este concepto ha evolucionado desde que Winnicott (1947/1981) notó una forma diferente de contratransferencia en el trabajo con pacientes psicóticos y con los desórdenes severos de los trastornos de la personalidad. Denominó a este sentimiento *odio objetivo*, ya que no era una reacción proveniente de conflictos irresueltos en el terapeuta sino más bien una reacción natural al comportamiento violento o extraño del paciente.

Particularmente útil para comprender el fenómeno de la contratransferencia en su concepción actual, es necesario referirnos al mecanismo defensivo de la *identificación proyectiva* inicialmente descrito por Melanie Klein y que consiste en atribuir aspectos inaceptables de uno a otro. Dicha *identificación proyectiva* se produce a través de tres pasos:

1. El paciente proyecta una representación del Self o del objeto sobre el terapeuta.
2. El terapeuta inconscientemente se identifica con aquello que es proyectado y comienza a sentirse o comportarse como la representación del Objeto o del Self proyectado en respuesta a la presión interpersonal ejercida por el paciente hecho al que Greenberg denominó *contraidentificación proyectiva*.
3. El material proyectado es “procesado psicológicamente” y modificado por el terapeuta, quien lo devuelve al paciente vía reintroyección ejerciendo de esta manera una influencia sobre las propias representaciones del Self y el objeto del paciente.

La *identificación proyectiva* generalmente opera junto con la escisión, y ambos mecanismos operan conjuntamente para mantener separados lo “bueno” de lo “malo”.

Detectar estos mecanismos resulta especialmente útil para el Psiquiatra sólo o en colaboración con otros especialistas sobre todo cuando se trata a pacientes fronterizos, para poder comprender las intensas reacciones contratransferenciales que este tipo de pacientes provocan en el profesional o en el equipo. Por ejemplo durante una internación hospitalaria, una paciente fronteriza puede provocar verdaderos enfrentamientos entre los diferentes miembros del equipo encargados de la atención del paciente representando cada parte del equipo las partes “buenas” o “malas” de sus propios objetos o su Self proyectados en el personal.

El séptimo principio de la psicodinamia se refiere a la Resistencia, es decir la tendencia inconsciente de los pacientes a oponerse a los esfuerzos del médico para evitar su curación, en el caso del psicoanálisis para evitar el insight y el cambio. La resistencia acompaña al tratamiento en todo momento y en toda relación terapéutica, particularmente si es prolongada y estrecha, como ocurre con un enfermo crónico. Responde a la intención de evitar sentimientos dolorosos como: angustia, culpa, vergüenza, excitación, envidia, odio etc. o abandonar los beneficios de una enfermedad.

La resistencia puede manifestarse de diversas formas: llegar tarde a las citas, no tomar los medicamentos, olvidar la receta, no hablar, no cubrir los honorarios, seducir etc.

La resistencia representa frecuentemente afectos o impulsos en contradicción, pero también la relación de esos afectos e impulsos en conflicto con un objeto del pasado.

El que el Psiquiatra pueda percatarse de esto, lo hará menos susceptible a las decepciones o enojos ante sus pacientes, se quejará menos de “ingraticudes” y le hará más agradable e interesante su práctica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Alexander F: *Psychosomatic Medicine: Its principles and Applications*. New York, W.W.Norton, 1950.
- 2- Freud A: *The ego and the mechanisms of defense* (1936), in *The Writings of Ana Freud*, Vol. 2 New York, International Universities Pres, 1996.
- 3- Freud S: *Proyecto de una Psicología Científica para Neurólogos*, 1895 en *Obras completas*. Madrid Biblioteca Nueva, 1973.
- 4- _____: *La interpretación de los sueños* (1900), en *Obras completas* 1973.
- 5- _____: *Tres ensayos sobre la sexualidad Infantil* (1905) *Obras completas*. Madrid, 1973.

- 6- _____: *La dinámica de la Transferencia* 1912, en Obras completas 1973.
- 7- _____: *Lo inconsciente* (1915), en Obras Completas 1973.
- 8- Gabbard G: *Destino del tratamiento integrado: ¿qué fue del psiquiatría biopsicosocial?* Am J. Psychiatry 2001; 158: 1956-1963.
- 9- _____. *Psiquiatría Psicodinámica en la práctica clínica*. Panamericana. Madrid, 2002.
- 10- Grinberg L: *Psicoanálisis, aspectos teóricos y clínicos*. Paidós. Buenos Aires, 1981.
- 11- Kandel E: *From Metapsychology to molecular Biology; Explorations into the nature of Anxiety*, Am. J. Psychiatry 140: 10, October 1983.
- 12- Kandel E: *Biology and the future of Psychoanalysis: A new Intellectual Framework for Psychiatry*, Am. J. Psychiatry 155: 4, April 1998.
- 13- Kohut H: *Análisis del Self*, Amorrortu Editores 1977.
- 14- Klein M: *Notas sobre unos mecanismos esquizoides*. Obras completas Paidós, Buenos Aires, 1983.
- 15- Mahler M: *El nacimiento psicológico del infante humano*, Edit. Marymar, Buenos Aires 1977.
- 16- Paniagua, C: *Common ground, uncommon methods*. Int. J. Psychoanal, 1955; 76: 357-371.
- 17- Winnicott D: *El proceso de maduración en el niño* 1965. Laia Barcelona 1981.
- 18- _____: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* 1958, Laia Barcelona 1981.



JOSÉ LUIS ESTRADA GARCÍA

La rehabilitación del paciente crónico en los hospitales de día. La experiencia del hospital de fin de semana

Cuando residente, leí en un libro de psiquiatría, que los pacientes esquizofrénicos estaban condenados a ser tratados, dentro de las instituciones públicas, por personal novato y sin experiencia, lo que favorecía que tuvieran una mala evolución, fomentando las recaídas y el deterioro.

Tal afirmación, de la que no tuve duda, me produjo una inquietud que me ha acompañado durante toda mi vida institucional. Con esta idea siempre presente y una convicción de que era necesario modificar las formas de atención del hospital, en 1993, me incorporé al Servicio de Hospital Parcial de Fin de Semana, en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Compartiré con ustedes algunos de los aspectos importantes de mi experiencia en dicho servicio del 93 hasta diciembre del 2005. La pretensión es mostrarles un poco del proceso en el que participé para conformar un equipo especializado en la atención de pacientes esquizofrénicos, así como algunas de las características del Modelo que guiaba nuestra labor. Al inicio de los noventa, ante las exigencias de cambio que se le hacían al Hospital Psiquiátrico, se crea la División de Hospital Parcial, Rehabilitación y Psiquiatría Comunitaria (ahora Subdirección de Servicios Ambulatorios).

En 1991, nace el Programa de Hospital de Fin de Semana, perteneciente a Hospital Parcial, con el propósito inicial de abrir un espacio a los pacientes psicóticos ambulatorios y sus familiares que no podían ser atendidos en el Hospital de Día (entre semana).

Al Dr. Oscar Ojeda, le toca la misión de organizar dicho servicio, con la consigna de elaborar un Programa que funcionara, evaluando las actividades hasta entonces realizadas, determinando sus objetivos, una vez establecidos los del programa general. El Servicio contaba entonces con cuatro psicólogos, una residente de psiquiatría de cuarto año, más pasantes de psicología, una trabajadora social, dos terapeutas ocupacionales

En 1993, con la intención de no limitarse a una visión estrictamente psiquiátrica, sino de ampliarla, y con el propósito de conferirle seriedad y formalidad al trabajo grupal, regreso al hospital. Estaba en el tercer año de mi formación como analista de grupos. Se me encomienda la fundamentación de un Modelo de Atención Integral para pacientes esquizofrénicos.

En ese entonces sólo se atendían 16 pacientes. Las actividades eran desarticuladas y sin marcos referenciales. Nos propusimos buscar un modelo asistencial afín a nuestras inquietudes. Encontramos que en cada país, estos dispositivos obedecían a las necesidades locales, lo que nos dio una cierta libertad para idear nuestro propio modelo.

Nuestras ideas estaban más cercanas a los modelos franceses, más psicodinamistas, que a los estadounidenses, más inclinados a lo socioeducativo. Pretendíamos conformar un modelo de atención que tuviera como eje el grupo, y que se nutriera de una visión integradora con fundamentos psicológicos (principalmente analíticos), biológicos y sociales. Integral, más allá de los mimbres rehabilitadores que estaban (y están) de moda. Se nos permite trabajar libremente, sin mayores intrusiones, imposiciones o restricciones por parte de nuestras autoridades.

Estábamos seguros de que una visión integradora de la psicosis, con fundamento psicoanalítico, preferentemente, del campo de las Relaciones Objetales (por nuestras filias), enriquecería nuestro abordaje de la esquizofrenia. Asimismo, era indispensable contar con un dispositivo grupal, con la certeza de que el grupo representaba el instrumento ideal para el manejo que requerían nuestros pacientes, de acuerdo a las posibilidades institucionales. Finalmente, entendiendo las limitaciones

institucionales para un abordaje de la familia de nuestros pacientes, pero reconociendo que no podíamos pretender un manejo integral del paciente sin la participación familiar, debíamos profundizar en nuestros conocimientos sobre las diversas teorías al respecto.

Con estas tres necesidades principales, y con la urgencia de justificar nuestras actividades, nos dimos a la tarea de buscar la forma más adecuada para solucionar nuestros problemas, continuando, al mismo tiempo, con nuestra labor asistencial.

EL SEMINARIO

Pensamos en matar los tres pájaros de un tiro: la psicosis, el grupo y la familia, a través de un seminario planeado como un dispositivo grupal de estudio. Era necesario que el equipo tuviera una experiencia grupal, indispensable para su aprendizaje, a la vez que posibilitara el abordaje de las teorías psicoanalíticas y familiares de la psicosis. Organizamos entonces un seminario diseñado a partir de los grupos de estudio de Anzieu, con los ajustes necesarios para su implementación en el servicio, considerando los inevitables atravesamientos que se tendrían.

La idea original era revisar la bibliografía básica sobre el grupo y el psicoanálisis, por un lado, y tener una introducción a las teorías más importantes sobre la familia, por el otro, dividiendo el seminario en dos cursos. Sólo se cubrió el primero, el dedicado a lo grupal, por la deserción de quien se haría cargo de coordinar la segunda parte. Se elaboró un programa que incluía la revisión de: Anzieu y Martín (La Dinámica de los Grupos Pequeños); las ideas de Lewin y sus seguidores; Kissen (algunos artículos); a Bion; a los psicoterapeutas del grupo (Grinberg, Langer y Rodrigué); algo de Pichón - Riviere, Wolf, Yalom, Foulkes; El Grupo y lo Inconsciente, de Anzieu, y algunos artículos de José Antonio Carrillo. Se incluyó la revisión de un modelo operativo de psicoterapia breve grupal, con el que empezamos a abordar a los pacientes.

Se enriqueció la experiencia incluyendo, por igual, a pasantes de psicología, residentes de psiquiatría, psicólogos y psiquiatras.

Al concluir el seminario observamos sus primeras (y más importantes) consecuencias en el equipo. Una parte importante de los participantes se decidieron a tomar terapias grupales, algunos iniciaron estudios en AMPAG, la Escuela de Psicodrama, la UNAM, con el fin de prepararse

para la labor que teníamos que realizar. Si bien, no todos concluyeron estos estudios y análisis, quedó claro, en el resto de la Institución, que había la necesidad de tomarse en serio el trabajo con los pacientes.

Esta experiencia de Seminario, así como diferentes talleres formaron parte de la capacitación que continuamente se proporcionó, sobre todo en los primeros años del servicio. El equipo sale con una integración importante y una moral elevada. Se establecen las bases de una cultura grupal, y se conforma el pie de equipo, que se encargaría de transmitir la mitología del servicio.

EL MODELO INICIAL

Una vez pasadas todas estas experiencias organizativas, estuvimos en posibilidad de conformar un Programa para el servicio. Considerando como objetivo principal el procurar una atención integral a los pacientes psicóticos (principalmente esquizofrénicos), nos planteamos tres objetivos específicos, de los que se desprenderían otros más: limitar el cuadro sintomatológico, fomentar la conciencia de enfermedad (necesaria para lograr una alianza terapéutica) y promover la rehabilitación del paciente. Además, trabajar con las familias para lograr su sensibilización, una toma de conciencia y un cambio de actitud hacia la enfermedad y los enfermos mentales.

Para lograr nuestros propósitos se estructuró un programa en tres ejes, que pudiera dar cuenta de un abordaje multi e interdisciplinario y que fuera integral en doble sentido, en el bio-psico-social y en el de lo diagnóstico, lo terapéutico y lo rehabilitatorio. Por otra parte, ante la exigencia y necesidad de homogeneizar grupos y responder a disposiciones administrativas, se consideró importante la configuración de tres niveles básicos de atención, dados por el nivel de funcionamiento del paciente, evaluado a través de escalas psicológicas y psiquiátricas. Estas evaluaciones nos permitirían, a la vez que homogeneizar nuestros grupos, estructurar un trabajo por ciclos, dada la imposibilidad administrativa de realizar un manejo a largo plazo. Igualmente, nos facilita pactar objetivos grupales e individuales alcanzables. De esta suerte, el primer nivel de atención funcionaba como espacio de recepción, evaluación e ingreso. En el segundo nivel, se promovía la conciencia de enfermedad, buscando la limitación al máximo de la sintomatología. Se fomentaba

que el paciente y su familia asumieran la responsabilidad que les tocaba en el problema. Que el paciente se comprometiera en su tratamiento y recuperación. En el tercer nivel, una vez con mayor conciencia y menor sintomatología, se establecían las condiciones necesarias para que el paciente se reintegrara a la familia y a la sociedad. Concluido su paso por los niveles mencionados (pactados en 25 sesiones semanales) o adquiridas las capacidades adecuadas, el paciente se integraba a los grupos de transición, donde elaboraba la salida del servicio y, si se podía, del hospital. Sin pretender adentrarnos en todos los aspectos del Modelo, nos referiremos a la estructuración del mismo y de las actividades que le dieron forma.

Eje Individual

En este eje se contemplaron las actividades de corte psiquiátrico tradicional, actividades llevadas a cabo a través de la conformación de equipos interdisciplinarios, integrados por un psiquiatra (responsable del equipo), un psicólogo, y pasantes de psicología en servicio social o en prácticas profesionales. Al principio, los equipos se hacían cargo de la evaluación inicial del paciente, ubicándolo dentro del nivel que le correspondía. Posteriormente, se integraron responsables por niveles y un equipo de evaluación que asumía la tarea señalada, encargándose del ingreso, selección y distribución de los pacientes, así como de su posterior evaluación. Ya ingresado el paciente a su nivel correspondiente, se pactaban objetivos con él y su familia, preparándolos para su paso por el servicio. En dichas evaluaciones y consultas se les informaba del nivel al que el paciente y la familia ingresarían, explicándoles las actividades que se desarrollaban en dicho nivel. Luego, el equipo interdisciplinario designaba un responsable que se hacía cargo de la asistencia terapéutica del paciente, llevando el seguimiento individual de cada paciente, trabajando sobre la conciencia de enfermedad, fortaleciendo la alianza terapéutica y procurando dar un apoyo al paciente para que concluyera, felizmente, su estancia en el servicio. El psiquiatra responsable del equipo (y del nivel) llevaba el control del tratamiento farmacológico, básico en el manejo de los pacientes que atendemos, manejo farmacológico que es proporcionado por el Hospital. Una vez que concluye el paciente su estancia en el nivel que le corresponde, se realizaban las pruebas psicológicas y escalas psiquiátricas, que permitían contar con parámetros más

claros para evaluar la evolución y destino del mismo. El trabajo en los niveles no era lineal. Se basaba en las condiciones del paciente, de tal forma que, cuando el paciente adquiría conciencia de enfermedad, una cierta responsabilidad con su tratamiento, motivación para el cambio y un sentido de grupo, se le colocaba en grupos de transición para elaborar su salida del servicio.

Es importante mencionar, que llamamos asistencia terapéutica individual, a la relación entre el responsable del equipo y el paciente. Asistencia que, con un enfoque psicodinámico procura una alianza terapéutica individual, como soporte psicológico que facilite la aceptación del paciente del esquema que se le propone. Asistencia flexible, cercana, más allá de la tradicional consulta psiquiátrica fría e impersonal. En las primeras etapas del programa, incluimos en esta asistencia, por igual, a psiquiatras, residentes, psicólogos y pasantes de psicología. La experiencia fue enriquecedora, proporcionando un sentido de horizontalidad importante. A la fecha, estas actividades las realizan los psiquiatras, tras la salida de los psicólogos del servicio.

Eje grupal

El armado del Programa giraba en torno al Modelo de Psicoterapia Breve Grupal, pensado en función de la necesidad de trabajar los aspectos psicológicos involucrados en la falta de conciencia de enfermedad y en la naturaleza misma de la psicosis.

PSICOTERAPIA BREVE GRUPAL. El esquema de la psicoterapia breve grupal que se adopta, procede de la revisión de algunos de los autores más importantes en este campo (Estrada, 1995). Es una psicoterapia que busca reforzar las partes sanas, llevando al paciente a un ejercicio terapéutico de preparación, favoreciendo la conciencia de enfermedad y la necesidad de un manejo a largo plazo. Al inicio, pensamos en períodos de terapia focalizada, con la posibilidad de recontratos, como una forma de que el paciente aceptara la necesidad de llevar una psicoterapia a largo plazo.

Así, se implementa un esquema a 25 sesiones, de 90 minutos de duración. Cada grupo sesionaba en su propia aula, semanalmente. Trabajamos en coterapia, por las ventajas inherentes a ella. Los grupos se



conforman con 10-12 pacientes con características lo más homogéneas posibles.

La selección estaba dada por los criterios de asignación por niveles, evaluando la cantidad y gravedad de la sintomatología (PANSS, BPRS), el nivel de conciencia de enfermedad, y el grado de adaptación en el último año (GAF).

Nuestra Psicoterapia Breve se sustentaba en las teorías de la Psicología del Yo. Trabajamos con un concepto sencillo de foco, definido como un síntoma circunscrito, o una área de dificultad, cuya solución satisficiera las necesidades presentes del paciente.

GOAT. Otro dispositivo central en el programa ha sido el llamado GOAT (Grupo de Orientación y Asistencia Terapéutica). Una vez concluida su evaluación, todos los pacientes ingresados pasan al GOAT. Este es un grupo psicoeducativo, de seis meses de duración, aproximadamente. El GOAT consta de un programa de orientación, en el que se exponen temas centrados en la esquizofrenia. Las exposiciones son de 45 minutos. Después de la exposición, el grupo trabaja en círculo, a la manera de la dinámica de grupos. Con el pretexto de los temas, los terapeutas abordan los síntomas, los medicamentos, los efectos secundarios, entre otros. Se disipan dudas. Se fomenta la cultura de grupo y la conciencia de enfermedad. El GOAT es la entrada al servicio. Ayuda a modificar dosis, afinar diagnósticos y establecer vínculos terapéuticos. Se aprovechan la identificación, la socialización y la cohesión. El GOAT sirve de modelo de lo que el paciente encontrará más adelante. Le anticipa el papel preponderante del fármaco, de la alianza terapéutica y del grupo.

SOCIODRAMA. Sabedores de la importancia que tiene la cohesión en los manejos de tipo grupal breve, y reconociendo la dificultad para cohesionar nuestros grupos de psicóticos, nos animamos a ensayar una modalidad de sociodrama, con fundamentos en el psicodrama moreniano, que nos permitiera reforzar la cohesión. Asimismo, a través del juego dramático, procuramos que el paciente identificara sus problemas, buscando soluciones viables y adecuadas mediante la escenificación, la discusión y la elaboración sociodramáticas. Se aprovecha la creatividad del paciente buscando que adopte roles más sanos, rompiendo con sus

estereotipias y sus rigideces característicos. El sociodrama evolucionaría por sí mismo, alcanzaría a establecerse como un psicodrama terapéutico y, por falta de personal calificado, desaparecería en el servicio.

TALLERES EXPRESIVOS. Igualmente, con el primer objetivo de reforzar la cohesión, se diseñaron cuatro talleres originales, aprovechando para ello los conocimientos teóricos de algunos miembros del equipo, así como del entusiasmo y creatividad de algunos pasantes de psicología que habían estado en el seminario (y que a la postre fueron incorporados por la institución). Los talleres resultantes fueron música, literatura, teatro y dibujo. En estos espacios, los pacientes trabajaban sus partes sanas, así como las funciones afectadas, en áreas específicas para cada taller. Con la desaparición del Modelo de Terapia Breve sólo nos sobrevive el taller de dibujo.

EVENTOS. Esta rica actividad grupal se reforzaba con salidas, eventos y festejos, donde el paciente interactuaba con sus compañeros de grupo, con sus familiares, con los compañeros y familiares de otros grupos y con el equipo tratante. Seguimos realizando eventos y festejos, en menor número que antes, con los mismos objetivos.

Eje Familiar

Conociendo las limitantes institucionales para un abordaje terapéutico de la familia, concebimos el trabajo con las familias como un eje primordial para la búsqueda de un manejo integral del paciente psicótico. Se diseñó un programa psicoeducativo donde se contemplaron tres grandes actividades: orientación, reflexión y dinámicas grupales. Posteriormente, se añadió el psicodrama educativo por unos años.

En Orientación se organizaron tres niveles, con ciclos de 25 sesiones en cada uno. En el primer nivel abordamos la enfermedad mental (sobre todo la psicosis), su identificación y características (diagnóstico) y su tratamiento. En el segundo nivel, manejamos el desarrollo psicológico normal y anormal, con énfasis en los modelos psicodinámicos. En el tercer nivel abordamos la familia y su relación con la enfermedad mental.

En los grupos de reflexión, conformados por 10-12 familiares, seguimos el modelo de Dellarosa, enriquecido por otras aportaciones



del campo psicoanalítico de los grupos. Buscamos que la familia hiciera un ejercicio de reflexión, que le permitiera integrar la información vertida en los grupos de orientación. Intentamos que la familia pudiera, con ello, cambiar su actitud hacia el paciente. Los grupos de reflexión representaron dificultades para su manejo, lo que nos llevó a cambiarlos por actividades dinámicas o psicodramáticas.

En Dinámicas, se organizaron tres actividades, de acuerdo a cada nivel. En el primer nivel se manejaban dinámicas grupales integrativas. En el segundo nivel se implementó un taller de resolución de problemas, como aporte desde el campo conductual del manejo de familias. En el tercer nivel se diseñó un psicodrama educativo.

Toda esta actividad con familias viviría su propio proceso de revisión. En la actualidad las actividades tienen su propio programa, enlazado con el programa de los pacientes. Seguimos buscando un modelo operacional para el tratamiento de las familias.

Con este modelo se manejaron 32 grupos, de 1994 a 1998. Los pacientes y sus familiares acudían, como a la fecha, semanalmente. El promedio de la estancia ha sido de tres años.

LA TRANSICIÓN Y SUS GRUPO

De 1994 a 1996, el Dr. Ojeda pasa a la jefatura de H. Parcial, y quedo a cargo del servicio. Empezamos una labor de convencimiento para que se nos permitiera modificar el programa, dejar atrás el modelo por niveles y establecer manejos a tiempo limitado. En este pasaje de un modelo a otro, el grupo de transición resultó ser un elemento importante, no sólo para los pacientes y sus familiares, sino para un equipo que lucía más maduro y prometedor.

Ya para 1995, después de constatar el impacto que el modelo proyectaba, y contando con la anuencia de las autoridades, iniciamos en 1996 el primero de estos grupos

GRUPO DE TRANSICIÓN. El Grupo de Transición nace de la necesidad de darles un espacio a los pacientes más avanzados de los Grupos de Psicoterapia Breve que, hasta el 98, se manejaban en el Servicio, con la finalidad de elaborar las ansiedades provocadas por el alta.

Hasta 1996, se nos permite arrancar la primera de estas experiencias pactada, inicialmente, a seis meses de duración, la Institución nos concedió una prórroga de seis meses más, al cabo de los cuales, por razones de la demanda, (y de las locuras institucionales) se tuvo que suspender el grupo precipitando su terminación. Un subgrupo de estos pacientes se constituiría en pie de un grupo que manejo desde hace diez años en mi consultorio. Esta experiencia, sufrida y accidentada, nos ayudó a convencer a las autoridades que nos dieron la posibilidad de continuar con grupos de transición de dos años, que luego se quedaron abiertos. Obtenemos el conocimiento suficiente para justificar un trabajo a tiempo limitado, iniciándose, en 1997 sendos grupos, en sábado y domingo, con un encuadre que contemplaba el trabajo al menos a dos años. En esta ocasión contamos con todo el tiempo para que la experiencia concluya satisfactoriamente.

Retornamos a la idea original de elaborar las ansiedades que la salida del Servicio les generaría a los pacientes. El análisis incluiría a la Institución, al Servicio y al grupo, de acuerdo a nuestros referentes teóricos psicoanalíticos. De gran ayuda nos resultó la propia experiencia con los Grupos de Psicoterapia Breve. Por otro lado, considerando que nuestra labor se inscribía en el contexto de la Institución, son fundamentales los aportes teóricos de los estudiosos del campo, muy especialmente los inscritos en el Análisis Institucional.

La fundamentación psicodinámica del Servicio, aún cuando se nutre de la Teoría Psicoanalítica de las Psicosis de manera general, es más cercana, en la práctica concreta, al campo de las Relaciones Objetales. De tal manera, que los conceptos de instinto de muerte, ansiedades persecutorias, posiciones, defensas primitivas, fantasía inconsciente, etc., (Klein, 1928, 1933, 1946, 1952, 1957); los supuestos básicos, el ataque al vínculo y al pensamiento (Bion, 1979, 1990); la madre suficientemente buena, el *holding*, el objeto y el espacios transicionales (Winnicott, 1981, 1982), son algunos de los conceptos importantes que nos ayudan a la comprensión de los fenómenos que se presentan en nuestros grupos.

Las experiencias posteriores fueron más satisfactorias y gratas. Y nos permitió confirmar la necesidad de cambiar al modelo a tiempo limitado abriéndose entonces grupos de un y de dos años.

Estos grupos si pudimos trabajarlos a placer, con manejo de dos horas, sesiones con técnicas de acción, sesiones prolongadas, despedidas en forma, disminución de las dosis de los medicamentos, etc.



CONCLUSIÓN ANTICIPADA

El grupo de transición nos permite analizar los mecanismos defensivos primitivos, señalando con especial énfasis el papel de la escisión y la identificación proyectiva en la patología psiquiátrica y en la vida en general del paciente. Quizás no hemos puesto el empeño suficiente en las fantasías inconscientes, pero las imágenes de devoramiento, aniquilamiento, ataque al vientre materno, etc., descritos por M. Klein campeaban en las sesiones. En ese sentido, el de facilitarnos la labor analítica, no tengo duda de que el fármaco ayuda a la integración necesaria para dicho propósito. Con la llegada de la risperidona, en 1994, nuestra labor psicoterapéutica se vio reforzada de manera importante. No hemos encontrado mejor aliado farmacológico que este medicamento. Su capacidad de disminuir los síntomas positivos, dejando un remanente de angustia propicio para la labor analítica, nos permitió el entusiasmo suficiente para continuar con nuestra experiencia.

Los aspectos de la transferencia negativa, erotizada y agresiva, escindida, hacia los terapeutas, la familia y la Institución aparecen en nuestras intervenciones. Ponemos énfasis en interpretar la idealización, la negación, la omnipotencia. Igualmente, se señalan, en todo momento, las arrogancias, los desprecios, las devaluaciones. Seguimos la línea de la envidia, manejando un lenguaje, claro, directo, quizá un tanto educativo, pecado que esperamos los puros nos perdonen.

El grupo le permite al paciente identificar la locura externa, en terapeutas, Institución y familia a través de la revisión de su locura interna.

La conciencia de fragilidad, de desintegración, de agresividad, de vulnerabilidad le permite realizar una alianza con nosotros. Bajo el amparo de este vínculo, intentamos los excesos y limitaciones de nuestra labor analítica. Esta labor, la más de las veces, se limita a lograr que el paciente confíe en nosotros y que nuestra labor busca, sinceramente, ayudarlo. Sin saberlo, compartimos fantasías recíprocas de generosidad: ellos pensando en gratitudes inalcanzables y, nosotros, en falsos heroísmos.

Soy un convencido de que el grupo es el lugar ideal para que el paciente juegue a la realidad y la locura. Me imaginaba una secuencia donde pudiéramos ayudarlo a separarse y cohesionarse, en secuencias

espirales, tal y como la patología lo permite. Conciente de las escisiones que pueblan el manicomio, veía la oportunidad de utilizarlas como referentes para mostrarle al paciente sus propias escisiones. Soñaba con un equipo de apasionados de la locura, locos en sí, que me acompañaran en esta aventura. No alcanzamos todo nuestro potencial creativo y terapéutico. Nos hicieron falta análisis, capacitación y supervisión.

A partir del 2001, el equipo empezó a mostrar señales de fatiga. Tras la salida de diversos compañeros, se inició un proceso de agresividad interna, que culminó con la escisión del equipo. No logramos salvar la situación ni aún cuando se contrataron dos intervenciones socioanalíticas externas.

La Locura, la Institución y la propia patología, cobraron la factura. El grupo terminó fracturado, cortando, de momento, cualquier posibilidad de continuar el proceso inicial. En un momento, sin duda, en que los pacientes habían, por fin, introyectado el Modelo.

Del grupo de 8 psiquiatras, 4 psicólogos, cuatro enfermeras y dos trabajadoras sociales, han sobrevivido, las trabajadoras sociales, dos enfermeras, y 6 psiquiatras.

En su mejor época el servicio atendía 128 pacientes semanalmente. A la fecha sólo atiende 52 pacientes.

La experiencia toda valió la pena.

Ahora entiendo por qué el paciente esquizofrénico está condenado a una atención inexperta e insuficiente. Armar un modelo, capacitar un equipo, sensibilizar a las autoridades, a los pacientes, a las familias, en fin, desafiar a la Institución Psiquiátrica, es enfrentar a los molinos.

Como siempre, uno termina, en estas batallas, mordiendo el polvo.



MIGUEL DUQUE PÉREZ-CAMACHO¹

Nuevos eutimizantes en trastorno bipolar

ANTECEDENTES

Los trastornos del humor magnifican experiencias humanas cotidianas, que adquieren una dimensión mayor. Sus síntomas son exageraciones de la tristeza y el cansancio, alegría y felicidad, sensualidad y sexualidad, irritabilidad y rabia, energía y creatividad que pueden acontecer en la vida normal. En las primeras descripciones encontradas en una amplia diversidad de culturas hace miles de años ya se consideraba al trastorno maníaco-depresivo como el trastorno del humor prototípico.

¿Qué son la depresión y la manía? Idealmente, habría que describir primero el humor o estado de ánimo “normal”. A pesar de la dificultad que esto conlleva, una definición operativa puede ser la de que el humor “normal” es el estado de no sentirse particularmente eufórico o triste, excepto ante determinadas circunstancias. Por ejemplo, si ocurre algo bueno, podemos sentirnos felices por un instante, mientras que si sucede algo malo, podemos sentirnos tristes o abatidos en ese momento.

¹ Psiquiatra, Presidente del Instituto Canario de Psiquiatría (ICAPSI) y Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicopatología Social (SEPPS)

La gran mayoría de las personas puede incluirse en esta definición. Superficialmente, la depresión y la hipomanía pueden ser vistas como extremos de estas fluctuaciones normales del humor. Pero la depresión clínica o la manía son algo más que extremos del estado de ánimo normal, representan síndromes en los que, además de la afectación del humor, existen alteraciones del pensamiento, el estado psicomotor, el comportamiento, la motivación, la fisiología y el funcionamiento psicosocial.

La Escuela hipocrática contribuyó de forma esencial a la psiquiatría científica: argumentó que se trataba de enfermedades del cuerpo, no relacionadas con espíritus mágicos o sobrenaturales. Los hipocráticos describían la melancolía como una condición “asociada con aversión a comer, abatimiento, insomnio, irritabilidad e inquietud”, y la manía como un estado de elevada energía y euforia.

Hipócrates también localizó la etiología de los trastornos del humor en el cerebro:

Los hombres deberían saber que del cerebro y sólo del cerebro proceden nuestros placeres, alegrías, risas y bromas, igual que nuestras penas, pesares, aficciones y llantos...por lo cual, afirmo que el cerebro es el intérprete de la conciencia.

Esta conciencia hipocrática fue sepultada durante dos milenios bajo la teoría humoral, consolidada en la medicina por Galeno (siglo II d.C.), que sostenía que la melancolía resultaba de un exceso de bilis negra y la manía de un exceso de bilis amarilla. El corazón, más que el cerebro, también fue considerado el órgano de los trastornos del humor durante largo tiempo.

En el siglo I a. C., los médicos griegos inicialmente sugirieron una conexión entre la melancolía y la manía.

La agudeza clínica de esta época culminó con Areteo de Capadocia:

De acuerdo con Areteo, la forma clásica de la manía era la forma bipolar: el paciente que, previamente estaba eufórico, alegre e hiperactivo, súbitamente experimentaba tendencia a la melancolía; al final de la crisis, pasaba a sentirse lánguido, triste, taciturno, manifestando preocupaciones sobre su futuro, sintiéndose avergonzado”. Cuando la fase depresiva ha finalizado, estos pacientes vuelven a estar alegres, ríen, bromean, cantan.

En una forma grave de manía, llamada furor, el paciente “a veces mata y degüella a los sirvientes”; en formas menos graves, se exalta a sí mismo con frecuencia: “sin ser cultivado, dice ser un filósofo... y los incompetentes (dicen ser ellos) buenos artesanos... otros están suspicaces y se sienten perseguidos, motivo por el cual se encuentran irascibles”.

EDAD MEDIA

La tradición clínico-empírica griega sobrevivió en la Edad Media temprana en medio del Islamismo y el Cristianismo, pero posteriormente sucumbió a la intolerancia religiosa. En el siglo XII, esta tradición dio lugar a una orientación más teológica que empírica. Por eso, Roger Bacon, defendiendo que la observación empírica era necesaria para obtener el conocimiento y que las enfermedades mentales tenían etiologías naturales, fue censurado por la Iglesia y condenado por sus colegas de la Universidad de Oxford.

Una tensión similar tuvo lugar en Oriente Medio. La tradición hipocrática fue ejemplarizada por el persa Rhazes, quien representa el equivalente de Roger Bacon. Avicena tomó una postura más diplomática y prosperó como un sintetizador moderado de las tradiciones griegas, romanas y religiosas. Su síntesis médica, el Canon de Medicina, suscitó una consideración pseudogalénica durante siglos, transmitiendo esta visión en los trastornos del humor: “indudablemente, el sustrato que produce la manía es de la misma naturaleza que el que produce la melancolía”.

Al inicio de los siglos XVI y XVII, la Ilustración dio ímpetu al progreso médico en Europa. El siglo XVIII fue testigo del resurgimiento de la tradición clínico-empírica en medicina, con descripciones avanzadas sobre la manía y la melancolía.

EL CAMBIO DECISIVO DEL SIGLO XIX: LA PSIQUIATRÍA CLÍNICA FRANCESA

En 1854, Jean Falret describió un trastorno cíclico (*la folie circulaire*) que por primera vez definía expresamente una enfermedad en que “esta sucesión de manía y melancolía se manifiesta con continuidad y de forma casi regular. En el mismo año, Baillarger describió esencialmente el mismo concepto (*la folié à double forme*), enfatizando que los episodios

maníacos y depresivos no eran accesos diferentes, sino más bien fases distintas del mismo acceso. Por primera vez, la enfermedad maníaco-depresiva fue concebida como un trastorno único, anticipando claramente la síntesis posterior de Kraepelin.

Mendel fue el primero en definir la hipomanía, un “forma de manía que típicamente sólo se muestra en las fases leves, abortivamente, por decirlo así”. En la misma época, Kahlbaum describió los trastornos cíclicos y ciclotimias, que se caracterizaban por episodios de depresión y excitación pero que no abocaban a la demencia, tal como ocurría con la manía crónica o con la melancolía.

EL SIGLO XX Y LA SÍNTESIS KRAEPELINIANA

Emil Kraepelin en el siglo XX, distinguió las psicosis del resto de enfermedades y delimitó claramente la enfermedad maníaco-depresiva.

Destacó aquellos aspectos de la enfermedad maníaco-depresiva que la diferenciaban más claramente de la demencia praecox: el curso periódico o episódico, el pronóstico más benigno y una historia familiar de enfermedad maníaco-depresiva.

Karl Jaspers defendía que los datos clínicos necesitan ser recogidos neutralmente, libres de teorías subyacentes, tales como Freud, y libres de paradigmas diagnósticos específicos, como el de Kraepelin. La influencia de Jaspers dio lugar a descripciones más cuidadosas de los síndromes del humor, como se ejemplarizó en el libro de texto altamente influyente *Fish's Clinical Psychopathology*.

PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX

En Europa, en medio de los psiquiatras academicistas, Eugen Bleuler partió de Kraepelin al conceptualizar la relación entre la enfermedad (afectiva) maníaco-depresiva y la demencia praecox (esquizofrenia) como un continuo sin una línea clara de marcación.

Bleuler creía que la localización de un paciente en el espectro dependía del número de rasgos esquizofrénicos que presentaba. En este sentido, consideraba que los síntomas del humor no eran específicos.

En 1933, Kasanin identificó una serie de pacientes que presentaban el síndrome maníaco-depresivo, pero también mostraban síntomas



psicóticos fuera de los episodios afectivos. Estas afecciones parecían encontrarse fuera de la dicotomía de Kraepelin, y dieron lugar al concepto de trastorno esquizoafectivo.

DISTINCIÓN BIPOLAR-UNIPOLAR

En 1957, Kart Leonhard observó que, dentro de la amplia categoría de enfermedad maníaco-depresiva, algunos pacientes tenían historias de depresión y manía, mientras que otros tenían solo depresión. Entonces señaló que los pacientes con historia de manía (que denominó “bipolares”) tenían una incidencia más alta de manía en sus familias cuando se comparan con aquellos con depresión solamente (que denominó “monopolares”).

Alonso Fernández propuso en 1968 la Psicosis Fasotímicas su terminología y concepto y cito:

A mediados del siglo XIX, los psiquiatras franceses Farlet y Baillarger describieron la “folie circulaire” y la “folie à double forme”, respectivamente, entidad que se caracterizaba por un curso alternante entre los polos de exaltación y depresivo, con temporadas más o menos prolongadas de equilibrio afectivo.

Corresponde a Kraepelin el mérito de haber agrupado este conjunto de psicosis circulares y psicosis exclusivamente maníacas o depresivas en una entidad nosológica que llamó locura maníaco-depresiva. Specht incluye aquí también los desarrollos paranoides. Aunque este intento no se prosperó, conviene advertir que abundan los cuadros paranoides montados sobre una tristeza (especialmente, delirios de autorreferencia, persecución y celos) o una euforia vital (sobre todo, delirios litigantes).

Los estudios de Dreyfus forzaron a Kraepelin a incluir finalmente la depresión involutiva en la “locura maníaco-depresiva”.

Piquer Arrufat, preclaro médico español del siglo XVIII, el Hipócrates español según algunos entusiastas suyos, describe con todo detalle la enfermedad del monarca español Fernando VI y la diagnostica como manía-melancolía. Diagnóstico que ha sido confirmado por modernos psiquiatras. El haber establecido por vez primera un vínculo nosológico entre la manía y la melancolía, representa una aportación psiquiátrica española verdaderamente excepcional y muy poco conocida, que se

anticipa a los lanzamientos de la locura maniaco-depresiva por Kraepelin en más de cien años y de la locura circular por Farlet y la locura de doble forma por Baillarger en más de setenta y cinco años.

Toda designación de esta enfermedad en la que figura el vocablo “locura” me parece inaceptable. Baso mi postura en dos razones:

- Primera: esta palabra está sobrecargada de significaciones peyorativas, por lo que debería excluirse del nomenclátor psiquiátrico.
- Segunda: precisamente por la índole de su lastre semántico, da una idea equivocada de lo que la mayoría de estos enfermos afectivos esencialmente son.

Por otra parte, los términos “circular”, “doble forma” y “maníaco-depresivo” sólo englobaban a los enfermos que, por lo menos una vez, han tenido una fase maníaca y otra depresiva. Estas denominaciones resultan inaplicables al gran contingente de enfermos de este tipo que tienen sólo depresión, cuyo curso puede producirse en una sola fase (monofásico) o en varias (multifásico). Los cursos depresivos monopoles son mucho más frecuentes que los cursos bipolares (fases maniacas y depresivas).

En consecuencia, deben reservarse las denominaciones “psicosis maníaco-depresiva” y “psicosis circular” exclusivamente, para los trastornos psicóticos afectivos bipolares.

Para Kretschmer, la ciclotimia es aquella modalidad de temperamento fluctuante, por su proporción diatésica, entre la alegría y la tristeza; esta modalidad temperamental, según es consabido, se correlaciona positivamente con la arquitectura corporal pícnica.

Alonso Fernández entiende que sólo puede resolverse apelando a las dos características básicas válidas para el conjunto de los trastornos afectivos maníacos y depresivos: la de constituir una distimia vital triste o eufórica, en cuanto síntoma psíquico primario y primordial, y la de seguir un curso fásico.

El término psicosis fasotímica, que yo quisiera proponer, significa etimológicamente “psicosis afectiva de curso fásico”, en cuyo sector se incluyen las formas fundamentalmente afectivas (depresivas, maniacas y maniaco-depresivas).

Así mismo, en 1968 Ian Gregory consideraba los trastornos afectivos psicóticos caracterizados por desviaciones graves de afecto, ánimo o

tono emocional. La afectividad predominante puede estar en el extremo inferior de la escala (depresión) o en el extremo superior (euforia). Asociada con depresión o euforia intensos, pueden haber también trastornos notables de la percepción, raciocinio o conducta, incluidas alucinaciones, delirios y tendencias suicidas u homicidas.

SUBTIPOS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN EL DSM-IV

1. El trastorno (unipolar) depresivo mayor se caracteriza por episodios depresivos sin estados maníacos o hipomaníacos.
2. El trastorno afectivo bipolar caracterizado por episodios maníacos o mixtos y episodios de tipo depresivo mayor (bipolar I según el DSM IV) o por episodios hipomaníacos y episodios de tipo depresivo mayor (bipolar II), es en la actualidad uno de los trastornos psiquiátricos que gozan de un mayor interés investigador tanto en sus aspectos etio-patogénico, fisiopatológico, evolutivo, nosológico y terapéutico.

Los actuales sistemas de clasificación diagnóstica afrontan el trastorno afectivo bipolar de forma bastante similar. Para el DSM IV (APA, 1994) existen dos formas de trastorno afectivo bipolar diferenciadas en función de la intensidad de los síntomas maníacos (bipolar I manía pura o mixta “manía disfórica” más depresión bipolar; bipolar II, hipomanía más depresión bipolar), dentro de las cuales se puede distinguir también un subgrupo de cicladores rápidos (cuatro o más episodios anuales de enfermedad), más frecuentes en mujeres jóvenes y en ocasiones asociado a un hipotiroidismo subclínico, a factores orgánicos cerebrales y la propia manía farmacógena inducida por antidepresivos; de especial mal pronóstico dada su mala respuesta a los tratamientos eutimizantes convencionales y en especial al carbonato de litio. El DSM IV también reconoce otro trastorno conocido como ciclotimia y caracterizado por episodios hipomaníacos junto con fases depresivas que no cumplen los criterios de depresión mayor.

En el trastorno tipo bipolar tipo II tiende a iniciarse en la adolescencia, u a veces, en la preadolescencia. La edad media de inicio es de 18 años. Al principio, es frecuente que se diagnostique erróneamente como depresión unipolar, como trastorno adaptativo o como trastorno de la personalidad, especialmente el límite. El hecho de que la enfermedad

empiece con oscilaciones leves del estado de ánimo y que su amplitud o frecuencia se vaya incrementando con el paso del tiempo hasta que alcanzar el umbral constituye un patrón frecuente. Sélter y cols., en un seguimiento a diez años de la depresión infantil, observaron que al final un 33% cumplía los criterios para el trastorno bipolar tipo I y un 15,3% para el trastorno bipolar de tipo II.

La distribución por sexos parece encontrarse a medio camino entre los patrones observados en el trastorno unipolar (preponderancia al sexo femenino) y el trastorno bipolar tipo I (proporciones por sexo equivalentes), aunque algunos estudios apoyan la no existencia de diferencias de género.

3. La distimia se refiere a síntomas depresivos mayores clínicamente significativos que están presentes durante 2 años o más pero no alcanzan el umbral para el trastorno depresivo mayor. La ciclotimia es una afección en que, como en la distimia, los síntomas depresivos no alcanzan el umbral para un diagnóstico de episodio depresivo mayor, y está presente hipomanía. La “hipertimia” describe a veces la hipomanía leve crónica (disminución de las necesidades de sueño, comportamiento expansivo, extraversión marcada).

Respecto al tratamiento, el pilar básico sigue siendo el psicofarmacológico, basado en carbonato de litio tanto en fase maníaca, depresiva y como terapia de mantenimiento eutimizante.

Las sales de litio gozaron de popularidad en el siglo XIX para el tratamiento de la gota y otros trastornos, pero cayeron en desuso por los informes alarmantes de su toxicidad. Su uso en los trastornos psiquiátricos fue sugerido primeramente por Cade en Australia en 1949. Dicho autor desarrolló la idea de usar el litio en el tratamiento de las excitaciones psicóticas, fundándose en el hecho experimental de que el carbonato de litio provocaba un corto período de letargia y ausencia de respuesta a los estímulos en los conejillos de Indias, que, por otro lado, permanecían conscientes.

Cade informó de la respuesta favorable en maníacos sin efecto hipnótico, y desde este primer estudio se han publicado otros muchos que señalan la eficacia de las sales de litio en los estados maníacos. Schou y cols., en Dinamarca, trataron una serie de pacientes maníacos, alternativamente, con litio y con un placebo. Rice, en un ensayo con un

grupo mixto de pacientes, encontró una acción sedante especial sobre los maníacos, y cuando los esquizofrénicos mejoraron fueron los elementos afectivos los que se influyeron.

En general se acuerda que la droga es eficaz solamente en los estados maníacos. Noack y Trautner encontraron que las mejores respuestas fueron en los casos agudos y no lo consideran de valor en los crónicos. Schoou, en una revisión de la literatura, señala que el 80 por 100 de las curaciones y mejorías se refieren a maníacos. Andreani informó de la mejoría en 10 de 24 pacientes deprimidos. No obstante, recientemente se ha reconocido el valor del litio para su uso profiláctico en los episodios maníacos y depresivos. (1950).

La dosis terapéutica en un ataque agudo sería de 600mg. tres veces al día, aunque puede aconsejarse un lento aumento diario para evitar los efectos secundarios. La dosis profiláctica o de mantenimiento puede ser de 300mg. tres veces al día. La concentración de litio en el suero es un indicador del efecto del litio. Según el criterio de Kalinowsky, no debe ser inferior a 0,6 mEq./l. ni superior a 1.6 mEq./l.

Cada vez más son los autores que abogan por un tratamiento indefinido con esta sustancia ante el riesgo de aparición de recaídas y de resistencias al litio tras su supresión, sobre todo si ésta se hace de una manera brusca. El litio ha demostrado su eficacia tanto en la fase maníaca como depresiva del trastorno afectivo bipolar, así como en la profilaxis de nuevas descompensaciones afectivas. No obstante, su eficacia es menor en la manía disfórica, en los cicladores rápidos y en aquellos individuos en los que concurren trastornos orgánicos como disfunciones tiroideas, epilepsia o daño cerebral.

Como alternativas al litio nos encontramos con los fármacos anticomiales, preferentemente carbamacepina y el valproato, solos o combinados con el primero. Estos fármacos resultan aparentemente más eficaces que el litio en cicladores rápidos, en la manía disfórica y en pacientes epilépticos, aunque su uso en el trastorno bipolar tipo I se acompaña de peores resultados. Además, en estudios de seguimiento a 5 años se habla hasta un 70% de recaídas en pacientes tratados con una combinación de éstos fármacos, y su efecto en terapia de mantenimiento es más cuestionable que en el caso del litio.

Otras asociaciones recomendadas serían las de antipsicóticos atípicos en las fases maníacas de la enfermedad, dada su rapidez de acción, preferentemente los nuevos antipsicóticos atípicos (olanzapina,

NUEVOS ANTIPSICÓTICOS: TOLERABILIDAD

Medicación (dosis) Objeto	Dosis	Ganancia de peso	Cardiotoxicidad		SEP	Sedación
Risperidona (2-8) <6 mg	1/día	++	(±QTc)	↑↑	+	+
Olanzapina (5-30) 10 mg	1/día	+++	-	↑	+0	+++
Ziprasidona (20-100) 80 mg	2/día	-	↑QTc	-	-	+
Quetiapina (150-800) 600 mg	2/día	+	-	-	-	++
+Mínima/rara: ++ Suave/ocasional:+++ Moderada/frecuente: - Ninguna. SEP síntoma extrapiramidales.						
Dunayevich y McElroy, 2000; Gunaskekara y cols, 2002						

risperidona, quetiapina, ziprasidona) o la clozapina por su eficacia clínica. Me siento obligado por gratitud a citar un antipsicótico clásico, la perfenazina, que antes de llegar los atípicos, resolvió muchos trastornos bipolares.

Durante la fase depresiva, si bien este aspecto es controvertido ya que en principio se recomienda una monoterapia con eutimizantes se pueden utilizar de forma concomitante fármacos antidepresivos, recomendándose a tal efecto los inhibidores de la recaptación de la serotonina por su menor riesgo de inducir un cambio maníaco, hipomaníaco o de ciclos rápidos. Los nuevos antipsicóticos atípicos (olanzapina, risperidona) por su mecanismo de actuación que depende menos del bloqueo dopaminérgico y cuentan entre sus propiedades con una estimulación serotoninérgica podrían también utilizarse como tratamiento coadyuvante en la depresión bipolar.

Otros abordajes farmacológicos (inhibidores del inositol, ácidos grasos omega 3) están en el estudio a la espera de resultados consistentes.

TRATAMIENTO DEL EPISODIO MANÍACO. EMQ-PSIQ. 2005.

El trastorno esquizoafectivo, incluido en el colectivo de las denominadas “psicosis atípicas”, responde a la agrupación asintomática y en un mismo paciente tanto de manifestaciones psicopatológicas propias de la esquizofrenia como de los trastornos del estado anímico.

En el DSM III-R (1988) se nos brindan por vez primera criterios diagnósticos de este cuadro, siendo necesaria la presencia de síntomas agudos de manía o depresión y de esquizofrenia, y la existencia de delirios y alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos. El DSM IV (1994) apenas aporta variaciones, distinguiendo, igual que lo hace el DSM III-R, un subtipo esquizoafectivo bipolar y otro depresivo. Por su parte, la CIE-10 (OMS, 1992) incluye el subtipo esquizoafectivo mixto.

Referente a la edad de comienzo, ésta es más precoz en los cuadros esquizoafectivos que en los trastornos afectivos (unipolares y bipolares) y ligeramente más tardío que en la esquizofrenia.

Es frecuente la asociación entre estresores vitales y el subsiguiente episodio clínico esquizoafectivo, así como un mayor nivel sociocultural en estos pacientes respecto del observado en la esquizofrenia. Angst mantiene que el riesgo de suicidio consumado en pacientes con trastorno esquizoafectivo (15%) es superior al de pacientes esquizofrénicos (10% del estudio de Caldwell y Gottesman, 1990).

Cabe considerarse tres tipos de cuadros: bipolares (más frecuentes en adultos jóvenes y más próximos hacia el lado afectivo del espectro), depresivos (más frecuentes en adultos mayores y aparentemente más próximos a la esquizofrenia) y mixtos, que son los más difíciles de diagnosticar y que se corresponderían a lo que Leonhard denominó “psicosis cicloides ansiosas”.

En el trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar (esquizomanía), en principio, existe una buena respuesta a la terapia de fármacos de tipo antimaniaco, incluyendo las sales de litio, los antipsicóticos clásicos (haloperidol, clorpromazina), las benzodiacepinas (clonacepam) y los anticonvulsivantes (carbamacepina, ácido valproico, gabapentina, lamotrigina), que en general se usan de forma asociada.

Los estudios con antipsicóticos atípicos ofrecen nuevas esperanzas para el futuro. El efecto de la risperidona a dosis bajas o medias (menos de 6mg/día) con estabilizantes del humor ha obtenido buenos resultados.

En cuanto a la olanzapina, debido a su mecanismo de acción, este fármaco parece poseer propiedades de tipo antidepresivas y probablemente antimaníacas. Pocos datos se tienen de otros antipsicóticos atípicos del tipo sertindol (retirado prematuramente del mercado por su efecto de alargamiento del intervalo QT del electrocardiograma), amisulpiride, quetiapina o ziprasidona.

En el trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar (esquizodepresivo bipolar), preferentemente, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, noradrenalina, o de ambos junto con los antipsicóticos y los fármacos eutimizantes, parecen ser la opinión terapéutica más razonable.

En el trastorno esquizoafectivo de tipo unipolar (esquizodepresivo unipolar), el tratamiento de los pacientes del subtipo esquizodepresivo unipolar es más controvertido, siendo así que algunos autores desaconsejan el uso de antidepresivos ya que en muchos casos los síntomas mejoran únicamente con el tratamiento con antipsicóticos.

En los casos de episodios mixtos, el tratamiento es equiparable al utilizado en los trastornos bipolares mixtos, por lo que se debe hacer mayor hincapié en el tratamiento antipsicótico y, más concretamente, en la utilidad de la clozapina y probablemente de los nuevos antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina, quetiapina, amisulpiride, ziprasidona) en asociación con los eutimizantes habituales.

En cuanto al tratamiento de mantenimiento, nos encontramos con dificultades similares a las objetivadas para la esquizofrenia o los trastornos bipolares. Tras un primer episodio, en principio, se debe mantener el tratamiento que ha resultado eficaz en la fase aguda, por lo menos durante un año y medio, y de forma indefinida si nos encontramos ante dos o más episodios de la enfermedad.

Los pacientes esquizoafectivos bipolares deben ser tratados de forma similar a los bipolares puros, por lo que tras una fase maníaca puede ser oportuno reducir las dosis de antipsicóticos pero sin retirarlos completamente y mantener los eutimizantes. Puesto que estos pacientes (al igual que los bipolares) presentan un mayor riesgo de efectos extrapiramidales ante la toma de antipsicóticos, es conveniente administrar conjuntamente fármacos antiparkinsonianos. En este sentido, cabe señalar que con los nuevos antipsicóticos atípicos parece reducirse de forma sustancial el riesgo de aparición de discinesias tardías.

Respecto al mecanismo de acción de los anticomiciales en el tratamiento del trastorno bipolar, éste no ha sido aún bien establecido. Se han postulados diferentes mecanismos de actuación, entre ellos los siguientes:

- Modulación de la expresión génica a través del control de la enzima proteincinasa.
- Inhibición de la enzima anhidrasa carbónica.
- Actuación sobre los canales iónicos (sodio, potasio, calcio) en la membrana celular produciendo cambios de voltaje neuronal.
- Actuación sobre segundos mensajeros con inhibición de la enzima inositol monofosfatasa involucrada en el sistema del fosfatidil inositol, modulador de la síntesis de proteínas G.
- Actuación sobre el neurotransmisor inhibitorio GABA, ya sea aumentado su síntesis, su liberación, inhibiendo su metabolismo o su recaptación por parte de las neuronas gabaérgicas.
- Actuación en segundos mensajeros con inhibición de la enzima fosfoquinasa C.
- Reducción de la síntesis o liberación

Con la aparición en la clínica de los nuevos anticomiciales se abre una puerta de esperanza al presente, sobre todo, al futuro terapéutico del trastorno afectivo bipolar, y probablemente del trastorno esquizoafectivo, dada su buena tolerancia, su seguridad, su perfil de interacciones y su relativa escasez de efectos adversos relevantes.

Entre los nuevos anticomiciales, al margen de la lamotrigina destacan los siguientes:

- **GABAPENTINA:** Se trata de un análogo estructural del GABA. Su mecanismo de acción resulta complejo y en la actualidad desconocido, si bien se apunta hacia una inversión del transportador neuronal del GABA, con el consiguiente incremento de este último de forma extracelular. Algo similar pasa con su dosis eficaz, para la cual existe un amplio rango (600-3.600 mg/día), recomendándose su uso fraccionado.

Entre sus principales efectos adversos destacan la sedación, la ataxia, el vértigo y las molestias gastrointestinales. Otros efectos adversos menos frecuentes son: cefalea, aumento de peso, nistagmo, diplopía y temblor.

Entre sus principales interacciones destacan los antiácidos orales y la fenitoína.

Según parece desprenderse de diversos trabajos efectuados, la gabapentina posee un efecto ansiolítico y antimaníaco, bien sea en monoterapia o preferentemente en combinación con otros eutimizantes. También posee un cierto efecto antidepresivo y, derivado del mismo, un riesgo de inducir descompensaciones hipomaniacas. Su principal utilidad clínica aparece en la fobia social y el trastorno por ansiedad, la depresión bipolar y la manía refractaria y disfórica. También es posible que tenga un cierto papel eficaz en el tratamiento del trastorno del control de los impulsos.

- **TOPIRAMATO:** Su mecanismo de acción deriva del bloqueo de los receptores glutamérgicos. Potencia, por tanto, la acción del GABA. También actúa como antagonista del calcio e inhibe la enzima anhidrasa carbónica. La dosis óptima a alcanzar, de forma ascendente y progresiva, es de 200-400 mg/día.

Entre sus efectos secundarios destacan: sedación, parestesias, molestias gastrointestinales, dificultades en la concentración, memoria y fluidez verbal y calculosis renal. Una de sus principales ventajas es que a diferencia de otros fármacos no incrementa (incluso disminuye) el peso corporal por un mecanismo de acción aún desconocido. Presenta un escaso número de interacciones, entre ellas destacan el que la carbamacepina y la fenitoína disminuyen los valores del topiramato por inducción de su metabolismo, y a la inversa el topiramato disminuye los valores plasmáticos de digoxina y de anticonceptivos orales.

El topiramato posee un efecto antimaníaco en fase aguda, tanto en monoterapia como en asociación, y antidepresivo también en fase aguda. Su principal utilidad clínica la encontramos en la manía refractaria y la manía disfórica.

- **OXCARBACEPINA:** Presenta una estructura y un perfil clínico similar al de la carbamacepina, aunque con menos efectos adversos. La dosis de inicio son 600 mg semanales. El rango terapéutico oscila entre los 600-2.400 mg/día.

Entre sus ventajas están la de no contar con metabolitos tóxicos y presentar pocas interacciones farmacológicas. La carbamacepina,

la fenitoína, el fenobarbital y el ácido valproico reducen sus valores plasmáticos y, a su vez, la oxcarbacepina disminuye los valores de los anticonceptivos orales. Los principales efectos adversos son náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal. Otros secundarios menos frecuentes son: sedación, somnolencia, cefalea, dificultades en la concentración, alteraciones mnésicas, alteraciones dermatológicas, incremento de las transaminasas y de la fosfatasa alcalina e hiponatremia, entre otras.

Su principal indicación es la epilepsia y más concretamente las crisis parciales con o sin generalización secundaria con crisis tónico-clónicas. Aunque se le ha atribuido un efecto antimaniaco, su posible papel en el trastorno afectivo bipolar y en el trastorno esquizoafectivo, desde el punto de vista eutimizante, está aún por determinar.

- **TIAGABINA:** Aunque su eficacia en fase maníaca parece dudosa, la tiagabina podría resultar útil como terapia coadyuvante del trastorno bipolar tipo I y del trastorno esquizoafectivo refractarios. No obstante, aún faltan estudios que avalen su potencial terapéutico en estos trastornos. En España se usa muy poco, al igual que las tres siguientes.
- **ZONISAMIDA:** Se trata de un anticomitial de estructura similar a la serotonina y con un perfil clínico similar al de la carbamacepina, con posible eficacia antimaniaca y eutimizante en terapia de mantenimiento.
- **LEVETIRACETAM y PREGABALINA:** faltan datos respecto a su papel en trastornos bipolares y/o esquizoafectivos.

Entre el grupo de nuevos anticomiciales utilizados en el tratamiento del trastorno bipolar y el trastorno esquizoafectivo, la lamotrigina es la que parece contar con un mayor número de datos clínicos controlados que avalan su eficacia, especialmente en la depresión bipolar, en cicladores rápidos y en el trastorno bipolar tipo II.

El mecanismo de acción de la lamotrigina, si bien aún resulta desconocido en muchos de sus aspectos, parece vehiculizarse a través del bloqueo de los receptores serotoninérgicos 5HT₃ y de la inhibición de la liberación presináptica de glutamato.

Diferentes estudios parecen demostrar que este fármaco podría ser útil, no sólo en la estabilización de episodios maníacos y/o mixtos

(incluyendo cicladotes rápidos) sino incluso en el tratamiento de la depresión bipolar y unipolar. De hecho la lamotrigina parece tener un papel regulador de la recaptación de monoaminas y en especial de serotonina, que puede llegar a traducirse clínicamente en un incremento de la neurotransmisión serotoninérgica.

Entre las comunicaciones espontáneas de casos clínicos, en los que la asociación de lamotrigina a pacientes bipolares previamente tratados con otros anticomociales (sales de litio, valproato, carbamacepina) resultó satisfactoria en cuanto a mejoría clínica y reducción en los efectos secundarios achacables al tratamiento farmacológico, destacan las de Walden (1996), Weisler (1994), Calíbrese (1996), Labatte (1997), Maxoutova (1997) y Kotler (1998), entre otras.

Encontramos con que, en general, se describe una mejoría en pacientes bipolares tipo I y II, tanto en fase depresiva como en fase maníaca, hipomaníaca o durante un episodio mixto, así como en cicladotes rápidos utilizando lamotrigina, tanto en monoterapia como asociada a otros fármacos eutimizantes, antipsicóticos, benzodiazepinas). A tal efecto conviene revisar los trabajos de Calíbrese (2001 y 1999), Walden (2000), Fogelson (1997), Pinto (1997), Sporn y Sachs (1997), así como el de Mandoki (1997), efectuado con niños y adolescentes bipolares, en los cuales la lamotrigina se asociaba al valproato.

Los trabajos realizados a doble ciego y controlados con placebo, en general se puede decir que la lamotrigina ha demostrado su eficacia clínica en el tratamiento de las siguientes entidades o procesos:

La depresión bipolar, tanto en estudios a corto plazo de 7 semanas de duración con lamotrigina en monoterapia como en estudios de un año de seguimiento de pacientes bipolares tipo I y II. La lamotrigina es el único de entre los nuevos anticomociales anteriormente recogidos que ha demostrado en ensayos clínicos de forma fehaciente un claro potencial terapéutico en la depresión bipolar.

La depresión unipolar.

Trastorno afectivos, tanto unipolares como bipolares, refractarios a otros tratamientos farmacológicos.

Como profilaxis en monoterapia de mantenimiento en pacientes bipolares cicladotes rápidos.

Como tratamiento aparentemente eficaz de la manía.

LAMOTRIGINA EN EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

La lamotrigina no debe ser utilizada durante el embarazo y/o la lactancia, a no ser que en opinión del médico correspondiente el potencial beneficio de su uso para la madre compense los posibles riesgos para el feto en desarrollo.

Los datos obtenidos hasta el momento y extraídos del registro abierto por los laboratorios Glaxo-Wellcome a tal efecto (Lamotrigine Pregnancy Registry) se puede afirmar que:

En el momento presente no existe experiencia sobre el efecto de la lamotrigina sobre la fertilidad humana.

La lamotrigina es un inhibidor débil de la enzima dihidrofolato reductasa y, en este sentido, podría contar con un cierto potencial teratogénico. La experiencia acumulada en cuanto a la proporción de niños nacidos con defectos congénitos tras la exposición al tratamiento con lamotrigina durante el primer trimestre de la gestación no es distinta a la prevista para las mujeres afectadas por una epilepsia no sometidas a tratamiento anticomicial.

La lamotrigina pasa a la leche materna durante la lactancia en una proporción del 40-60% de la concentración sérica. En este sentido, parece recomendable plantear en estas pacientes una lactancia artificial.

POSOLOGÍA Y TRATAMIENTOS CONCOMITANTES

En los pacientes adultos la dosis media diaria de la lamotrigina recomendada es de entre 100 y 400 mg/día al principio del tratamiento para a continuación ir disminuyendo hasta llegar a una dosis de mantenimiento de 200 mg/día.

Se recomienda efectuar una escalada terapéutica con el fin de minimizar el riesgo de exantema, principal efecto secundario atribuible al fármaco.

Monoterapia de lamotrigina: 25 mg/día en monodosis las primeras dos semanas; 50 mg/día en monodosis las semanas 3 y 4; a partir de ahí, incrementos entre 59 y 100 mg cada 1-2 semanas hasta alcanzar la dosis de mantenimiento.

Esta pauta también se recomienda en los que la lamotrigina se asocie a otros fármacos, como litio o clonacepam.

Lamotrigina + valproato: 12,5 mg/día en monodosis las primeras 2 semanas; 25 mg/día en monodosis las semanas 3 y 4; incrementos entre 25 y 50 cada 1-2 semanas hasta alcanzar la dosis de mantenimiento e ir disminuyendo el valproato.

Lamotrigina + anticomicales inductores enzimáticos: 50 mg/día en monodosis las primeras 2 semanas; 100 mg/día en monodosis las semanas 3 y 4; a partir de ahí, incrementos de 100 mg cada 1-2 semanas hasta alcanzar la dosis de mantenimiento.

EFFECTOS ADVERSOS

Entre los principales efectos adversos asociados a la utilización clínica de la lamotrigina destacan el exantema cutáneo maculopapular, al parecer íntimamente relacionado con la dosis inicial del fármaco administrada, con la velocidad en la escalada terapéutica efectuada, con el uso concomitante de valproato (incrementa la semivida media de la lamotrigina) o con la exposición al sol. En este caso, conviene mantener la vigilancia, ya que en un escaso tanto por ciento (inferior al 1%) de los mismos pudiera aparecer un síndrome de Steven-Johnson o una necrólisis epidérmica tóxica.

Otros efectos secundarios menos frecuentes serían: astenia, cefaleas, náuseas, dolor y prurito. También han sido descritos casos aislados de neutropenia y agranulocitosis.

La lamotrigina no ha sido directamente relacionada con un incremento en las concentraciones de las transaminasas hepáticas ni con un incremento en el peso final del individuo. En caso de tener que proceder a una eventual retirada del fármaco, se recomienda su retirada paulatina en un plazo no inferior a 1-2 semanas hasta suspenderlo por completo.

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

Entre los fármacos que producen una inducción metabólica de la lamotrigina disminuyendo sus valores en plasma, y con ello su eficacia clínica,

están en la carbamacepina, la fenitoína, la primidona, el fenobarbital y el paracetamol.

Por el contrario, algunos fármacos como la sertralina o el ácido valproico, inhiben la metabolización de la lamotrigina, incrementan sus valores plasmáticos y, con ello, favorecen una mayor presencia de efectos adversos y un consiguiente riesgo de intoxicación por este fármaco.

CONCLUSIONES

Con la salida al mercado de los nuevos fármacos anticomiciales (lamotrigina, gabapentina, topiramato, oxcarbacepina, etc.), al igual que ha sucedido con anterioridad en otros terrenos como la psicosis o la depresión, se abre un amplio abanico de posibilidades de tratamiento de los pacientes bipolares y esquizoafectivos, tanto en la búsqueda de un efecto profiláctico de recidivas de cada trastorno en cuestión como a la hora de atajar y de minimizar los síntomas tanto maníacos como depresivos en fase aguda y de controlar a aquellos pacientes resistentes a las terapias convencionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso Fernández, F. *Fundamentos de la Psiquiatría Actual*. Tomo II. Editorial Paz Montalvo. 3ª Edición, 1977.
- Berk M., Dodd S. *Bipolar Disorders an Internacional Journal of Psychiatry and Neurosciences*. Volumen 4, número 1, 2006.
- Bobes García, J. y cols. *La Psiquiatría en esquemas. Trastornos bipolares*. Ars Medica. Novartis Neuroscience. Psiquiatría Editores, S.L., 2005.
- Gelder Michel G., Lopez Ibor J.j., Andersen Nancy. *Tratado de Psiquiatría*. Tomo I. Editorial Ars Medica, 2003.
- Gregory, I. *Psiquiatría Clínica*, 2ª Edición. Editorial Interamericana, S.A., 1970.
- Kalinowsky, Lothr, Hippus Hanus. *Tratamientos Somáticos en Psiquiatría*. Editorial Científico-Médica. 2ª Edición, 1972.
- Segarra R., Gutiérrez M., Eguiluz I., Publicación Oficial de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Volumen 9, número 1, Enero-Febrero 2002.
- Vandel P., Rebière V., Sechter D. *Enciclopedia Médico-Quirúrgica EMC* (Eselvier SAS), número 121. Abril-Mayo-Junio 2005.





VALENTÍN CORCÉS PANDO

Una aproximación epistemológica para la comprensión de la conducta humana

INTRODUCCIÓN

La psiquiatría se presenta en nuestros días como una práctica ateorica; es decir, como una disciplina sin referentes axiomáticos de tipo general. Esta ateoricidad -que ha sido explícitamente resaltada por los teóricos de la escuela de San Louise y que tiene su concreción en las clasificaciones americanas a partir del DSM-III- refleja un pensamiento débil, ausente de hermeneusis, incapaz de abordar los problemas epistemológicos a que se enfrentan las diversas disciplinas, aparentemente antagonicas, que tratan de entender las diferentes variantes de la conducta humana.

En este trabajo nos proponemos examinar de forma esquemática los problemas y vicios que se derivan de este tipo de práctica psiquiátrica, buscando el fundamento que subyace en el pensamiento actual y señalando las consecuencias, de tipo ideológico, que se derivan de las carencias de un conocimiento teórico. Finalmente propondremos un cierto tipo de ordenamiento en la práctica asistencial.

ACERCA DEL SABER Y DE LA FRAGMENTACION DE LA CIENCIA

Fue posiblemente Hegel el filósofo que consolidó la idea de asociar el conocimiento al sufrimiento, Este planteamiento –válido si lo asociamos a un desarrollo dialéctico- viene a significar que la aprehensión del objeto del conocimiento solo puede lograrse mediante la acción de librar al conocimiento de todo aquello –ideas y creencia previas- que le impide elevarse a un estatuto superior. Este proceso de interiorización dialéctica del conocimiento – que en el sistema hegeliano se atribuye a los diversos avatares del Espíritu- tiene sus orígenes más precisos al iniciarse el pensamiento científico moderno.

Así, por ejemplo Bacon (1561-1626) en su *Novum Organum* escribe:

[...] para penetrar en los secretos y en las entrañas de la naturaleza, es preciso que, tanto las nociones como los principios, sean arrancados de la realidad por un método más cierto y más seguro, y que el espíritu emplee en todo mejores conocimientos.” (Bacon, 1979. Pag. 35). Y mas adelante: “Los ídolos y las nociones falsas que han invadido ya la humana inteligencia, echando en ella hondas raíces, ocupan la inteligencia de tal suerte, que la verdad solo puede encontrar a ella difícil acceso; y no solo esto: sino que obtenido el acceso esas falsas nociones, concurrirán a la restauración de las ciencias, y suscitarán a dicha obra obstáculos mil, a menos que, prevenidos los hombres, se pongan en guardia contra ellos, en los límites de lo posible. (Bacon, 1979. Pag. 41).

Esta preocupación del filósofo inglés sigue vigente en nuestros días y si queremos trascender la mera información –y por supuesto los mitos y creencias que nos acompañan- es obligado proceder a examinar y reflexionar sobre los diversos aspectos de nuestra práctica, buscando los trasfondos teóricos, descomponiendo sus discursos e identificando las sutiles líneas de demarcación entre la ciencia y la ideología.

Acercándonos al propósito actual, nuestra reflexión parte de un principio negado con demasiada frecuencia: la fragmentación del saber científico. Negación que trata de solventarse en ocasiones y en la práctica con una ideología –un no hacerse cargo del problema y sustituirlo por creencias y valores- y rara vez con un debate en el seno de la comunidad científica. Es obligado señalar que este principio de unidad de la ciencia

rebrotó ocasionalmente en su seno siendo su exponente más elevado las teorías de la ciencia unificada del neopositivista Carnap.

La realidad es que el Renacimiento, como he señalado en otras ocasiones, es el último intento histórico, socialmente aceptado, de ofrecer un pensamiento globalizado, que tiene como último referente la religión y, por lo tanto, con voluntad de aplicación universal. Este sueño renacentista lo rompe la Ilustración, que trae consigo una fragmentación del saber y el florecimiento de disciplinas con objeto y metodología específicas. A partir de entonces los diversos saberes, en el mejor de los casos, permiten una mera yuxtaposición, cuya cima más paradigmática es el conocimiento Enciclopédico diderotiano.

Así pues, debemos concluir con los pensadores de la teoría de la ciencia actuales, por ejemplo P. Suples, que hoy nos encontramos ante una verdadera “pluralidad de la ciencia”. El autor citado lo explicita de forma contundente: “...Las ciencias son divergentes y no hay razón para pensar que alguna vez ocurrirá algún tipo de convergencia.” (P. Suples, 1988. Pág. 79). Esta afirmación la sustenta el filósofo en las diferentes naturalezas del objeto científico que conlleva, a su vez, lenguajes y metodologías igualmente diferentes.

Las consecuencias de esta situación no escaparon a un pensador tan perspicaz y cercano a la psiquiatría como Jaspers. Para el pensador alemán los desarrollos científicos actuales traen consigo “...que para nuestro saber, el mundo está hecho pedazos.” Y este pensamiento fragmentario –de desigual profundidad y validez científica– obliga a los investigadores a “...liberarnos de las absolutizaciones en las que incurrimos siempre que la grandiosidad del conocer científico y los resultados del hacer nos hacen fantasear sin límites”. (Jaspers, 1993. Pág. 14). Este agnosticismo científico propugnado por Jaspers, que surge de la fragmentación y límites del conocimiento, no se contradice con la actividad de reordenar los saberes y buscar explicaciones a los problemas que se plantean en los intersticios de las diversas disciplinas. Esta necesidad se hace más perentoria aun cuando abordamos prácticas complejas como es el caso del entendimiento de la conducta humana.

EL ESTUDIO DE LA CONDUCTA HUMANA

El abordaje de la conducta humana no es ajeno a este proceso de fragmentación de la ciencia. Psicología, psicopatología, psiquiatría, psicote-

rapia, por citar algunas de estas disciplinas, tratan de abordar la conducta sin que en ningún momento concreten sus límites, sus relaciones y, lo que para mí es más importante, su posible interconexión y jerarquización. Esta situación tiene su reflejo en la actividad práctica, en la persona que viene a consulta, en donde los profesionales se ubican a lo largo de la relación con el paciente, en uno u otro campo; es decir, actuando como psicólogos, como psicoterapeutas o como farmacólogos. Estas actuaciones complementarias, que constituyen un verdadero baile de máscaras, son, cuando el profesional no está advertido de ello, depósito propicio para la ideología. En la negación de la ideologización de su actividad y obviando el problema de los referentes teóricos, se aleja el profesional de una práctica que tenga su fundamento racional y axiomático imprescindible en la actividad científica.

Hemos de advertir que este problema de relación entre disciplinas no es nuevo, ni por supuesto exclusivo de aquellas materias que tratan de entender la conducta humana. Así, Kant en 1798 –cuyo trabajo seguimos como referencia en algunos momentos de esta exposición– plantea en su opúsculo: “La contienda entre las facultades de filosofía y teología” los aspectos y consecuencias que se derivan del saber fragmentario, propio de la Ilustración, de sus posibles antagonismos y de la ausencia de jerarquización; esta idea acompaña a otros interesantes aspectos expresados en las cuatro partes en que se divide su trabajo. Para el filósofo alemán la disputa entre disciplinas afines “coaligadas en un propósito común (*concordia discors, discordia concors*)” solo puede resolverse en la libertad y en la razón; es decir, en la posibilidad de permitir la legitimidad del discurso de una disciplina con objeto específico y en la necesidad de buscar parámetros de razón suficientemente amplios que las contengan. (Kant, I. 1992). La actualidad, a mi juicio, del texto kantiano radica precisamente en la combinación de jerarquización y libertad. Así frente a un ideal de ciencia de validez universal – que en Kant es una aspiración no exenta de crítica, recuérdese su referencia a las “ilusiones de la razón” – se mantiene el derecho a formas de conocimiento limitado y parcial.

Refiriéndonos a nuestro campo es obligado pensar si psiquiatría, psicología y psicopatología están al mismo nivel o bien, por el contrario, precisan de un ordenamiento jerárquico y la necesidad de buscar un marco o referente que las interprete. Todo parece indicar, más allá de algunas expresiones formales, que no existe una concreción en el ámbito



de estos saberes, es decir, ni la psiquiatría es el equivalente al estudio de las enfermedades mentales, ni la psicología estudia el mero acontecer del psiquismo, ni la psicopatología tiene un estatuto definido. Como ejemplo de lo anterior no es ocioso traer a colación la opinión del DSM-III sobre el concepto de enfermedad cuando explicita: “Aunque este Manual presenta una clasificación de trastornos mentales, no existe una definición satisfactoria que especifique límites precisos del concepto de “trastorno mental” (lo mismo ocurre con conceptos como trastorno somático, y salud física y mental)”. (A.P.A. 1985, pag. 8). Naturalmente que este desdibujamiento del concepto de enfermedad no debilita el rigor clasificatorio del DSM-III –basado principalmente en los criterios operacionales de Hempel- pero reduce, aunque no debilita, la posibilidad de elaborar un discurso psiquiátrico coherente con la clasificación.

El propio Jaspers llamó la atención sobre los límites imprecisos de estas disciplinas al sostener que la mejor forma de entender el aparato psíquico normal era entreverlo a través de la patología; afirmando y negando al mismo tiempo el espacio al saber que él contribuyó a robustecer. Esta afirmación jaspersiana, se basa en la debilidad que él atribuye a los principios psicológicos al uso, no comparables al robusto aparato conceptual que él pretende levantar en su Psicopatología General. Al hacerlo así el médico y filósofo alemán introduce un principio de jerarquización entre psicología y psicopatología; principio que no debe extrañarnos ya que Jaspers sostiene estos mismos criterios en relación a la Psicopatología y Psiquiatría siendo la primera –el conocimiento y aplicación de sus leyes- el motor y fundamento para la correcta aplicación de la Psiquiatría Clínica.

LA SALUD PÚBLICA

A mi juicio sólo es posible ordenar - a la manera que Kant pretendía hacerlo con la Metafísica y la Teología de su tiempo- este mosaico de actividades si encuadramos nuestra práctica en un contexto más amplio y más universal, como es el concepto de Salud Mental. Concepto que, en su definición, emerge directamente de la Salud Pública.

La Organización Mundial de la Salud, en 1946, definió la salud como “El estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades” (O.M.S. 1960). Esta definición, no exenta de utopía, reviste importancia epistemológica en la medida que desplaza

el peso de la actividad sanitaria de la enfermedad a la salud y obliga a las disciplinas que se encargan de esos menesteres a revisar sus objetos de estudio y sus métodos de trabajo. Sin embargo, la definición de la OMS, para que tenga una eficacia operativa, se ve obligada a perfilarse, a lo cual han contribuido numerosos trabajos de los expertos en Salud Pública a lo largo de las últimas décadas. Uno de estos estudios (Terris, M. 1980) llama la atención sobre el componente dinámico de esta definición y el papel que juegan los llamados determinantes, en lograr el objetivo de lograr una salud física y mental cada vez más adecuada a la realidad social.

En efecto, si el bienestar psíquico, al igual que el físico, es un proceso tendente a una progresiva e incesante superación solo es viable entender, en un momento dado, la demanda expresada a través de la conducta o de la vivencia, mediante la consideración de los determinantes que condicionan y conforman el estado de salud mental.

Siendo más explícito, el ambiente saludable, las pautas o hábitos de vida, de educación y comportamiento, los estados antropológicos y desde luego, la calidad y articulación de los servicios asistenciales, son los espacios donde pueden actuar, simultánea e indistintamente psicología, psicopatología y psiquiatría. Quiere esto decir, que en el análisis de una conducta determinada se concentran prácticas diversas que permiten entender -aplicadas al ambiente, a las pautas de desarrollo, a lo antropológico y a los servicios- el significado de la conducta o de la vivencia. En definitiva, la salud mental pasa a ser ese organizador, o parámetro de razón, que, desde la Ilustración, necesitan las disciplinas afines, pero no equivalentes, para encontrar sentido a su práctica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bacon, F. (1979). *Novum Organum*. Ed. Fontanella. S.A. Barcelona.
2. Suples, P. (1988). *Estudios de filosofía y metodología de la ciencia*. Ed. Alianza Universidad. Madrid.
3. Jaspers, K. (1993). *Cifras de la trascendencia*. Ed. Alianza. Madrid.
4. Kant, I. (1992). *La contienda entre las facultades de filosofía y teología*. Ed. Debate. Madrid.
5. A.P.A. (1985). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 3ª revisión. Ed. Masson. Barcelona.
6. Jaspers, K. (1964). *Autobiografía filosófica*. Ed. Sur. Buenos Aires.
7. Terris, M. (1980) *La revolución Epidemiológica y la Medicina Social*. Siglo XXI Editores S.A. México.
8. O.M.S. (1960) *Constitución de la OMS*. Ginebra.



CÉSAR CABRAL

Perspectivas de la psiquiatría como ciencia del hombre

La psiquiatría es una rama reciente de la medicina, no obstante ser la hoy denominada psicoterapia la práctica curativa más antigua como lo atestiguan la labor que ejercían magos y chamanes para proteger la salud de sus semejantes en las tribus errantes de los albores de la humanidad.

El proceso de incorporación de la psiquiatría al cuerpo médico general configura tal vez el capítulo más pintoresco, azaroso y dramático de la historia de la medicina. Por economía de tiempo no es oportuno dar referencias explícitas de esos singulares, episodios pero si lo es hacer algunas breves consideraciones para situarse en el tema que nos convoca.

La medicina tiene como fundamental campo de estudio investigar para descubrir y aplicar los medios más adecuados y eficaces para proteger la salud y la vida de los hombres. Esa investigación se realiza en dos ámbitos que guardan estrecha concordancia: el, experimental sujeto a conceptos y métodos científicos y el aplicado, empírico, con mestizaje de ciencia y arte.

Lo singular, típico de la medicina es que nace y se desarrolla empíricamente durante milenios como un arte que perfecciona un oficio que a su vez fue parte de varias prácticas societarias (jefes tribales,

reyes, sacerdotes, magos, hechiceros, barberos, sangradores). Con el paso del tiempo y los progresos socioeconómicos ese arte curativo se fue estructurando como una reglada relación de ayuda a quienes sufren trastornos o anomalías en su funcionamiento orgánico o traumatismos y heridas, por accidente o por combates con rivales. Al mismo tiempo la sociedad adquirió conciencia de las ventajas que ofrecía contar con personas aptas y dispuestas a prestar sus conocimientos y procedimientos técnicos para curar o aliviar los padecimientos de sus semejantes. De ese encuentro entre la necesidad y el modo de satisfacerla surgió, la profesión médica, primero privada y luego pública o asistencial, institucionalizada ésta, en principio, para pobres y menesterosos. Médicos, enfermos y creencias dominantes en la comunidad fueron construyendo las enfermedades como entidades clínicas específicas por la agrupación de síntomas y signos emergentes de una base patológica subyacente que guardaran un parentesco en sus formas de presentación, evolución, resolución.

La psiquiatría no pudo establecerse como disciplina médica durante el largo tiempo en que la locura fue considerada como una extravagancia de la naturaleza humana o una posesión diabólica o divina. Cuando sus espectaculares cuadros clínicos comenzaron a adquirir el status de enfermedad mental, la psiquiatría los cobijó y logró introducirlos en el orden médico profesional. Sujetos al conocimiento científico médico y a sus métodos de estudio: observación clínica, diagnóstico, pronóstico, y tratamiento específico, la locura se diferenció en entidades clínicas organizadas y delimitadas como las de las otras ramas de la medicina. Este es un resumen simplificado de una extensa y dramática historia, que es patrimonio controvertido de las ideologías que compiten en el amplio campo de la psiquiatría. Estas divergencias que se tornan más notorias cuando se las enfoca desde las ciencias sociales contiguas de la psiquiatría, las cuales no deben ignorar que ésta tiene el mismo objetivo central de la medicina: curar o aliviar los padecimientos que producen las patologías que menoscaban la salud mental. Ese propósito obliga a los psiquiatras a no extraviarse en la necesaria relación con la filosofía, la sociología, la antropología y la psicología social. Estas llamadas ciencias del hombre tienen objetos de estudio que pueden complementar el conocimiento científico psiquiátrico, aportando nociones teóricas acerca del ambiente sociocultural en que se desarrolla la vida humana. Pero estas nociones no surgen de una práctica tan concreta como es la psiquiatría clínica, de



modo que su grado de aplicabilidad o de comprensibilidad de los actos médicos es reducida y sujeta a debate.

Es aquí cuando entramos al meollo del tema que debo discutir: ¿es o debe ser la psiquiatría una ciencia del hombre? O ¿debe limitarse a ser parte del conjunto de ciencias que se ocupan del hombre?

En 1950 el renombrado psicólogo social Gordon Allport escribió: "... Quizás más que nadie Sullivan trabajó a favor de la fusión de la psiquiatría y las ciencias sociales".

Haciendo mérito a esta mención, la discípula y colaboradora de Harry Stack Sullivan, Helen Swiek Perry tuvo la afortunada idea de reunir valiosos trabajos científicos de su maestro y publicarlos bajo ese título (1).

La verdad es que Sullivan no habló nunca de fusionar la psiquiatría con la ciencia social, sino que propició que ésta le proporcione referencias a las ciencias sociales y que a su vez reciba informaciones científicas de parte de ellas. Colaboración no integración era su idea como ya lo expresó en *Intuición, razón y fe* trabajo publicado en *Psychiatry*, 1939 que está reproducido en el libro citado.

Para Sullivan la psiquiatría como ciencia se ocupa del pensamiento y los actos reales o ilusorios de las personas. Estos actos suscitan el interés psiquiátrico y son tributarios de ellos también la biología humana, la vida social, y lo que el antropólogo denomina cultura.

El ámbito de la psiquiatría es amplio, dice Sullivan, pero su preferencia fundamental como ciencia es relativamente estrecha: la psiquiatría procura describir y formular las leyes de la personalidad humana. Su esfera particular es el estudio de los fenómenos interpersonales, porque la personalidad se manifiesta en las situaciones creadas por las relaciones interpersonales.

Donde se pone de manifiesto más claramente la posición de Sullivan frente a las ciencias sociales es en su trabajo sobre la psiquiatría moral, que expuso en Michigan, en octubre de 1942, que figura reproducido en *Psychiatry* en 1943, revista que dirigió durante muchos años.

Este trabajo es no sólo interesante por el desarrollo de una temática no muy cultivada en su tiempo y también en los actuales, sino por la multitud de líneas de investigación que sugiere y que se pueden realizar aún desde el gabinete de atención psiquiátrico privado y en las instituciones públicas.

Comienza advirtiendo:

El estudio del hombre y de todos los factores culturales creados por el hombre ha correspondido (dentro de la ciencia y de la medicina) a la especialidad psiquiátrica, así como en el campo de las ciencias sociales ha correspondido a la psicología social. La posibilidad que alguien logre realizar una discriminación apropiada entre la psicología social por una parte y la psiquiatría moderna por otra, me parece bastante reducida. A lo sumo podemos decir que parecen muy distintas y que no simpatizan mutuamente...

Explica después que el psiquiatra aborda el problema de la moral, porque simplemente otras disciplinas no lo hacen y también por pertenecer la moral al amplio y fundamental campo de las relaciones interpersonales.

Expone las diferencias entre la psiquiatría y las ciencias sociales en torno a este tema tan poco estudiado. Las ciencias sociales han seguido un camino académico que rara vez toca de cerca a las disciplinas biológicas y prestan escasa atención a los datos científicos de carácter sociológico. La psiquiatría en cambio estudia la moral partiendo de las formas más aberrantes de las relaciones interpersonales, mientras que la psicología social a la que Sullivan llama “disciplina hermana”, de orientación sociológica, tiende a buscar datos en las “zonas medias”. Considera más afortunado el enfoque psiquiátrico porque cuando se buscan las aberraciones morales, ellas se destacan claramente. Si se parte del estudio de lo anormal, se puede ampliar gradualmente el campo de investigación para incluir lo menos anormal y es entonces cuando se puede ingresar naturalmente en el terreno de lo normal.

Considera esclarecedor el estudio de las personas desmoralizadas para una comprensión cabal de la ciencia de la moral.

Un grado de desmoralización aguda es el pánico. Aclara que éste es al mismo tiempo un término técnico y una palabra “que aparece en los diarios”. El pánico a que se refiere es una “experiencia atroz” que generalmente incluye y desborda al “terror ciego” a que aluden los diarios. Cuando se sufre un ataque de pánico, no se hace nada. En un acceso de terror se busca torpemente un plan de acción y huida.

Denomina incapacidad psiconeurótica al sentimiento de temor y ansiedad que se alivia por la aparición de una dolencia aparentemente orgánica. Ejemplifica con el caso del soldado que en víspera de una ofensiva riesgosa, sufre sorpresivamente una parálisis del dedo índice que le impide detonar el fusil.



Demuestra que la desmoralización aguda de tipo benigno es en realidad una suerte de aturdimiento que impide reaccionar adecuadamente a estímulos normales que aparecen bruscamente cuando se está realizando un acto o función.

La desmoralización crónica es muy distinta de la aguda, que es siempre un problema breve que no se cronifica. La desmoralización crónica dura meses o años y presenta dos manifestaciones polares, una es el desaliento, en el cual no hay depresión. En ese estado “no se hace gran cosa, ni se piensa mucho”, justamente al revés de la depresión, en la que se piensa mucho en supuestas culpas y en presuntas inhabilidades para afrontar la vida cotidiana. El desalentado piensa lo menos posible y lo que piensa configura una preocupación progresiva o retroprogresiva con la idea casi obsesiva de fracaso.

La otra manifestación polar de la desmoralización crónica es la desesperanza, a la que propone llamar apatía desorganizativa. El ejemplo *Princes* que ofrece Sullivan de este tipo de desmoralización es al que denomina estrategia psiquiátrica de la *Blitzkrieg* hitleriana (guerra relámpago) que fue el factor que ocasionó el súbito colapso de Francia en la última contienda mundial. La *Blitzkrieg* llenó de hordas de campesinos desmoralizados todos los caminos útiles para el tránsito de las tropas francesas y sus abastecimientos a los frentes de batalla.

Los estudios realizados, dice Sullivan, demuestran que la desmoralización en sus diversos grados es el resultado del súbito colapso de un aspecto muy significativo del universo de valores de los individuos.

La inseguridad ante graves amenazas, la privación de satisfacciones favoritas, ciertos tipos de tensión, ruidos agudos u otros sobreestímulos pueden ser causas de desmoralización aguda o crónica, sobre todo cuando se presentan en forma no gradual y en circunstancias en que el sujeto esté fatigado o muy preocupado por razones sociales, económicas o por desencantos sorprendidos.

Al psiquiatra le debe interesar por qué algunas personas no se desmoralizan y otras sí, y precisamente eso es lo que se propuso estudiar Sullivan, hasta que la muerte lo sorprendió. Es lamentable que sus estudios no fueran proseguidos en las direcciones que había prefijado. Ellas son dar preferencia al estudio de los grupos pequeños en situaciones, tiempos y lugares diversos. Tomar como objeto de estudio al hombre enfermo y al sano.

El stress agudo y el postraumático siguen presentando enigmas no resueltos y el hombre sano no es investigado para conocer las causas de su inmunidad. La resiliencia tal como es enfocada parte de un error metodológico que afecta a su desenvolvimiento: comparar una propiedad de los metales con lo que puede ocurrirle al ser humano, olvidando lo que ya había enseñado Cicerón en sus célebres *Catilinarias*: “no es lícito comparar lo grande con lo pequeño”.

Las perspectivas de la psiquiatría como ciencia del hombre deben tener claro que la psiquiatría no puede perder su identidad, diluyéndose en las ciencias sociales, pero sí abrevando en esas fuentes de conocimiento y afirmada en sus propios objetos de estudio, que, hacer y técnicas podrá ir avanzando en la solución favorable de los dolores y conflictos que dejararquizan la elevada función de la mente.

El silenciamiento de los genes nocivos que hoy las grandes corporaciones farmacológicas buscan impulsar con fármacos de máximo poder incisivo, debe ser investigado también desde su aspecto funcional, teniendo en cuenta la gran plasticidad del sistema nervioso central y la función trófica del cerebro. Mente sana en cuerpo sano, la vieja sentencia que obvió el dualismo paralizante debe ocupar el centro de la actividad profesional psiquiátrica.

Sullivan señaló un camino que podemos recorrer convirtiendo el consultorio privado y la atención comunitaria en instituciones públicas y privadas en sitios de conceptualización de nuestra práctica profesional.

Lo que se observa en la atención médica tiene que ser contrastado con los fenómenos que se presentan en la vida cotidiana, en la que somos actores y pocas veces observadores lúcidos y tenaces. La participación activa en el seno de las comunidades colaborando en la atención y prevención de la salud, ensancharán nuestros conocimientos y nuestra cultura, humanizando, además, la práctica profesional.

Tienen actualidad estas sentencias de Sullivan:

La práctica de la medicina es una esfera particular y especializada de las relaciones interpersonales.

El médico que quiera tener éxito en su práctica depende de la capacidad psiquiátrica que posee.

El lenguaje propio de la biología no es adecuado para la psiquiatría, y cualquier intento de explicar los hechos y las relaciones interpersona-

les en términos estrictamente biológicos, está condenada de antemano, a desembocar en la confusión oscurantista o en el razonamiento de tipo circular.

El psicólogo social se encuentra en una situación más ventajosa para el abordaje de las cuestiones sociológicas, pero esto no significa que la psiquiatría se convierta en satélite de la psicología social o se identifique como una ciencia social.

Los pacientes enfermos de la psiquis necesitan acudir a quienes poseen conocimientos médicos, porque lo orgánico y lo funcional se superponen, y porque existen muchos instrumentos terapéuticos en la psiquiatría que son útiles y eficaces.

A casi 10 años de formuladas estas predicciones de Daniel J. Siegel (2), siguen vigentes y por eso las transcribo resumidas:

La acción conjunta de las ciencias del conocimiento permitirán descubrir cómo opera la mente en la salud y en la enfermedad. Este vasto campo interdisciplinario proporciona múltiples modelos de investigación para aclarar la naturaleza de la psicopatología, a través de técnicas que van desde las neurociencias hasta los prototipos computarizados de actividades cerebrales; la comprensión de la conciencia y de las emociones, permiten ampliar el enfoque de la psiquiatría para analizar la experiencia subjetiva humana.

Las herramientas clínicas, desde los fármacos hasta la psicoterapia profunda, podrán encontrar mayores aplicaciones a medida que se sepa más acerca de los procesos psicológicos.

La psiquiatría por su parte tiene mucho que ofrecer a las ciencias cognoscitivas: la larga historia de la psicopatología descriptiva y la posibilidad eventual de sintetizar las visiones de la mente y del cerebro, brindan datos extraordinarios y plantean interrogantes relevantes. La psiquiatría queda invitada a la exploración de los procesos cognoscitivos de la mente humana. La relación entre el desarrollo cognoscitivo y el emocional constituye otro desafío. Se supone que el conocimiento y los sentimientos o afectos se introyectan por caminos distintos. Fue escasa la contribución de Piaget en este campo.

Puedo agregar: ¿qué se siente cuándo se aprende? Faltan investigaciones para comprender el desarrollo emocional y cognitivo. La autoeficacia es el producto final de diversos mecanismos cognoscitivos. Pero su conceptualización es oscura y sujeta a puntos de vista contradictorios.

En general se acepta el vínculo especial entre el cerebro y la experiencia conciente pero no todos están de acuerdo con las sutilezas de ese nexo, o en las consecuencias que podría tener ese conocimiento sobre la comprensión de sí mismo y sus relaciones con los otros. A ese respecto no parece haberse avanzado más allá que los filósofos de los últimos milenios. La memoria se guarda en distintos lugares, y al parecer al azar. No se conoce aún el mecanismo de su evocación conjunta.

El apoyo social es relevante, pero es muy discutida la forma en que debe ser implementado.

La supervisión externa de la práctica profesional, es cada vez mayor. Las actitudes de la sociedad son ambivalentes en cuanto al uso de las benzodiacepinas incisivas capaces de controlar la violencia humana. Se teme al abuso político y a la violación del principio de autodeterminación. La ingeniería molecular que tanto puede impulsar el tratamiento eficaz de dolencias psíquicas que se reputan incurables, está sujeto a límites que no son fijados por la comunidad científica, sino por orientaciones de los cultores de las ciencias sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Swiek Perry, Helen. *La fusión de la psiquiatría y de las ciencias sociales*. Ed. Sique. Bs. As. 1968.-
2. Kaplan, H. I. – Sadok, B. J. *Tratado de psiquiatría*. Ed. Intermédica. Bs. As. 1997.



ÁNGELES ROIG MOLINER

La histeria: ¿cuadro nosológico o patogenia?

INTRODUCCIÓN

De todos es conocido que la histeria, como entidad clínica y, por lo tanto, como diagnóstico, ha desaparecido en la nosología actual. Aunque ha existido desde tiempos inmemoriales, su ¿declinación epidemiológica? es un hecho plenamente aceptado. Efectivamente, con la publicación del Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales: DSM III, la histeria queda fuera del canon psiquiátrico, si bien la palabra sigue encontrando refugio en el lenguaje popular, siguiendo una larga tradición que tiene sus orígenes y consolidación en el pensamiento griego. Refugio que se alterna con ese otro que lleva a algunos psiquiatras a buscar en la elaboración teórica de la psiquiatría clásica las raíces de ciertos problemas presentes en la psiquiatría actual. Por lo tanto, ni en el DSM-III-R ni en el DSM-IV, así como en la CIE-10, (Clasificación Internacional de Enfermedades), aparece la denominación “histeria” debido a las diferentes teorías al respecto y la imposibilidad de consensuar una definición común. Pero se refieren a ella bajo otras denominaciones. Este hecho por si solo podría dar lugar a infinidad de disquisiciones y discusiones.

Aunque en el DSM-III explican los motivos de tal ausencia, en las siguientes revisiones ya no creen necesario detenerse en reseñar las razones de la eliminación de este histórico significativo. Sin embargo la realidad de los consultorios actuales, y a pesar de que se han desdibujado los llamativos cuadros histéricos, muestra con tozuda contundencia una serie de patologías, -algunas tomadas por novedosas, y que suelen expresarse con mayor o menor rigor en la delimitación clínica-, como el síndrome de fatiga crónica, y otros grupos de astenias y astasias, la fibromialgia, el síndrome de piernas inquietas, dorsalgias, muchos cuadros de ansiedad generalizada con sus mareos, algunas migrañas con sus vómitos, diversas disociaciones emocionales y cognitivas, conductas anómalas en la senectud, etc. Esta confusa situación teórico-práctica obliga a dirigir nuestra mirada de nuevo hacia la histeria; es decir, a los problemas clínicos que su conceptualización y génesis plantearon a la psiquiatría clásica.

El objetivo de este trabajo es rastrear algunos aspectos de la histeria, identificar puntos decisivos y vulnerables de su conocimiento y momentos de reflexión sobre la misma y proponer rescatar algunos otros que nos permitan entender la realidad clínica actual.

ACERCAMIENTO A LOS ORÍGENES DE UN ESTIGMA

Cualquier Manual o estudio que contenga trabajos sobre esta patología suele contener una somera descripción de la palabra histeria e histérica; descripción que no suele ir más allá de un valor académico, sin que se extraigan las consecuencias que el significativo histeria tuvo en nuestros ancestros, empezando por el mundo helénico, para conformar un imaginario colectivo que, con más o menos matices, se arrastra hasta nuestros días. A pesar de que, en la época clásica, no existe la enfermedad mental "...si por ella entendemos la patria natural del insensato" (Foucault, 1991). Es por ello necesario recordar, con cierta minuciosidad, sus orígenes, no solo como un prurito filogenético sino con sus usos sociales, ya que nos ofrecen pistas y sugerencias para entender algunas vicisitudes de esta antigua patología.

Histeria proviene del griego *ὑστέρα* (*hystéra*) que, como todo el mundo sabe, significa "matriz". Y como tal acepción fue utilizada por la medicina y filosofía helénica, encontrándose numerosas alusiones en



los autores de la escuela médica de la isla de Cos. Pero esta palabra, **υστερα** (*hystéra*), tiene también otro significado: como nos enseña la filología es el **υστερον** (*hysteron*), que viene a significar “lo último”, lo que tiene menos valor; aquellas partes pudendas que deben ocultarse, es decir, no sería extraño que el efecto del lenguaje en la antigua Grecia estuviera relacionado con el significado de nuestros días y por lo tanto, se usase el vocablo en el mismo sentido en que nosotros usamos la expresión las partes íntimas o últimas del cuerpo. En síntesis, que podía ser utilizado con dos usos lingüísticos como nombre somático de la matriz y como partes pudendas que remiten al pudor o zonas que hay que ocultar porque provocan vergüenza (María Moliner, 1988. Tomo 2, Pág. 877). Aunque es en los escritos hipocráticos donde la conexión del útero con la patología resultante de sus movimientos erráticos se expresa por primera vez con el vocablo **υστερια** (*hysteriá*). Igualmente habían consolidado, los griegos, la palabra **υστερικος** (*hysterikós*), que remite a todo aquello que tenía que ver con la matriz, y muy especialmente con las enfermedades y afecciones del útero (**τα υστερικα παθητα** *hysteriká páze*) –aun haciendo la salvedad de que los conceptos de enfermedad en esos tiempos fuera muy diferente al de nuestros días– pero sí pone de manifiesto la unión de la histeria con las partes pudendas y “vergonzosas” de la matriz.

No se escapa, a la perspicacia de Mariano Arnal, filólogo, que señala algunos otros aspectos que, a mi juicio, pueden haber contribuido a marcar el destino de la histeria. Así, por ejemplo, existe en griego una palabra parecida (**υστηρια** / *hystéria*) con la única diferencia de que se escribe con eta ((**η**, e larga)) en vez de con épsilon (**ε**, e breve). Con **Τα υστηρια** (*ta hystéria* -plural neutro) se referían, los griegos, a las fiestas que se celebraban en Argos, en las que se sacrificaba un cerdo (**υς** / *hys*, en latín *sus*). Recuerda este autor que referente al cerdo, existe la expresión “**λυσω την εμην συν**” (*lýso tén emén sýn*) que al pie de la letra significa “soltaré a mi marrana”, para expresar la idea de dejarse llevar por la ira y por los malos modos. En definitiva una liberación de fuerzas y sentimientos controlados en el hombre educado. “Y es que en Grecia, el opuesto del hombre instruido y educado, era el cerdo” (Arnal, M. 1998). Es concluyente, pues, las similitudes con que recuerda la conducta actualmente estigmatizada como histeria.

En ginecología, Hipócrates, Aristóteles y Galeno han sido derrotados, ya que no queda de ellos lo que en matemáticas queda de Tales, Euclides

υστερα (<i>hystéra</i>),	→	matriz
υστερος, υστερα, υστερον (<i>hýsteros, hystéra hýsteron</i>),	→	el último, la última, lo último
υστερικος (<i>hysterikós</i>),	→	útero
τα υστερικα παθη (<i>ta hysteriká páze</i>)	→	enfermedades del útero
υστηρια / <i>hystéria</i>	→	((η, e larga)) (ε, e breve).
Τα υστηρια (<i>ta hystéria</i>)	→	sacrificio del cerdo
λυσω την εμην συν" (<i>lýso tén emén sýn</i>)	→	soltaré a mi marrana dejarse llevar por la ira

Ilustración I

y Pitágoras pero sus criterios en otras afecciones, como la histeria, han pervivido, y aun lo hacen, hasta nuestros días (Duby y Perrot, 2000. T-1. Pág. 98)

Otro punto de corte que podemos hacer en este pequeño recorrido por el estigma de la histeria es la Edad Media. En aquellos momentos matriz y “madre” eran la misma o parecida palabra. Sin entrar en un análisis profundo vemos que Matriz-matrona-matern son todo formas de la raíz del latín y el español. (Moliner, M. Pág. 366) De hecho, aun hoy la matriz de establecimientos o empresas es el origen: “la casa matriz está en Barcelona”. También es el órgano de la generación. Se puede utilizar como furor uterino, ninfomanía, histerismo, vapores (Moliner, M. T-2 Pág. 367-368). Las expresiones “sacar de madre” que significaba encolerizar, “salirse de madre” y “desmadrarse” (“desmadrar” aunque signifique quitarle las crías a la madre también tiene el sentido de perder los modales y “desmadrado” el que ha sido abandonado por la madre (Moliner, M. T-1 Pág. 950) y el que ha perdido los buenos modos y ha roto las reglas de urbanidad) son ejemplos de conductas desordenadas donde se sobrepasan ciertas normas y pueden aparecer desmanes o excesos, que también se llaman conductas histéricas y que de alguna manera han debido ayudar a establecer el significado de **histeria** mientras no estuvo totalmente definida que, conviene recordarlo, se mantuvo durante decenios como sinónimo del “mal de madre” (Arnal, M. 1998).

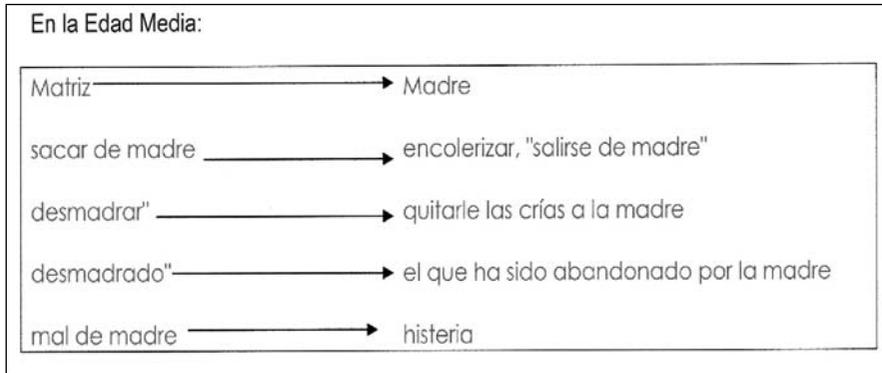


Ilustración 2

A partir de los escritos de Galeno de Pergamon, la histeria siguió presente en la literatura médica medieval, aunque entonces atribuida a la influencia de espíritus demoniacos (Pons, A.)

Pero el mundo medieval fue mucho menos sutil que el helénico y muchos síndromes histéricos se pusieron, con frecuencia, bajo el manto de lo demoníaco y la brujería. Es probablemente el momento en que la histeria pasa, de ser un padecimiento de género, meramente teórico, a ser un problema práctico para muchas mujeres que pagan con su vida lo que el poder entiende por conducta desviada en el género femenino; sin olvidar su epígrafe social en forma, en algunos casos célebres, de verdadera epidemia.

“El histerismo de las posesas de Salem queda puesto en evidencia incluso en los escritos de los mismos teólogos ...puritanos...” (Caro Baroja) y enseña el enorme peso que en los imaginarios sociales tenían la brujería, lo demoníaco y el supuesto desenfreno. Porque en esa época, como señala Caro Baroja, se daban “...en un momento en que en ciertas partes de Europa nacía la Ciencia experimental objetiva y fría, más preocupada por obtener métodos que por avalar creencias fijas”. Visto con perspectiva histórica, la fuerte carga ideológica de la histeria se presenta como un lastre que ha dificultado enormemente imponer una racionalidad en estos temas. Por esto es hasta cierto punto sorprendente que un catedrático de la categoría de Charcot se enfrentara a este vidrioso asunto de la histeria cuando la postura más generalizada entre los hombres de ciencia era “el desdén absoluto”. (Caro Baroja).

VICISITUDES DE UNA NOSOLOGÍA DE LA HISTERIA DESDE CHARCOT A FREUD

Con Charcot comienza el verdadero debate nosológico de la histeria. “Durante un cuarto de siglo, (1868-1893) Charcot y todos sus discípulos y seguidores, aplicarán con mano férrea los postulados de su método de estudio de la histeria”. Para el desarrollo de esta epígrafe seguimos el excelente artículo de López Piñero y Morales Meseguer, 1964. (Pág. 29-97):

1. Reunir un conjunto de signos objetivos. Reúnen abundante arsenal de signos objetivos que permitan delimitar la histeria.
2. Estos signos les permiten describir cuadros clínicos típicos y regulares. El ataque histérico sigue unas reglas idénticas y universales y consta de períodos y fases que ellos caracterizan.
3. Ofrecer una descripción nosológica.
4. Semejanza de la sintomatología de la histeria con los fenómenos neurológicos orgánicos (neuromimesis).
5. No hay sustrato anatómico.
6. Existencia de *lesión dinámica* (criterio morfológico y mecanicista) aunque no haya lesión anatómica.
7. Se puede diferenciar de la simulación.

En su célebre lección inaugural de la Cátedra de Clínica de las Enfermedades Del Sistema Nervioso, en 1882, el maestro de la Salpêtrière, declaró sus principios metódicos y las dificultades que encontraba su proyecto de investigación sobre la histeria. La recapitulación de su discurso inaugural se puede resumir así:

- Estados morbosos que tienen por asiento evidente el sistema nervioso.
- Que no dejan sobre el cadáver huella alguna material.
- Estos compuestos sintomáticos privados de *sustratum* anatómico no se presentan al espíritu del médico con la apariencia de objetividad que tienen las afecciones consiguientes a una lesión orgánica apreciable.
- Algunos no ven en estas afecciones más que un conjunto de fenómenos extraños, inaccesibles al análisis y que más valdría relegar a la categoría de lo incognoscible.



- El histerismo, sobre todo, es el herido por esta especie de proscripción.
- Pero un decreto no bastará jamás para hacerla desaparecer del cuadro nosológico.
- Estas afecciones no forman una clase aparte en la patología.
- Su sintomatología se aproxima siempre a las enfermedades con lesiones materiales que se ha designado con el nombre de neuromimesis.
- Detrás del síndrome común entreve una analogía de asiento anatómico y, *mutatis mutandi*, localiza la lesión dinámica.
- El médico instruido en estas materias lo diferenciará de la simulación.

Esta larga síntesis refleja los puntos esenciales del proyecto de Charcot que más arriba he sintetizado. Y explica de manera preclara cómo, a pesar de ser cuadros despreciados por la ciencia anatomo-clínica, debido a las dificultades de su nosografía, defiende la idea, ciertamente omnipotente, de que a la ciencia nada debe escapársele y que la ciencia no debe arredrarse ante nada: nada es incognoscible. El proyecto de investigación montado por Charcot en la Salpêtrière, dotado con los mejores medios de la época para detectar y concretar el sustrato anatómico de la enfermedad, se estrelló contra el lenguaje clínico de la histeria obligándole a modificar alguna de sus explicaciones pero manteniendo intactos los objetivos fundamentales de su tarea. Es sorprendente pero ilustrativa también, la tenacidad charcotiana para encuadrar a la histeria en el modelo positivista de la enfermedad. Este hecho no escapó a la perspicacia freudiana cuando afirma con humor y sabiduría que las histéricas no saben anatomía y que las parálisis y convulsiones trascendían o no llegaban a encajar en el bien conocido esquema metamérico. Si las histéricas no saben anatomía ¿cual era el motor que impulsaba sus síntomas? El camino que conduce a una respuesta pasa por la hipnosis y la sugestión.

Resumamos ahora someramente el origen de la hipnosis: Es importante para centrarse, considerar el ambiente de la medicina en la Francia de aquellos años. El desarrollo del mesmerismo fue rápido y su popularidad inmensa debido a las curaciones prodigiosas que a través suyo se alcanzaba, bien que los ambientes médicos académicos lo rechazaron desde el principio. Aunque tuviera críticas, la influencia de Charcot, era grande y muchos médicos europeos y americanos aceptaban sus teorías. Por esto se hicieron todo tipo de experimentos en aquella época con metales, imanes, etc. En esta situación y con todos estos antecedentes,

en 1843, Braid introduce los neologismos “hipnotismo”, “hipnotizar” e “hipnótico”. Pero no fue sino hasta 1864 que el célebre Liébeault comenzó en Nancy un estudio serio, sistemático y desinteresado de la hipnosis y ensayó la primera psicoterapia hipnótica que se registra.

Por su parte, en 1878, se inician los primeros trabajos sobre hipnotismo en La Salpêtrière, cuando estaban en pleno desarrollo los estudios sobre la histeria. Charcot, reconoce la hipnosis considerándola como una simple variedad de la histeria y se dedican a todo tipo de experimentos con ella para buscar los consabidos, según el método anatómico-clínico, signos objetivos, y también para conjurar la temida simulación. Esto sería lo único capaz de romper la enorme desconfianza existente en la medicina oficial. El médico inglés Carpenter indicó:

La atención fija con fuerza y persistencia sobre una parte orgánica afecta a su circulación, a su inervación, o a las dos cosas a la vez. Lógicamente los efectos de la atención son mucho más acentuados cuando va unida a la previsión explícita de algún resultado concreto. El sistema vasomotor es la vía probable de esta influencia.

Por lo cual no se había descartado la poderosa causa de error que significaba la “*expectant attention*” o atención expectante.

En 1881 se le une “...Bernheim, discípulo de Liébeault emprendió la labor de construir la teoría del hipnotismo sobre una más amplia base psicológica, y hacer, de la sugestión, el nódulo de la hipnosis”. (Freud) En 1883, Bernheim inició sus comunicaciones al mundo científico sobre el hipnotismo y la sugestión y surge la famosa Escuela de Nancy. Esta escuela corrigió al hipnotismo afirmando el carácter puramente sugestivo de la hipnosis y negó que fuera un proceso patológico. Cuando Bernheim emprendió la labor de construir la teoría del hipnotismo sobre una más amplia base psicológica, las concepciones charcotianas perdieron la estimación de sus contemporáneos. Pero también contribuyó a que a partir de 1884-1885 el tema de la sugestión adquiriera importancia en la Salpêtrière y la consideraran digna de estudio. En los años siguientes hasta 1889 se publican estas ideas pero dando ese estatus a la sugestión y enfrentándose al grupo de Nancy. La radicalidad de la escuela de Nancy la llevó a negar que el hipnotismo fuera un proceso patológico y afirmar que era puramente sugestivo. La modificación del estado de conciencia podía obtenerse en cualquier individuo —decía Bernheim— por la

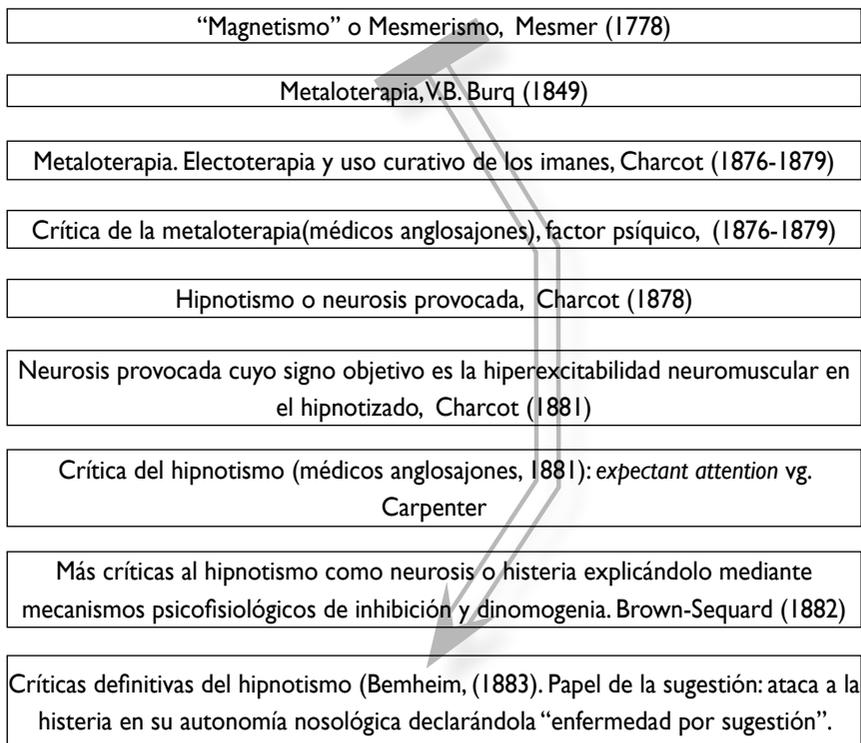


Ilustración 3

sugestión en estado vigil, lo que implicaba abandonar la hipnosis. A este método dio el nombre de “psicoterapia”, término que habría de conocer un auge enorme, y cuyo concepto es, sin duda, uno de los principales del siglo XX. Pero Charcot no es totalmente derrotado; para él la histeria no solo era una enfermedad psíquica, sino que había señalado traumatismos morales como causas remotas y ocultas.

Me he detenido en esta concatenación de hechos sobre el hipnotismo y la sugestión, para mostrar el ambiente científico de la Europa de aquellos años y porque ilustra la dificultad de la medicina anatomo-clínica para incorporar los aspectos psíquicos del problema de la histeria. Fue precisamente esta dificultad, centrada en la etiología y patogenia del ataque histérico, la que derrumbó definitivamente el edificio nosológico de Charcot.

A esta clínica, acude el joven Freud en 1885, el cual había ganado una beca, por concurso, para perfeccionar sus estudios de neurología bajo la

tutela del gran Charcot. Al volver a Viena, Freud habla de sus experiencias en la Salpêtrière e impresiona a Joseph Breuer. En 1889 Freud regresó a Francia, pero esta vez a Nancy, donde pasó varias semanas con el fin de perfeccionar su técnica hipnótica. En su obra *De la sugestión*, de 1911, Bernheim coloca a la hipnosis entre otras psicoterapias: la sugestión verbal en estado de vigilia o de sueño, la persuasión racional y emotiva, la sugestión encarnada en prácticas materiales, etc. Freud tradujo al alemán dos de sus obras: *De la sugestión y de sus aplicaciones a la terapéutica*, en 1889, e *Hipnotismo, sugestión, psicoterapia*, en 1892 ((López Piñero y Morales Meseguer, 1964).

Más tarde, Breuer y Freud publican el libro “Estudios sobre la Histeria” escrito en 1893 y publicado dos años más tarde. Un texto conjunto, precedido por la muy conocida “Vorläufige Mitteilung” (Comunicación Preliminar) que encabeza ese trabajo, *Estudios sobre la Histeria*, que tanto habría de cambiar esta patología. Pero es en el primer lustro del siglo XX, cuando se produce un proceso muy activo de revisión de la nosología de la histeria, de su patogenia y de su génesis. Ningún neurólogo o psicólogo suscribirían ya en esas fechas las teorías de Charcot. (Ingenieros, J. 1904).

PATOGENIA: PSICOANÁLISIS Y PSICODINAMIA

Alrededor de 1903, todos consideraban a la histeria con una patogenia de origen cerebral. Aunque muchas veces confundida con enfermedades reumáticas, artritis, y menos frecuentemente, parálisis medulares. Como hemos podido ver, lo que se intentaba sobre todo en esas fechas era delimitar nosológicamente la enfermedad y describir su patogenia de la forma más precisa posible a la luz de los conocimientos de esos años. Casi todas las teorías psicopatológicas de los autores de la segunda mitad del siglo XIX giran alrededor de la vedette del momento, la hipnosis. La naturaleza y patogenia de la histeria ha sido un tema muy controvertido por doctrinas heterogéneas, sobre todo antes y después de Charcot, hasta llegar a nuestro actual s. XXI, donde la fisiopatología, patogenia o psicodinamia, de la “gran neurosis” han desaparecido del interés científico y administrativo de la salud mental.

La polémica entre Charcot y la escuela de Nancy, que tanta repercusión tuvo en la Europa finisecular del s. XIX, se saldó con la



derrota charcotiana y la sugestión pasó a ser un *modus operandi* o una patogenia de las formas históricas que, por otra parte, no parecían ajustarse a patrones clínicos sino a formas expresivas muy personales, y que sólo encontraban explicación en los modelos interpretativos.

La obra de Charcot y sus discípulos acerca de las neurosis y el hipnotismo, constituye el esfuerzo final de la mentalidad anatomoclínica para asumirlos con sus métodos y desde sus supuestos. Desde el punto de vista histórico, sin embargo, está claro que la muerte de Charcot significó la muerte de la histeria como entidad nosológica claramente definida y con un correlato anatomopatológico preciso para ser una enfermedad funcional como le gusta definirla a los neurólogos a partir de Babinsky y entrar de pleno derecho en el reino de la psiquiatría. Sin embargo la clasificación clínica y las distintas patogenias continuaron siendo un poderoso atractivo para los neuropsiquiatras de la época. El propio Freud dedicó numerosos artículos a diferenciar las diversas neurosis y a subrayar desiguales patogenias como en el caso de las neurosis actuales.

El trabajo de Freud de estos años es un ejemplo de relación entre acontecimiento y expresividad clínica, tamizado naturalmente por los procesos del inconsciente. Más allá del debate acerca del estado hipnoide como causa de la histeria, lo que concurre a su génesis es el trauma. Lo primero que se dice en la “Comunicación Preliminar” es que hay un factor accidental nada desdeñable en la causa de la histeria, que eso es el trauma y que en cada ataque el paciente “vive de nuevo” aquel proceso que provocó el primer ataque. Para ser justos con Charcot, él ya había esbozado la idea de que “en los grandes ataques, la enfermedad recuerda en forma de sueño, sucesos que ocurrieron con anterioridad”, y citaba a una paciente que recordaba en sus ataques un “rudo examen ginecológico” sufrido otrora y una “maldición que le dirigió una tía”.

Freud compara la histeria con la neurosis traumática, de la cual hay que distinguirla, habida cuenta del rol que el trauma juega en ambas afecciones. En la histeria, el trauma produce síntomas y ataques que, en forma encubierta, remiten a la situación traumática en que se asientan: consiste en la conversión de la excitación psíquica en inervación somática, consiguiéndose así, que la representación insoportable, quede expulsada de la conciencia del yo, la cual acoge en su lugar, la reminiscencia somática nacida por conversión. En la neurosis traumática, hay “fijación al trauma”: después de que el sujeto ha padecido la situación traumática aparecen paroxismos angustiosos acompañados de recuerdos

directos del trauma o partes de él. También las pesadillas cuyo tema es el accidente traumático son la regla. La neurosis traumática encuentra en dichos paroxismos angustiosos y pesadillas un exutorio, una vía de descarga por la que el sujeto va ligando paulatinamente la energía libre, “elaborando” así el trauma. De esta elaboración es, justamente, de lo que se ve privado el histérico, pues no tiene más que un acceso deformado a la situación traumática que origina sus ataques y síntomas. El histérico se defiende de la rememoración o reviviscencia del accidente traumático eternizándose en él, de suerte que el trauma se vuelve capaz de ejercer su acción patógena indefinidamente. Igualmente señalaba Freud en: *“Acerca de los motivos para distinguir un síndrome particular de la neurastenia con el nombre de ‘neurosis de angustia’”* (1895) la distinción entre la neurosis de angustia y la neurastenia. En la neurosis de angustia, la ansiedad tenía la categoría de unificadora de la sintomatología somática y la eliminaba de la neurastenia. Y en el grupo de neurosis actuales: neurastenia, hipocondría y neurosis de angustia la causa o base de las mismas era física y contrastaba estos estados de ansiedad con las psiconeurosis como la histeria y las neurosis obsesivo-compulsivas en las que la base de los síntomas era de origen psicológico.

Por lo tanto, hemos visto que el fracaso del método anatómico-clínico, que fundó la neurología, abrió la vía al enfoque psicodinámico de los trastornos mentales. La histeria abandonó así el terreno de la neurología para entrar en el de la patología mental. Esto condujo a la reformulación del concepto de neurosis, por un lado, y al planteamiento de la etiología psíquica de los trastornos mentales por el otro.

LAS RAZONES DE UN SILENCIO. EL REINADO DE LA ESQUIZOFRENIA

A partir de la primera década del s. XX, la histeria se va difuminando en el campo de la psiquiatría y pasa a ser casi exclusivo alimento de la práctica privada en balnearios y consultas de lujo. No importa que cuadros como la neurastenia presenten problemas de gran valor clínico –y sean inspiración de novelistas como pretexto para potenciar “los tónicos de la voluntad”–, la esquizofrenia y la paranoia pasaron a ser el núcleo central de la actividad de investigación psiquiátrica. El síndrome Kraepelin-Bleuler (que buscaba su lugar en la medicina científica-natural) es el centro de la psiquiatría durante más de 50 años y en él se englobarán

A lo largo del desarrollo del DSM-III, la omisión de las neurosis como clase diagnóstica, presente con anterioridad en el DSM-II, fue materia de preocupación para muchos clínicos y, por tanto, requiere una explicación adecuada.

Cuando Freud utilizó por primera vez el término “psiconeurosis”, se estaba refiriendo solamente a cuatro subtipos: neurosis de ansiedad, histeria de angustia (fobias), neurosis obsesivo-compulsivas, e histeria. Freud utilizó el término tanto *descriptivamente* (para indicar la presencia de un síntoma perturbador en sujetos con un correcto enjuiciamiento de la realidad), como para indicar el *proceso etiológico* (conflicto inconsciente que activa la ansiedad y lleva a un funcionamiento inadecuado de los mecanismos de defensa, que dan lugar a la formación del síntoma).

Sin embargo, en la actualidad no existe consenso en nuestra especialidad sobre cómo definir las “neurosis”. Algunos clínicos limitan el término a su significado descriptivo, mientras que otros incluyen también el concepto de un proceso etiológico específico. Para evitar ambigüedades, el término *trastorno neurótico* debería usarse solamente de forma descriptiva, de acuerdo con su utilización en la ICD-9. Por otra parte, el término *proceso neurótico* debería utilizarse cuando el clínico desea indicar la existencia de un proceso etiológico específico que presenta la siguiente secuencia: conflictos inconscientes entre deseos opuestos o entre deseos y prohibiciones, que dan lugar a disforia o a una percepción inconsciente de un peligro anticipado, lo que comportaría la utilización de mecanismos de defensa que dan lugar a síntomas, alteraciones de la personalidad, o a ambas cosas.

Ilustración 4

algunos aspectos clínicos que ocuparon un papel relevante en las neurosis en general y en la histeria en particular. Es el caso de las obsesiones y la neurastenia. No es ajeno a este proceso el progresivo ensanchamiento del ámbito de la esquizofrenia – o de las esquizofrenias, como les gusta afirmar a algunos clínicos- hasta el punto de que cuando Manfred Bleuler consolida el término *esquizofrenia incipiente* parecen borrarse definitivamente los límites nosológicos de la psiquiatría. Por supuesto que psicosis orgánicas, depresiones y demencias estaban presentes en el quehacer psiquiátrico, como también lo estaban las crisis psicógenas, donde encontraron refugio muchos de los cuadros vistos por Charcot, ya en franco retroceso en occidente y en relación directa con los factores sociales, económicos y culturales.

La configuración y difusión del DSM-III sentenció aparentemente el problema. Es llamativo que uno de los motivos de las clasificaciones

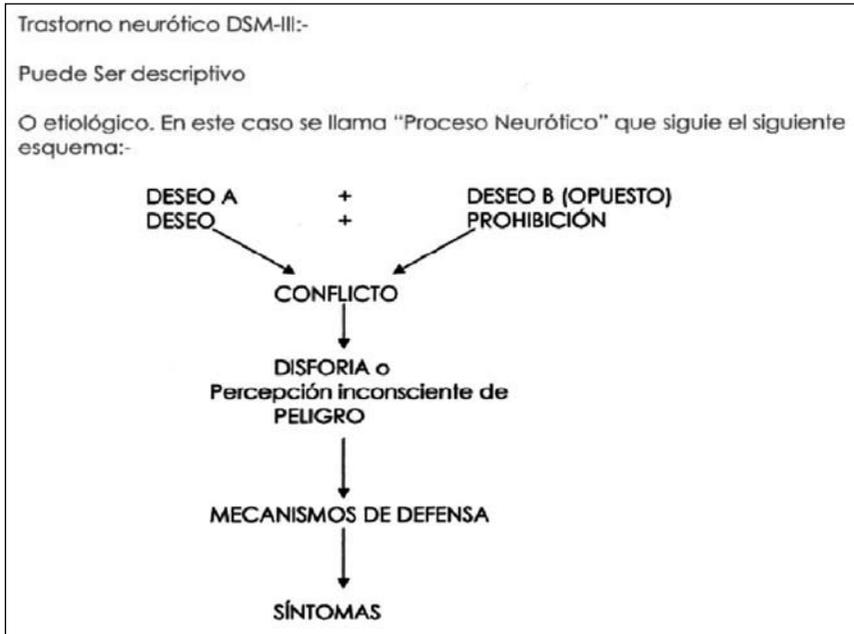


Ilustración 5

multiaxiales vaya ligado al desdibujamiento del trastorno esquizofrénico, que sin embargo sigue conservando su nombre e identidad, y suprime el término histérico que en aquellos momentos parecía estar bien encuadrado en el campo de las neurosis. Esta negación se realiza suprimiendo el término de las neurosis de las entidades clínicas y colocando, fuera ya de los límites del manual, a estos cuadros en la explicación que cada escuela psiquiátrica estime conveniente a los mismos. Esta decisión, que tiene su origen en la psiquiatría norteamericana pero que no encontró excesivas resistencias en el resto de las escuelas psiquiátricas, fue convenientemente justificada. Pero más interesante es como esquematiza el manual DSM-III la aportación de Freud y su explicación de la ausencia de la histeria en la clasificación, (ver ilustración 4).

Es decir: en la ilustración 5 se ofrece una elucidación de la propuesta del DSM-III.

Por lo tanto, se admite un "proceso" (neurótico) cuya etiología y patogenia se describe. A pesar que otros autores (Guze, S. 1967) disientan y piensen que conversión es una manera de evitar implicaciones etiológicas o patogénicas. Esta será la última vez que se aborde este

tema, con estas palabras de realiza su sentencia de muerte. En el DSM-III-R y en el DSM-IV ya no afrontan este contenido sino que ya se da por concluida la histeria y su proceso de desaparición. Todas las neurosis han desaparecido como grupo.

En tanto que la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª edición (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud, en el eje F 44, bajo el título de Trastornos disociativos (de conversión) y eje F 45 Trastornos somatomorfos, sigue los pasos de el DSM y divide a los cuadros histéricos en diferentes apartados en los que se incluyen elementos que caracterizan a la histeria:

F44	Trastornos disociativos [de conversión]
F44.0	Amnesia disociativa
F44.1	Fuga disociativa
F44.2	Estupor disociativo
F44.3	Trastornos de trance y de posesión
F44.4	Trastornos disociativos del movimiento
F44.5	Convulsiones disociativas
F44.6	Anestesia disociativa y pérdida sensorial
F44.7	Trastornos disociativos mixtos [y de conversión]
F44.8	Otros trastornos disociativos [de conversión]
F44.9	Trastorno disociativo [de conversión], no especificado
F45	Trastornos somatomorfos
F45.0	Trastorno de somatización
F45.1	Trastorno somatomorfo indiferenciado
F45.2	Trastorno hipocondríaco
F45.3	Disfunción autonómica somatomorfa
F45.4	Trastorno de dolor persistente somatomorfo
F45.8	Otros trastornos somatomorfos
F45.9	Trastorno somatomorfo, no especificado
F48	Otros trastornos neuróticos
F48.0	Neurastenia
F48.1	Síndrome de despersonalización y desvinculación de la realidad
F48.8	Otros trastornos neuróticos especificados
F48.9	Trastorno neurótico, no especificado

Otros autores americanos de gran difusión como Kaplan y Sadock, llegan a afirmar que el mecanismo básico de los trastornos disociativos, conversivos y somatomorfos, es decir, el mecanismo básico de los trastornos neuróticos en general, sería el de disociación, común a la hipnosis, y que también intervendría en los trastornos por conversión. Esto nos vuelve a llevar a Charcot: son solo los sujetos hipnotizables, los histéricos, los no hipnotizables, que son la mayoría, no serían susceptibles de neurosis histéricas. “En otras palabras, los pacientes histéricos tienen una tendencia exagerada, quizás innata, a la disociación mental (...supresión de la conciencia y control, de un complejo de elementos mentales asociados, como pensamientos, imágenes, sentimientos, sensaciones y pulsiones)”. Pero la histeria está fragmentada aunque también la fiebre se consideró una enfermedad hasta el siglo XIX y fue una entidad falsamente unificada que ha perdido su razón de ser hoy en día. ¿Puede ser que la histeria nunca fuera una entidad clínica sino solo un síntoma común a varios cuadros clínicos? ¿Puede que como síntoma aparezca en varios cuadros psicopatológicos? La histeria puede estar siguiendo el mismo camino, si se siguen considerando los síntomas neurológicos y los psicológicos como mutuamente excluyentes (Mace, C. 1992).

LA HISTERIA ACTUALMENTE. FORMAS DE PRESENTACIÓN

Todavía hoy es difícil visualizar el retorno de las formas de operar del psiquismo histérico. Los mecanismos de defensa de negación, represión y desplazamiento presentes de una u otra forma en la patología histérica tradicional son difíciles de aplicar, en un sentido estricto, a numerosos cuadros, imprecisos por otra parte, que han ido salpicando la práctica psiquiátrica ambulatoria actual. La histeria está agazapada en otros diagnósticos como: síndrome de fatiga crónica, síndrome de personalidad múltiple, fibromialgia, astasias, abulia, afonía, adinamia, retención urinaria, contracturas, vómitos persistentes, amnesias difusas, miedos ambiguos, cefaleas, otros dolores inespecíficos...

Si nos alejamos de la psiquiatría descriptiva del DSM-III y nos acercamos a los modos de operar de algunas patologías tenidas por nuevas, podemos observar que algunos de sus síntomas no solo recuerdan los reseñados en los tratadistas clásicos de fines del XIX, principios del

XX sino también detectamos que sus mecanismos de producción y sus consecuencias, incluida el beneficio secundario de la enfermedad, tienen una cierta semejanza.

Hoy se ven en consulta muchas quejas somáticas múltiples y vagas:

- Dificultad para tragar, pérdida de voz, visión doble o borrosa, pérdida de memoria, dificultades para andar, debilidad muscular, contracturas, parálisis, síntomas de astasia-abasia, adinamias.

- Dolores abdominales, gases, náuseas, vómitos.

- Fatiga.

- Sordera, incluso definitiva, sin causa somática.

- Dolores: espalda, articulaciones, extremidades, al miccionar, Cefaleas distintas de jaquecas.

- Respiración superficial, palpitaciones, mareos y desmayos.

- Indiferencia sexual, falta de placer, frigidez, dispareunia.

Que no podemos catalogarlos solo como trastorno somatoforme ya que generalmente viene acompañado de ánimo triste, según los pacientes, debido a sus múltiples dolores e incapacidades que éstos provocan. Las clínicas del dolor, que está proliferando en los países occidentales, conocen muy bien estas patologías “menores” y bastante incapacitantes.

En resumen

- Se ha mostrado como, pese a la desaparición de la histeria como cuadro nosológico, el mecanismo productor sigue actuando en variados síntomas clínicos.

- Se defiende la idea, por lo tanto, de que la histeria sigue vigente en las consultas psiquiátricas, neurológicas y de medicina general.

- Que las neurociencias y su avance –junto con la neurofarmacología– ha permitido un control de síntomas en otras patologías y que, sin embargo, en la histeria, incluso como mecanismo, no son tan eficaces los psicofármacos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maria Moliner, Diccionario de uso del español. 2 tomos. Ed. Gredos. Madrid. 1988.
2. López Piñero, J.M. y Morales Meseguer, J.M. Neurosis y psicoterapia en la obra de Charcot. Rev. Asclepio. Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina y Antropología Médica. Vol. 16. Pág. 29-96 Madrid. 1964.
3. Foucault, M. Historia de la locura en la época clásica. 2 tomos. Ed. Fondo de cultura económica. 4ª reimpresión en España. México. Madrid. 1991.

4. A.P.A. Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales: DSM-III. Trad. Pierre Pichot. 2ª reimpresión. Ed. Masón S.A. Barcelona. 1985.
5. A.P.A. Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales: DSM-III-R. Trad. Pierre Pichot. 2ª reimpresión. Ed. Masón S.A. Barcelona. 1989
6. A.P.A. Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales: DSM-IV. Trad. Pierre Pichot. 2ª reimpresión. Ed. Mason S.A. Barcelona. 1995
7. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. ICD-9.
8. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. ICD-10. Traducción de *Clinical description and diagnostic guidelines. ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Geneva., 1992*
9. Duby, G. Perrot, M. Historia de las mujeres. 5 tomos. Ed. Taurus. 2000.
10. Pons Villanueva, A. La neurosis histérica.
11. Arnal, M. Elalmanaque.com. 1998. Copyright 2005
12. Caro Baroja, J. Las brujas y su mundo. Ed. Alianza . Madrid. 1997
13. Freud, S. Obras completas. T-1. Charcot. La histeria. Proyecto de una psicología para neurólogos. Ed. Biblioteca nueva. Madrid.1972.
14. Guze, S. The diagnosis of Hysteria: What are We Trying to Do?. AMER. J. Psychiat, 124: 4, October. 77-84. 1967.
15. Ingenieros, J. Histeria y Sugestión. Ed. 1904.
16. Mace, C.J. Hysterical conversión I A History. British J. Psychiat, 161, 369-377. 1992.
17. Mace, C.J. Hysterical conversión II A Critique. British J. Psychiat, 161, 378-389. 1992
18. Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. Tratado de Psiquiatría. 2 tomos. Ed. Salvat. 2ª edición. 1989.



JOSE MANUEL BAILÓN BLANCAS

La Patobiografía como forma de investigación médica

INTRODUCCIÓN

Lo histórico es que la Medicina engarce su arte con las demás ciencias del hombre, y todo porque la Medicina es sin lugar a dudas antropología. Debemos reseñar este término y como lo define el Diccionario de la Real Academia Española: “Antropología; Ciencia que trata de los aspectos biológicos del hombre y de su comportamiento como miembro de una sociedad...” Nosotros lo entenderíamos a su vez, “como el estudio del hombre en movimiento”. De aquí, que así como sobre la sociedad el hombre es capaz de influir, sea también influenciado por aquella misma sociedad. Sociedad, que por presumir, que ayuda al individuo lo marca, lo diluye o incluso lo anula: Estamos a dos pasos en que las sociedades, que se denominan autoavanzadas lleven, desde lo real a lo virtual a una “selección natural psíquica”. Sociedad que deformando, termina creando graves trastornos de la personalidad, por declive de la autofrustración, manipulación del individuo -por el mismo individuo-, a falta de convicciones y valores éticos y morales, con predominio atávico de supervivencia. Recordemos que la moral y la ética, nos llevan a lo estético; lo amoral deviene en antiestético. De todo ello, la autolisis es un paso.

Desarrollando la idea primigenia, comprendemos porque William Stern hable de la actividad psíquica y que el mundo cultural sean claramente la intersección del hombre y mundo. Múltiples autores podríamos citar, en un amplio recorrido bibliográfico. Pero ateniéndonos solamente a lo que hemos llamado Patobiografía debemos de nombrar a quién será su primer inductor; precisamente alguien que dejó la Medicina, siendo estudiante. Nos referimos a Johann Gottfried Von Herder (1744 1803), quien entiende que “para el esclarecimiento metódico, del sentido de lo vital” recomendaría una técnica biográfica. Por lo mismo, para Herder “el director de un Hospital podría hacer sorprendentes contribuciones a la historia de los genios de todas las épocas y países...” Verdaderamente será Herder el que plante la semilla de las futuras patografías y patobiografías. (Seguimos en sus escritos a Gunter Clauser). En este mismo campo, en que nos movemos, citaríamos a Wilmanns, Ganpp, sin olvidar a Jasper, Kresmer y un largo etcétera, entre otros a Von Weizäker.

Gunter Clauser, nos comenta, que fuera del marco de la Psiquiatría, en lo tocante a la Medicina, la metódica biográfica apenas ha dado frutos, quizá por indiferencia al respecto. Sin embargo también surgen profesionales médicos, que partiendo de la Medicina Interna, e incluso de la Cirugía penetran en la biografía. Tengamos presente y recordemos que afirma Jasper: “Toda historia clínica conduce a la biografía...”.

PATOBIOGRAFÍA: BIOGRAFÍA MÉDICA

La Patobiografía es biografía médica, en cuanto se estudia al personaje como portador de corporalidad y psiquismo pero siempre en evolución. En ese individuo antes, después o ahora surge la enfermedad como derecho propio. Pero es que además, desde su nacimiento hasta su muerte su psiquismo y su corporalidad evolucionan, por leyes dinámicas desde su concepción hasta su desaparición. A todo ello se le une una predisposición genética en la que está implicado el ser total. Y para colmo, el medio ambiente afectará a la totalidad. Por ello, nosotros, para mejor exposición, debemos en la investigación patobiográfica, diseñar tres apartados: Biograma Psíquico; Biograma Somático; Biograma - Ecosistema Ambiental.



Como podemos comprobar hay una interrelación que nos hace necesaria estudiar en esa amalgama de compuestos; deslindando en cada caso aquello que incida con más profundidad en uno u otro campo. Todo así, nos lleva de la mano a la Historia Clínica y con ello a la verdadera Patobiografía. Todo caso debemos discernir, que para investigar en Patografías es necesario nuestro amplio conocimiento de las posibilidades de la Medicina y como es lógico, de la Clínica. La Patobiografía debe considerarse siempre, como una investigación humana que penetra la humanística, en un más allá, a la búsqueda intrahistórica del individuo que a su vez es sujeto y objeto de la Historia.

PATOBIOGRAFÍA COMO MODO DE INVESTIGACIÓN

Hemos venido diciendo, que tanto los datos psicológicos, psicopatológicos, patologías somáticas y patogenias ambientales, deberán reflejarse en la patobiografía. La actuación es precisamente un desafío, que superamos preguntando al personaje encausado mediante diversas fuentes. Y todas ellas serán interpretativas, deductivas y psicodinámicas, aunque siempre sujetas a nuestra propia crítica, en sucesivos avances y retrocesos hasta acercarnos a un máximo de fiabilidad. Pero incluso en este mismo punto de nuestra investigación patobiográfica, debemos seguir manteniendo la autocritica, hasta otro máximo, mientras seguimos estudiando al individuo cuestionado. La exploración, demos por seguro, debe ser verdaderamente evolutiva, como lo es un diagnóstico en diferentes tiempos señalizados.

Por todo lo dicho, tendremos en cuenta: Familia e individuo; Historia y Sociedad; Documentación diplomática y escrituraria; Informaciones y juicios de contemporáneos; Obra escrita; Pintura, retrato, caricatura y escultura; Producciones artísticas y artesanales. Y por último biográficas datadas con anterioridad. Aparte claro está de amplia búsqueda bibliográfica, aunque monográfica.

Desarrollando en anterior enunciado, veremos:

Historia y Sociedad

Sin conocer la sociedad en que se desarrolla una vida no podemos captar la entera problemática del individuo. El estar “fuera de” lo tenemos que cambiar por estar “dentro de”. Pensar y sentir cómo aquellos momen-

tos históricos, sociales y ambientales. Vivenciar en presente lo pasado: Desglosar una vida cotidiana, económica, vivida y vivenciada. Sin olvidar aquellas Instituciones que dieron movimiento a esa época. En una palabra “estar en las tablas del escenario” donde se desarrolla el hombre frente al hombre y su entorno.

Sujeto historiado, familia, hechos y avatares de una vida

Son las biografías propiamente dichas, sobre el individuo cuestionado. Las simples biografías se escriben para recordar a las personas desaparecidas, evitando su aniquilación por la carcoma del olvido. La biografía es un arte; realizado por aquellos cuya información sobre el biografiado superan los límites del término medio, en conocimientos sobre esa persona. Con todo la biografía tiende a la estática del momento y la patobiografía como nosotros la entendemos, es pura dinámica al incidir en el hondón vital psicofísico. La biografía, aunque historia personalizada, debe ser realizada con ecuanimidad, sin caer en los extremos de enaltecer o denigrar. Y no se puede soslayar que la biografía es uno de los enlaces antropológicos de la Historia. En nuestro campo, para nosotros, la patobiografía debe mantener verdadera imparcialidad: haciendo bien el distingo entre las verdaderas deducciones e intuiciones del biógrafo. Evitando aquello en que se presuma, la proyectación del autor en busca de un personaje perdido. Por ello mismo, nos encontramos con diferentes autores, que mimetizan rasgos repetidos, estereotipados verdaderos y falsos. Falsos e incluso deformados: con tipologías y leyendas alteradas crónicamente, sin verificación bibliográfica. Y citas mal interpretadas de modo estereotipado, a modo de coletillas machaconas; porque fue dicho por alguien de prestigio, pero sin base cierta. Y que no son otra cosa, que “citas falsas verificadas”. No obstante, los biógrafos son para nosotros indiscutiblemente una fuente amplia de documentación, aunque siempre con la condición que nos acerquemos diferentes biografías.

A pesar de todo lo dicho a modo de crítica constructiva, hay algo que debemos aprehender en cada uno de estos autores: Leer interlineas. Esta sencilla regla es una aportación personalísima para la patobiografía, sobre aquel autor que interpretó la biografía. Ya que en parte, puede ser algo subconsciente captado por ese autor y que por ello mismo nos descubre otro perfil sobre el personaje a estudio. Por lo mismo los personalismos enseñan a no caer en ellos y a tenerlos en cuenta como matices, para entender, cerner y descartar.

Documentación diplomática y escrituraria

Aquí nos enfrentaremos con el variado estudio de documentación, en la cual junto a lo aparentemente intrascendente, se ilumina aquello que nos hace deducir, si no acaso afirmar de modo rotundo, detalles de una vida. Un hacer y deshacer de esa personalidad, que habla a través de los infolios juristas, en ocasiones con escaso calor humano. No olvidemos que los protocolos, partidas de nacimiento, matrimonio, defunción –o enterramiento–, e incluso contratos banales, están capacitados para abrirnos el camino a un dato oscuro o ignorado, que se da de mano con otro dato más profundo.

Informaciones y juicios personales

Todo individuo deja huella en el recuerdo en sus contemporáneos. Y éstos, en múltiples ocasiones dejan por escrito sus impresiones, por sí mismos o por otros que recuerdan los hechos ocurridos al personaje, que intentamos interrogar. No desechemos así, informaciones y juicios personales. Aunque se hace imprescindible cotejar la datación de forma repetida, sea o no favorable y por muy anodina que sea su apariencia.

Escritos, correspondencia y textos publicados

Deberán ser utilizados a través de todo tipo de mecanismo psicodinámicos, como proyecciones, actos fallidos, abreacciones categóricas, repeticiones o bien por este mismo contraste entre lo que dijo y posiblemente quiso decir, incluyendo lo que se calló u olvidó intencionalmente. Entendamos que las autobiografías, pueden ser primeramente autojustificativas. Las ideas repetitivas de textos y sobre todo la lectura repetida de sus escritos y publicaciones, nos llevan a encausar diversas posibilidades somáticas y psíquicas. En sus cartas, los mismos tachones deben hablar al patobiógrafo.

Escritura y grafología: grafopatología

La grafopsicología hoy día, desarrollada por algunas ramas de la psicología, no deja de ser una vía apreciable, para el contexto general de nuestros estudios. Es una técnica que deberíamos utilizar de modo complementario, si contamos con manuscritos originales. Son a nuestro juicio una prueba test de indudable valoración. Las mismas firmas, nos prestan ya información al respecto. En la actualidad su valor se cifra principalmente en judicatura y expertización.

Retrato, escultura y caricatura:

Nos referimos aquí, a las representaciones del individuo sometido a estudio. Y a pesar de las posibles deformaciones, que por halago realizase el escultor, pintor o retratista, sobre todo en ciertas épocas para mantener un mecenazgo, los principios fundamentales de la personalidad y tipología, no pueden quedar soslayados, dado que no puede evitar plasmarlos. Un modelo, aunque requiera encontrarse favorecido, posiblemente en lucha consigo mismo, desea a su vez, reconocerse en esa expresión pictórica.

En la actualidad, la fotografía y sus derivados nos dan sólo una instantánea o instantáneas que deben ser cotejadas. Y normalmente reflejan lo que se quiere ser, y no lo que se es, de aquí, que es más dificultoso posar para la fotografía que para el pintor. La pintura, no es algo instantáneo sino perenne, por lo que el buen artista captando en el retratado, figura y fondo imprime una estructura psicósomática. La caricatura será siempre un verdadero arte: El buen caricaturista recalca lo sobresaliente del modelo e incluso el fondo de la persona.

Otras producciones artísticas artesanales

Todo objeto, salido de las manos de un autor, queda marcado de su impronta personal. Y es necesario profundizar, el por qué y cómo de aquellas producciones.

Objetos personales

Siempre nos dan luz aquellas cosas que tocó, vio o entendió como propias, el personaje investigado. De su misma biblioteca, son posibles deducciones, para descubrir aquello que alimentó su espíritu.

Necropsias documentadas

A lo largo de la historia, por embalsamar o simplemente porque al personaje en cuestión se les hiciese un estudio postmortem; han perdurado hasta el presente documentos, por los que podemos dilucidar la causa de la muerte de ese personaje de tiempos pasados y los porqués de su evolución somato-psíquica. Como es lógico se vuelve imprescindible y deberemos apoyarnos en los finos matices filológicos, para mejor entender la terminología médica de antaño.

DEFECTOS MÁS COMUNES EN LOS ESTUDIOS PATOGRÁFICOS

Pasamos a describir los vicios o negligencias más comunes en las patobiografías.

- 1) Ideas preconcebidas, tanto sobre el biografiado como presentes en el explorador. (Patografías tendenciosas).
- 2) Falta de objetividad histórica, positiva o negativa. (Patografías anhistóricas)
- 3) Rapidez de conclusiones sin profundizar en el personaje. (Patografías de tertulia)
- 4) Falta de información, y utilización de fuentes sesgadas, al eludir las fuentes documentales originales. (Patografías acientíficas).
- 5) Falta de conocimientos médicos que no abarquen diferentes modos de pensar, guiándose sólo por escolasticismos monográficos, sin amplitud de miras médicas y psiquiátricas. (Patografías paramédicas).
- 6) Nula tendencia o falta de habilidad, por parte del biógrafo para implicarse en las tablas del escenario (pensar, sentir y vivenciar) de una época y sus problemáticas anulando la temporalidad histórica. (Patobiografía de salón)

NORMAS COMUNES ACONSEJABLES EN LOS ESTUDIOS PATOGRÁFICOS

Exponemos brevemente una sencilla normativa, que nos faculta para incidir desde la Medicina en las investigaciones patobiográficas.

- 1) Actitud crítica (autocrítica y heterocrítica).
- 2) Repetición de signos, síntomas, rasgos, actos fallidos e ideaciones fijas en escritos que nos lleven a posibles conclusiones. A ello, se une el cribado posterior de estas mismas conclusiones.
- 3) Apoyatura en otras ciencias: Historia, Lingüística, Sociología y Folklore.
- 4) Sondeo de citas, cotejando siempre que sea posible los originales.
- 5) Bibliografía extensa y monotemática. Incluyendo las llamadas antiguamente “relaciones” (En la actualidad estaríamos hablando de material periodístico).
- 6) Cribado de conclusiones para llegar a un diagnóstico diferencial, hasta obtener respuestas posibles y probables, en un cuidadoso acercamiento a la veracidad diagnóstica y patográfica.

- 7) Realizar dos biogramas, somático y psíquicos para su exposición separada y luego casar ambos biogramas. Teniendo presente el Biograma-Ecosistema ambiental.
- 8) Utilizar la conveniente distancia médico-enfermo. Empatizar aunque siempre desde la objetividad médica.
- 9) Evitar el estudio de múltiples personajes: defecto, que lleva a una mala praxis, al dispersarse el patobiógrafo en su actuación deslabazándose en múltiples personajes. El patobiógrafo debe tender a monografía en la investigación.

A MODO DE CONCLUSIONES

De todo lo anteriormente expuesto, entendemos que la Patobiografía es como apunta Jaspers, una historia clínica; de un individuo en el correr de su intrahistoria tanto psíquica, como somática. Y que a su vez la Patografía, debe de engarzarse en otras ciencias para conocer el entorno medioambiental en que vive el individuo cuestionado. Y esto debería ser así precisamente, porque hombre y entorno se interinfluyen, para incidir en la historia y en aquel ecosistema social. Siendo por todo ello en última instancia, sencillamente Antropología, al perfilar el conocimiento del hombre mismo en movimiento histórico. Todo ello es la hermenéutica de la intrahistoria del hombre, a la luz de la Medicina: evitemos el diletantismo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Delgado, Honorio. *Ecología, tiempo anímico y existencia*. Editorial Losada 1948, Buenos Aires.
- Dilthey, Wilhelm. *Hombre y mundo en los siglos XVI y XVII*. Fondo de Cultura Económica. 1947, México.
- Huntington, E. *Civilización y clima*. Revista de Occidente. 1942 Madrid.
- Jaspers, Kart. *Psicopatología General*. Fondo de Cultura Económico. 1996, México.
- Lersch, Philipp. *La estructura de la personalidad*. Editorial Scientia. 1971, Barcelona.
- López Zanón, Antonio. *Psicopatología Fenomenológica*. Edipo S.A. 1996, Madrid.
- Paraíso, Isabel. *Psicoanálisis de la Experiencia Literaria*. E. Cátedra. 1994, Madrid.
- Villacís, José. *Grafología y Grafopatología*. E. Casa de Horns. 1993 Madrid.
- Von Gebattel, Víctor. *Antropología Médica*. Rial Editores. 1966. Madrid.
- Zutt, Jü. *Psiquiatría antropológica*. Edit. Gredos. 1973, Madrid.



MARTHA PATRICIA ACEVES PULIDO

El padecimiento de la enfermedad mental

Los diferentes diagnósticos para las enfermedades mentales, incluyendo su etiología, sintomatología y tratamiento, constituyen la práctica de la ciencia médica, que explican, categorizan y organizan la parte de la realidad de su interés, desde su perspectiva objetiva y metódica.

Sin embargo no hay que olvidar que lo descrito por la ciencia médica es sentido por quienes lo padecen, es decir, los enfermos y la familia, formando parte de sus experiencias y, en muchos casos, de su cotidianidad; esto necesariamente repercute en su propia percepción de lo real, y da como resultado una organización mental que comprende explicaciones, categorías y descripciones construidas desde la subjetividad, el sentido común y el discurso científico a la vez.

De ahí surge la idea y el interés por narrar cómo se siente su familiar, amigo, vecino, conocido o el “loco” que vive con una enfermedad mental; o cómo lo percibe, qué es lo que entiende el paciente, cliente, “enfermito”, “pacientito” con quien usted platica de quince minutos a tres horas por semana, para recomendarle las estrategias que considera necesarias para reestablecer su salud. Estrategias que tendrá que acomodar e integrar en su historia personal, muchas veces de manera permanente.

PATOLOGÍA VS PADECIMIENTO

La ciencia médica, como todas las ciencias, intenta explicar de una manera sistemática los fenómenos que se desprenden de la realidad, de manera que ellos le permita la homogenización del saber que, en la práctica, sea útil para intervenir en esa misma realidad; en éste caso, la del binomio salud-enfermedad. Esta elaboración del saber y la práctica misma, a pesar de formar parte y a la vez ser producto de la construcción social de la realidad, se ha ido alejando cada vez más del contexto popular, donde se crea y se reproduce aquello que trata de estudiar: construye explicaciones, muchas veces desde fuera, en un plano científico impregnado de una ilusión de verdad y universalidad que, en ocasiones, no cabe en los esquemas de sentido común y de los saberes populares; da como resultado hallazgos y explicaciones paralelas que no logran encontrarse al enfrentar el espacio de la cotidianidad de los sujetos, por lo que es imposible unir esfuerzos en la lucha por el mantenimiento o la recuperación de la salud. Ambas perspectivas de la realidad están sujetas a determinaciones culturales, políticas y económicas, aunque muchas veces intenten ocultarlo, negarlo o simplemente no lo perciban.

La antropología médica ha diferenciado los términos de enfermedad, patología y padecimiento, que no son más que significaciones distintas del mismo fenómeno, obligadas a convivir con una pretensión de independencia. La psicología social ha dilucidado cómo es que, a través de las representaciones sociales podemos “acceder a otros mundos de interpretación y significación diferentes a los de los profesionales” de manera que tanto médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y todos aquellos implicados en este fenómeno, reconozcan la alteridad y su cercanía (Torres López, 2002).

Lo anterior, sin embargo, no resta importancia a los hallazgos y avances que la lógica de investigación metódica y sistemática ha aportado al intento de la humanidad por preservar la vida. Por el contrario, las puntualizaciones de las ciencias sociales han contribuido y enriquecido a la ciencia médica en esta misma lucha.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una entrevista a manera de historia de vida a una familia compuesta por los padres y dos hijos varones (de 24 y 21 años de edad), dentro de la cual, la madre y el hijo menor han padecido una enfermedad mental. Se seleccionaron los aspectos más significativos y descriptivos narrados respecto al desarrollo de los padecimientos.

El hogar de la familia es sencillo, pero al parecer cuenta con los satisfactores básicos. Su fuente de ingresos consiste en la producción de pan, elaborado, repartido y comercializado por ellos mismos.

RESULTADOS

Así inició todo...

Papá: La cosa empezó así: ella (la madre) se alivió del muchacho, ahí en Guadalajara y pues todo seguía normal. Ya estando aquí, ella agarró una infección, una fiebre...

Mamá: La fiebre “perperal” que da a los diez días. Pero no fue eso, porque se me quitó y casi nadie se alivia. Me llevaron con un doctor.

Papá: Era un psiquiatra... Le recetaron unas pastillas que, según eso, es para que no tenga movimiento, no sé yo, que no tengan reacciones fuertes y no sé que, para que los detengan.

Mamá: O sea que estoy sentada y me quiero mover y no puedo moverme. Siento horrible, que ya no quiero tomármelas...

...A los cuatro años él me hizo la lucha, me llevó con una señora... Y me estuvieron curando así a puros rezos, no medicina, porque me daban mucha medicina muy cara y muy mala, me estaba haciendo daño, en lugar de beneficiar a mi organismo...

...Me tenían amarrada desde la cintura. Y con una rezada que me dio la señora... Me cortó todas las amarraduras. Era un trabajo hecho por alguien de mi familia que es una bruja.

... En ese tiempo mi madre nos estuvo llevando a Unión de Tula con un padre... Y el fue el que nos dijo que no me llevaran a internar, “no ella no tiene eso vayan y cúrenla de otra manera porque ella no está loca”

La enfermedad del hijo menor

Papá: ...se nos enfermó por primera vez hace como siete años... Lo llevamos a Guzmán al seguro y ahí la doctora que lo vio nos dijo que

no podía atenderlo... “¿No han visto sus ojos cómo están?... Sus pupilas están muy dilatadas, no son de persona, son de un animal”... Al Centro Médico (Guadalajara) llegamos en la mañana, hasta la noche lo saqué porque ya a ella (la mamá) la trabajadora social le había dicho que no era enfermedad de allí... Me lo llevé con las personas ésas y luego luego se prepararon ahí y lo curaron. Lo operaron ahí... En la casa en donde estábamos.

El último episodio...

Papá: Ya llegamos ahí a urgencias y estando ahí pos ellos (mamá e hijo menor) hable y hable y la gente que estaba ahí y los enfermeros y los doctores, pos nomás se arrimaban a ver. Entonces ya dije yo, ¿sabe qué doctor? Mi señora ya tiene como ocho días que no duerme, venimos a ver si nos puede dar algo para dormir. Entonces al verlos en esa forma, éste (el hijo) se puso un poco agresivo, pero no agresivo, no agredía a nadie, sino que nada más se daba levantotes y se sentía él sabe que, que el era sabe qué. Entonces no sé ya que opinaron ahí los doctores que nos pasaron para adentro.

... No nos dijeron nada, nada más el daño que les hicieron, a mí el doctor me dijo que las pastillas son para controlarlos, así fue lo que me dijo. La medicina que les dan es mas o menos la misma que antes.

CONCLUSIONES

Ahorita me he sentido mejor, pero una pastilla que nos dieron ahí me dolía mucho la cabeza, y ya mejor no la tomo y me he sentido mejor y apenas empiezo a volver a mi ritmo de ayudar a mi papá.

Yo con pura oración he salido adelante.

Yo lo siento mucho, yo cuando vaya le voy a decir al doctor que no puedo, que no me las quiero tomar ya, que siento que me hacen muy mucho mal.

REFERENCIAS

De la O Castellanos, Ana María. “Retos y preguntas para las historias locales desde la oralidad”, en Lourdes Celina Vázquez Parada y María de la O Castellanos (coordinadoras). *Cultura y desarrollo regional*. Universidad de Guadalajara, 2002.

Taylor, S. J. Y R. Bogdan, *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós, 1984.



NOTAS

1. Del trabajo publicado: Aceves Pulido M. P. "Narración de un padecimiento mental desde la perspectiva de sus protagonistas". Dossier Mitos y realidades de la psiquiatría. *Revista Universidad de Guadalajara*, No. 30, Invierno 2003-2004.
2. Fragmento de: Villaseñor Bayardo, S.J. y Aceves Pulido M. P. "La cultura y las enfermedades mentales". Dossier Mitos y realidades de la psiquiatría. *Revista Universidad de Guadalajara*, No. 30, Invierno 2003-2004.
3. En la institución donde fueron hospitalizados, los médicos encargados de su tratamiento refieren tener claro el diagnóstico de los pacientes.





ANA E. TOLEDO RUIZ

Consciencia del inconsciente en el proceso psicoterapéutico de la paranoia y su adecuación psicosocial

Si bien las contribuciones al concepto de paranoia se inician con Kart L. Kahlbaum en 1863 (1), posteriormente Kraepelin lo definió como el:

desarrollo insidioso de un sistema permanente y firme de delirios que surge en razón de causas internas y que está acompañado de la perfecta preservación del pensamiento, voluntad y acción claras y ordenadas. Las alucinaciones están ausentes y, aunque la enfermedad siga un curso crónico, no se observa deterioro de la personalidad.

A esta definición de Kraepelin se unen Koller y Mayer definiendo cinco puntos:

1. Etiología interna
2. Delirios de persecución
3. Convicción delirante de celos o de grandeza
4. En ausencia de un trastorno afectivo primario (debemos reseñar la aportación del Dr. Alonso Fernández en cuanto a las depresiones paranoides).

Profesor Asociado del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

5.El encapsulamiento de síntomas en un “*modus vivendi*” del paciente

Pronto aparece la disidencia respecto del origen no endógeno sino psicogénico, encabezado por Gaupp, Kretschmer, Matussek y Jaspers, enriqueciendo Kretschmer el concepto de personalidad previa del paranoico (sensible, tierna y autoafirmativa) y rastreando el desarrollo de la enfermedad delirante como el resultado irreversible de la experiencia e historia del paciente, de sus ideas y de sus emociones (2, 3).

Jaspers acuña el concepto de “*comprensibilidad*” y distingue entre proceso y desarrollo, de gran utilidad en la práctica psiquiátrica posterior (4).

Desde la perspectiva psicoanalítica hemos de reseñar las aportaciones de Freud, quien describe cómo el paranoico magnifica de una manera exagerada el conocimiento de los impulsos propios y ajenos y, a través del caso Schreber, describe desde sus raíces el desarrollo de un sistema delirante a través de las fases de negación, deformación y proyección en la relación ambivalente con el padre o sus sustitutos y sus temores a la castración (5). Así mismo Lacan, en su tesis doctoral (1932) correlaciona la paranoia con la evolución de la personalidad y el narcisismo secundario (6).

Los trabajos de Gatian de Clérambault, en 1942, respecto a la escisión del Yo y el automatismo mental, con sus substanciosas observaciones clínicas, son muy importantes para entender desde la doble vertiente teórico-práctica a estos pacientes (7).

Los trabajos de Johanson en 1964 perfilan en la génesis de la paranoia la enfermedad orgánica aguda o crónica o la intoxicación como causa obvia e inmediata en algunos casos y más remota en otros (8).

Desde el punto de vista cognitivo, la dualidad “*todo o nada*” existente en el proceso de pensamiento. Y en las vertientes conductistas, hablaríamos de las pautas de comportamiento basadas en el recelo, la suspicacia... que lo único que expresan es el tipo de pensamiento existente en el paranoico (9).

Si bien en 1952 la primera clasificación del DSM-I introduce la paranoia, las clasificaciones DSM-IV – TR (10) y CIE-10 (11) junto el arsenal ideológico reseñado anteriormente, son las bases conceptuales de que disponemos los profesionales de la salud mental para entendernos en el día a día con el enfermo paranoico y, si bien la ayuda de los psicofármacos es de gran utilidad, y prácticamente imposibles de usar, sólo la comprensión del “proceso morboso” puede ayudar a sanar al

paciente o a que conviva con su patología más adecuadamente en su nivel social.

¿CÓMO POSICIONARNOS PSICOTERAPÉUTICAMENTE ANTE EL PACIENTE PARANOICO?

Desde un enfoque dinámico, nos encontramos con un ser humano cuya fórmula de armonizar sus necesidades internas y la realidad externa es negar ambas. Este mecanismo mental, si podemos modificarlo, va a dar lugar a un “rico mundo inconsciente” que, en un proceso de años, podemos “limar” suficientes contenidos como para definir un modelo psicoterapéutico en la paranoia.

No vamos a negar que la experiencia que compartimos los colegas habitualmente es sombría, desalentadora y difícil si el paciente logra sanar, y menos dura, pero frustrante, si no modificamos el continente mental cuyos contenidos pueden adaptarse más flexiblemente, pues esto supone que hemos fallado en psicoterapia.

En este proceso terapéutico nos podemos ayudar en primera instancia de antipsicóticos a pequeñas dosis a fin de modificar la angustia y, cuando aparecen fases depresivas, con antidepresivos, si bien el paciente es muy resistente a las intervenciones psicofarmacológicas, pero los nuevos antipsicóticos tienen mejor aceptación y, sólo en base a una buena relación médico-paciente, se crea la suficiente confianza para apoyarse en el arsenal psicofarmacológico. Sería así como “Doctor te voy a dar un voto de confianza o te hago un favor”.

A nivel psicológico, cuando aparecen estos pacientes a consulta, los equiparo con “bebés sobrecargados”. Son remitidos por profesores, abogados o sacerdotes con el fin de establecer un diagnóstico, es decir, ponerles su identidad, pero todos ellos vienen referidos por una autoridad que nos transfiere la “vivencia de agobio” en la relación con el paciente, su “voracidad” y la impotencia para saciar dichas necesidades, junto “al recelo”.

Otras veces, los pacientes mentalmente más avanzados, llegan conscientes de que han roto varios procesos psicoterapéuticos y, proyectando la impotencia o la denigración en el anterior terapeuta: “Era un perverso”, idealizan la nueva relación psicoterapéutica, apareciendo inmediatamente en transferencia “el desafío” del control

y en contratransferencia una serie de sentimientos y necesidades tan intensas que nos hace sentir la impotencia del bebé para saciarlas y la forma de restituirse en la Omnipotencia del Delirio (Dualidad: Nada – Todo, Blanco – Negro, Si – No) (12).

Mi técnica se basa en generar una alianza terapéutica sobre tres pilares: el primero es la *sinceridad*, el segundo la *escucha* de todo el material preverbal del paciente, “el paciente debe sentirse querido por el terapeuta”, “querido por sí” no por lo que represente. Si este proceso no es sincero, si el terapeuta miente en su capacidad de amar al paranoico, pronto éste va a descubrirlo y el tratamiento es abortado, esta vez no por las dificultades del paciente, sino por las limitaciones del terapeuta, que también las tenemos, pero que en la psique del enfermo significa acumular una desesperanza. Diría que el paciente paranoico obliga a una actitud vocacional, con él hemos de ir más allá de “lo profesional”, y nos enfrenta con nuestra capacidad de amar al enfermo y no desesperarnos.

El tercer pilar es la pulcritud interpretativa en el modelo mixto dinámico-cognitivo *Dualidad del todo o nada* a fin de poder crear un continente mental más amplio, con espacios intermedios, donde caben otros matices de la experiencia mental a la cual el paciente nunca ha llegado.

Cuando la alianza es sólida, empiezo a mostrar cómo sus deseos, temores, anhelos y necesidades modifican su aparato mental en *todo o nada*, transformando su vida en una gran dificultad para satisfacer sus necesidades diarias y sentirse “contento”. (Creo un vínculo entre emoción y pensamiento).

De esa manera indirecta suele producirse el primer *insight*; primero, a nivel preverbal que se expresa con manierismos “el entrecejo fruncido” y posteriormente verbalizando el propio paciente con la palabra hostilidad, como recuerdo de otras necesidades, más primarias, no resueltas y que le dejan lleno de rabia: “Soy hostil y desconfiado”.

¿No es posible que podamos querer a alguien tan hostil?, este es de nuevo el desafío del paranoico por lo que incrementa su hostilidad hacia el terapeuta verbalizando y, a veces, actuando fantasías autodestructivas del mundo o de los demás, o restituyéndose con los delirios, la gravedad de la transferencia puede llevarle a la amenaza vedada de nuestra incapacidad como terapeutas, e incluso a denunciarnos en los tribunales. Con el fin de minimizar esta fase de tratamiento suelo hacer un comentario de “puesta, en realidad” al paciente, respecto a que “*me*



comprometí a ayudarlo y quisiera hacerlo, siempre que usted me lo permita". Con mis palabras le restituyo en el control, baja su miedo y, en paralelo, disminuye su hostilidad.

Un comentario de esta índole suele ir seguido de varias faltas en las sesiones ¿Descanso o abandono para el terapeuta? y un nuevo intento de acercamiento a nosotros, desde una posición menos exigente, pero muy dolorosa psíquicamente para el paciente pues aparecen somatizaciones, que no suelen ser graves (torceduras de articulaciones, gastritis, diarreas, alergias, eccemas, etc.).

La debilidad del YO del paranoico no solo se pone en juego con el mecanismo de defensa, delirio, negación, escisión, proyección y somatización, sino que tergiversa, falsifica o niega datos a fin de conservar el dominio de "la relación con el otro".

Las interpretaciones en esta fase las dirijo a relativizar el poder del terapeuta, a mostrar nuestra limitación, es decir establecer un "espacio gris". Desde donde se puede tolerar "ser engañado" "ser manipulado" y poder *diferenciar* entre mi intención de ayuda o la suya en obstruir sus propios sentimientos. Reintroyección de la capacidad de pensar, al servicio del Yo a cerca de lo verdadero, lo cierto y alejamiento del superyo sádico con el que funcionan dichos pacientes. Quizás éste sea el primer gran momento difícil del desarrollo psicoterapéutico.

En éste momento se despliega la *envidia*, sin recurrir a negarla, puede *reconocer* el paciente como le ha influido disminuyendo su capacidad de amar. Para el paciente es un momento muy doloroso mentalmente y hay que cuidarnos mucho de no mostrar nuestro triunfo (volveríamos a la paranoia), hemos de mostrar la profunda necesidad que supone ser humanos y depender de otros iguales para cubrir nuestras necesidades. Dicha interpretación suele seguirse de verbalizaciones por parte del paciente de las múltiples formas de satisfacer sus necesidades hasta ese momento:

- Seducir al otro con las propias capacidades.
- Paralizar al otro en sus capacidades.
- Poseerlo como un objeto.
- Vivir el propio YO a través de los deseos de quien paraliza y poseo.
- Robarle, mentalmente, sus contenidos para saciar sus necesidades.

Aparece la consciencia de un mecanismo muy agresivo como modelo de relación narcisística primaria y por el contrario el insight que en esta relación psicoterapéutica se ha sentido más libre, no exigido y que posee un matiz distinto, (ambos insight son los pilares del cambio psicoterapéutico) y la interpretación debe mantenerse como un filo de navaja que introduzca el conflicto señalado cognitivamente, de manera flexible y sutil.

En este momento la transferencia en el aquí y ahora con nosotros puede resolver la forma de relación de objeto narcisista y va seguida de la alegría en descubrir “algo nuevo con el terapeuta”, una forma nueva de estar con los otros, apareciendo el temor de perder algo bueno.

En esta dualidad de “tener-perder” lo bueno surge la duda, que enloquece de nuevo al paciente y nos confiere con el paciente otro espacio terapéutico donde sólo la credibilidad del terapeuta, acumulada a lo largo de los años de tratamiento, es el punto que tranquiliza al paciente en la duda y, desde este nuevo espacio, se proyecta hacia el sistema social (familia, trabajo...). Verificará el paciente 1.000 veces que no le engañamos (no sería una duda sino la evidencia). Entiende como ha ido enfrentando sus sentimientos de minusvalía, desarrollando su envidia ante su necesidad, en lugar de mostrarlas, sus dudas, transformadas en certezas, sus maneras infantiles de enloquecer para no sentir dolor, evitando las formas adultas de depender, ahora está más gris (sin triunfos), está más triste, puede plantearse su desconfianza ante el amor, sentir pena y entristecer, pero va ganando su batalla a enloquecer “delirio”.

El proceso posterior de psicoterapia es una nueva vuelta por todo el camino inicialmente labrado pero ahora, diríamos *dentro de una analogía agraria*, corresponde al proceso de sembrar sentimientos y emociones que le hacen sentir y entender menos intensamente la envidia y más su narcisismo primario al servicio de reformular su identidad “ya no es papá, ni son los profesores, a quienes admiro, y quienes gratifican todas mis necesidades y que me fallan” “ambivalencia”. Ahora es el terapeuta, bien masculino o si es femenina en su parte masculina, a quien puedo querer porque me demostró comprensión y entendimiento pero ¿las tengo todas conmigo?. La introyección de este nuestro insight, va seguido de los recelos propios y una nueva pregunta ¿Cómo me quieren los demás?, A esta altura del tratamiento hemos podido conseguir y estabilizar la diferenciación entre el Yo - No Yo, y mantener razonablemente una

duda en la cabeza, sin delirar, ya que el paciente comienza a elegir como expresarse y con quien quiere expresarse, y esto va seguido de sentimientos de tranquilidad.

Es en este momento donde las necesidades básicas se unen a la erótica, apareciendo los tan nombrados “núcleos homosexuales” de los pacientes paranoides. Situación técnicamente más complicada si el paciente y el terapeuta comparten analogías de género. *Dentro de la analogía agraria*, la semilla ha germinado y el campo tiene una rápida siembra que permite dar nuevas vueltas psicoterapéuticas, cuyo objetivo es mejorar las relaciones interpersonales del paciente. En este sentido, no hay nada que añadir a todas las transformaciones clásicas descritas en el delirio propio de cada paciente paranoide. Finalmente dichas características: envidia, odio, erotización y desconfianza se centran a nivel laboral y social en competitividad, pero ya no es ciega, dolorosa y delirante, como al comienzo del tratamiento, sino “colaboradoramente recelosa” (13, 14, 15).

Finalmente entramos en la fase más profunda, la de los automatismos mentales seguidos o no de alucinaciones sensoriales. Voy correlacionando este material con su hipersensibilidad “El bebé primitivo” que necesita quitarse los miedos al vacío llenándose de olores, sonidos, sensaciones (recreo mental de una madre arcaica) o activarse lingüísticamente o motrizarse con sus automatismos, autoafirmarse activamente en su identidad más profunda, en su capacidad de expulsar. En este momento los nuevos anticompulsivos realizan el papel de protección y nos permiten una nueva vuelta para colocar estos contenidos mentales en los nuevos contextos. Posteriormente retiro los anticompulsivos y el paciente queda consciente de sí, serenado, con ciertos rasgos de personalidad “llamados paranoides”, pero con criterio sobre “su delirio sufrido” y sin necesidad de recurrir a este sistema para llenar el vacío de su identidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manschreck, Theo C. Trastornos delirante y psicótico compartido. *Tratado de Psiquiatría Kaplan*. Volumen II. Intermédica, 2005, pág. 961-978.
2. Fuentenebro, Filiberto. *Estados paranoides*. Volumen II, capítulo 35. Interamericana. Megraw Hill. Madrid. 1990. 1041-1056
3. Alonso Fernández. *Psicosis esquizofrénicas. Fundamentos de la psiquiatría actual*. Paz Montalvo. Madrid. 1969. 308-412.

4. Jaspers. Los complejos sintomáticos de la vida psíquica “loca”. *Psicopatología general*. IV parte. Ed. Fondo de cultura económica. México. 1996
5. Freud, Sigmund. Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia autobiográficamente descrito. *Obras Completas*. Tomo XIII. Historiales clínicos. Iztaccihuatl S.A. México 1977.
6. Lacan, J. *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. Madrid. 1ª edición. Siglo XXI.1976.
7. Gaeton Gatian de Clerambault, Gaëton. *Automatismo mental y paranoia*. Buenos Aires. Polemos.1995.
8. Barcia, D. Trastornos delirantes crónicos. *Tratado de Psiquiatría*. Vol.II. Madrid. Aran. 2000. 315-322.
9. Saphiro, D. *Estilos mentales*. Psique. 1976. 96-114
10. DSM-IV-TR. *Manual de diagnóstico diferencial*. Barcelona. Masson. 1996.
11. CIE 10. *Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor. Madrid
12. León, Beatriz de- Bernardi, Ricardo. *Contratransferencia*. Buenos Aires. Polemos. 2000.
13. Ogden, Thomas H. *La matriz de la mente*. Madrid. Tecnipublicaciones. 1989.
14. Bion, W.R. *Una teoría del pensamiento. Volviendo a Pensar*. Buenos Aires. Horne.Paidos. 1989. 151-164.
15. Toledo Ruiz, E. “Fenómenos no verbales y verbales. En Psicoterapia dentro de un modelo psotkleiniano”. *Revista de psicopatología*. 16 (3) 103-107.



Conferencia magistral de clausura





HÉCTOR PÉREZ-RINCÓN

Historia de una mujer diferente. El misterio de Catalina de Erauso



Una de las características más notorias de este cambio de siglo es la introducción de los estudios de género, la aparición de movimientos que cuestionan los aspectos ideológicos que han condicionado tanto la normatividad jurídica como las taxonomías médicas en este campo, y la irrupción de las llamadas minorías sexuales en el discurso social. Dentro de este proceso adquieren relevancia los enfoques psichistóricos que, auxiliados por el estudio de las mentalidades, pueden permitir la comprensión cabal de una realidad siempre más compleja que los rubros de un manual diagnóstico. En este terreno, el análisis de casos individuales paradigmáticos adquiere relevancia para la reflexión socio-médica cuando existen documentos autobiográficos en los que el personaje expresa su verdad y su vivencia pudiendo incluso oponer su discurso al de la Facultad, y cuando los historiadores y cronistas muestran otras de sus facetas y describen la reacción social que generaron sus acciones.

Por eso resulta pertinente que evoquemos aquí a un personaje muy complejo que ha sobrevivido en el imaginario colectivo de los países



de habla española por más de tres siglos y en el que están presentes los ingredientes psicológicos, etológicos, históricos, literarios, e incluso pictóricos, que permiten un fructífero abordaje multidisciplinario del tema. Sus acciones en España y en diferentes países de la América española son símbolo del carácter internacional de esta reunión.

La vida de Catalina de Erauso es además un ejemplo de que la realidad puede ser en ocasiones más rica que la imaginación de los novelistas, al grado que algunos historiadores pensaron en algún momento que se trataba más bien de un personaje ficticio.

En la *Historia de la Vida y Gestas del célebre Monarca Don Felipe III*, escrita por Gil González Dávila, este autor relata lo siguiente:

Una mujer natural de San Sebastián en la provincia de Guipúzcoa, dejando su patria, cambiando su atuendo y su nombre de Catalina de Arauso, para tomar en el ejército el de Pedro de Orive, y siguiendo el destino de su estado [...] pasó al Perú, ocultando su sexo por su valor y guerreando con un raro arrojo llegó a ser porta estandarte o teniente (alférez) del capitán Alonzo Rodríguez, tomó parte en la batalla de Paicabí, en todas las expediciones que tuvieron lugar en cinco años de guerra y finalmente en la famosa batalla de Puren. Después pidió permiso para dejar las armas descontenta porque el gobernador no le dio una compañía. Vino a Lima, subió al Potosí, pasó al país de los chiriguano con el gobernador Don Pedro Escalante y Mendoza [...]. Tomó parte en el asunto de los Chunos, cuando el maestre campo Juan de Álava combatió a los alzados, y en el combate naval que Don Rodrigo de Mendoza libró a los ingleses en el Callao. Regresó a España y llegó a Madrid en el mes de diciembre de 1624 cuando vino a mi casa en traje de soldado. Vi sus heridas y escuché su historia por boca de sus capitanes, uno de ellos me dijo que ella era de los primeros en todas las ocasiones. Solicitó del rey una recompensa conforme a la cualidad de sus servicios y me dijo que si el rey la honraba con el título de capitán reformado, retomarí el oficio de las armas hasta morir combatiendo al servicio de Dios y de su rey.

Además del nombre que señala González Dávila, Catalina utilizó los de Francisco de Loyola, Antonio de Erauso y Alonzo Díaz Ramírez de Guzmán.



Durante su estancia en España, y para convencer al rey, que ya lo era Don Felipe IV, que le otorgara la pensión solicitada, Catalina de Erauso escribió una autobiografía con el relato sucinto, sobrio, frío, de su vida y acciones. Dos siglos después, en la tercera década del siglo XIX, en una acción en la que poco a poco el elemento bibliófilo y literario se mezcló con la novela de esa vida, un emigrado español, originario como ella de Guipúzcoa de donde había sido diputado, refugiado en Francia huyendo de la persecución de Fernando VII, encontró y publicó ese texto, casi simultáneamente, en tres idiomas: español, francés y alemán: “Historia de la Monja-Alférez, Doña Catalina de Erauso, contada por ella misma y enriquecida de notas y documentos por don Joaquín María de Ferrer”.

El inicio de ese relato, verdadera historia clínica, nos pinta de cuerpo entero al personaje:

Nací Yo, doña Catalina de Erauso, en la villa de San Sebastián de Guipúzcoa, en el año de 1585, hija del capitán Don Miguel de Erauso y de doña María Pérez de Galarraga y Arce, naturales y vecinos de aquella villa. Criéronme mis padres en su casa, con otros mis hermanos, hasta tener cuatro años. En 1589 me entraron en el convento de San Sebastián el Antiguo, de dicha villa, que es de monjas dominicas, con mi tía doña Ursula de Unzá y Sarasti, prima hermana de mi madre y priora de aquel convento, en donde me crié hasta tener quince años, en que se trató de mi profesión. Estando en el año de noviciado, ya cerca del fin, me ocurrió una reyerta con una monja profesa, llamada doña Catalina de Aliri, que, siendo viuda, entró y profesó. Era ella robusta y yo muchacha; me maltrató de mano y yo lo sentí. A la noche del 18 de marzo de 1600 víspera de San José, levantose el convento a media noche a maitines. Entré en el coro y hallé allí arrodillada a mi tía, la cual me llamó y dándome la llave de su celda, me mandó traerle el breviario. Yo fui por él. Abrí y lo tomé, y viendo en un clavo colgadas las llaves del convento, déjeme la celda abierta y volvíle a mi tía su llave y el breviario... Fui abriendo puertas y emparejándolas, y en la última, dejé mi escapulario y me salí a la calle, que nunca había visto, sin saber por dónde echar ni adónde ir. Tiré no sé por dónde, y fui a dar en un castañar que está fuera y cerca de la espalda del convento. Allí acogime y estuve tres días, trazando, acomodando y cortando de vestir. Híceme, de una basquiña de paño azul con que me hallaba, unos calzones, y de un faldellín verde de perpetuán que traía debajo, un jubón y polainas; el hábito me lo dejé por allí, por no saber qué hacer con él. Córteme el pelo, que tiré, y a la tercera noche, deseando

alejarme, partí no sé por dónde, calando caminos y pasando lugares...
[...] Llegado a Valladolid, donde se encontraba entonces la corte, entré pronto como paje de don Juan de Idiaquez, secretario del rey, quien inmediatamente me vistió. Me hice llamar Francisco Loyola, y ahí pasé siete meses a mi gusto. Una noche en que estaba a la puerta con otro paje, vi llegar a mi padre quien nos preguntó si el señor don Juan estaba en casa. Mi camarada respondió que sí, y mi padre le dijo que fuera a advertirle de su llegada. El paje subió dejándonos a mi padre y a mí sin decirnos palabra y sin que él me reconociera. El paje regresó a decirle que subiera, lo que él hizo siguiéndolo yo. Don Juan apareció arriba de la escalera y abrazándolo le dijo: “Señor capitán, ¿Qué feliz llegada es la vuestra?”. Mi padre respondió dándole a entender que tenía algún sufrimiento. Entraron; don Juan despidió una visita que tenía, y sentándose con mi padre, le preguntó qué novedad había. Mi padre contó cómo su hija se había escapado del convento, lo que lo obligaba a recorrer los alrededores en su búsqueda. Don Juan mostró mucho pesar, tanto a causa del dolor de mi padre como porque él me quería mucho, y por el interés que dedicaba al convento del que era patrono por fundación de sus ancestros, y al país donde había nacido. Yo, que escuché la conversación y la pena de mi padre, salí y subí a mi habitación, donde habiendo tomado mi maletita y alrededor de ocho doblones que poseía, fui a dormir esa noche a un albergue donde encontré un arriero que partía al día siguiente para Bilbao. Me arreglé con él y partimos al amanecer, sin que yo supiera dónde ir, ni que hacer, si no es dejarme llevar como una pluma al viento. [...] Dejé inmediatamente la ciudad y pasé a Estella, en Navarra, que se encuentra distante tal vez 20 leguas. Allí me acomodé como paje de Don Carlos de Arellano, caballero de Santiago, a cuyo servicio permanecí dos años, bien tratado y bien vestido. Pasado ese tiempo, y sin otro motivo que mi gusto, dejé esta condición para ir a San Sebastián, mi patria, que dista de Estella 10 leguas, y allí permanecí, sin ser conocido de nadie, paseándome con hermosa vestimenta. Un día fui a escuchar la misa a mi convento; mi madre también se encontraba allí; vi que me miraba, pero no me reconoció; al final de la misa, como algunas religiosas me llamaban al coro, fingí no entenderles, les hice muchos saludos, y me fui. Era el comienzo del año 1603. De ahí me fui al puerto de Pasaje, que está sólo a una legua, y allí encontré al capitán Miguel de Berroiz, listo para partir con su barco hacia Sevilla. Le propuse que me llevara; convenimos en 40 reales, me embarqué y llegamos pronto a San Lucar. [...] Encontré en ese puerto al capitán Miguel de Echazarreta, natural de mi país, quien ocupaba su grado sobre una galera comandada por Don

Luis Fernández de Córdoba, en la flota de Don Luis Fajardo quien partía hacia la punta de Araya. Entré en calidad de grumete en el galeón del capitán Estevan Eguiño, mi tío, primo de mi madre, quien hoy habita en San Sebastián. Me embarqué y partimos de San Lucar el lunes santo del año 1603.



Así, Catalina abandona España y pasa en esa nave a América en donde a lo largo de veinte años habría de llevar una vida de penalidades y aventuras innumeradas, siempre bajo identidad masculina. Ya sea como criado, comerciante, paje o secretario, repite una y otra vez la conducta que marcó el primer capítulo de su biografía: Tras algún tiempo de relativa estabilidad, huye de una colocación aparentemente segura cuando se aburre, cuando sus patrones quieren casarlo con una hija o sobrina, o cuando tiene algunos de los constantes altercados que jalonan su vida relacional, llevándose, en cada ocasión, las monedas o la mercancía que estaban a su alcance. A la menor provocación, Pedro, Francisco o Antonio, jugador empedernido, sacaba la espada con grave riesgo de sus ofensores reales o supuestos.

Es comprensible que su destreza con la espada, su valor o su ausencia de miedo, favorecieran su fama y el éxito de las acciones militares en las que participa en el Perú, en la provincia del Plata, en Cochabamba, y en las dilatadas tierras del Arauca. Como soldado al servicio de la corona toma parte, en el territorio de este último país, en la guerra contra los araucanos y es ascendida al grado de alférez, título proveniente del árabe *al-faris* (el jinete) que se otorgaba al oficial que llevaba la bandera en la infantería, y el estandarte en la caballería.

Las páginas de este memorial son sorprendentemente sinceras. Sin la menor culpa ni preocupación de carácter moral, Catalina relata con la misma objetividad escueta sus hechos de armas y sus constantes querellas, duelos y encarcelamientos. De manera prodigiosa, como en un filme de aventuras, siempre encuentra compatriotas vascos que la ayudan a escapar de la justicia que en varias ocasiones la persigue o la apresa tras esos frecuentes hechos de sangre. En uno de esos duelos, estando ya en Chile, en la oscuridad de la noche y de la obnubilación de sus constantes *raptus colericus*, mató sin reconocerlo a su propio hermano,

que había coincidido con ella en ese batallón, sin que él supiera nunca quién era su soldado. Miguel Erauso había partido de San Sebastián para América cuando ella tenía sólo dos años. Estuvo conviviendo con él tres sin revelar su identidad. Tras su muerte, Catalina se refugia, para escapar a la justicia, en el convento de San Francisco

Siendo muerto el capitán Miguel de Erauso se le enterró en el convento de San Francisco, mirándolo yo desde el coro, ¡Dios sabe con qué aflicción! Allí permanecí 8 meses mientras proseguía el proceso en rebeldía, sin que el asunto diera lugar a una comparecencia. Finalmente se dio la ocasión, con el auxilio de Don Juan Ponce de León, quien me dio un caballo, armas y el medio para salir de la Concepción y partí para Valdivia y el Tucumán.

Comencé a caminar a lo largo de la costa, sufriendo grandes fatigas y la falta de agua, porque yo no la encontraba en todos esos parajes. Encontré en camino dos otros soldados de mala marcha [es decir, como ella fugitivos por algunos delitos], y continuamos juntos, determinados a morir antes que dejarnos aprehender. Teníamos caballos, armas de fuego, armas blancas, y la alta providencia de Dios. Nos pusimos a escalar la Cordillera por una pendiente de más de 30 leguas, sin encontrar en este espacio, ni en las 300 leguas que hicimos, un bocado de pan, y ninguna otra cosa que un poco de agua muy rara vez, algunas hierbas, algunos pequeños animales, algunas raíces que nos servían de alimento y algunos indios que huían. Nos vimos obligados a matar uno de nuestros caballos para comerlo y llevar las piezas, pero sólo le encontramos la piel y los huesos. De la misma manera, y caminando poco a poco, matamos los dos otros, quedando a pie y apenas pudiendo sostenernos. Entramos en una tierra de tal modo fría que nos congelábamos. Percibimos dos hombres apoyados en una roca, lo que nos causó una gran alegría; corrimos hacia ellos, saludándolos antes de llegar, y preguntándoles lo que hacían allí; no respondieron. Nos aproximamos, y estaban muertos, congelados, la boca abierta como si hubiesen reído, lo que nos dio un miedo horrible.

Proseguimos el camino y la tercera noche después, al acostarnos contra una roca, uno de nosotros, no pudiendo ya más, expiró. Continuamos los dos, y al día siguiente, hacia las cuatro de la tarde, mi camarada se dejó caer llorando, no pudiendo más caminar, y expiró. Encontré en su bolsa ocho piastras, y continué mi camino sin saber por dónde, cargado de un arcabuz y de un pedazo de caballo que me quedaba, esperando la misma suerte que mis compañeros. Se puede juzgar mi aflicción, fatigada como estaba, sin calzado y los pies destrozados. Me senté contra un árbol y me puse a llorar, y creo que fue la primera vez en mi vida.



[Como habría de señalar en el siglo XIX José María de Heredia, sólo utiliza en su relato el género femenino en los momentos de mayor tribulación].

Rescatada *in extremis*, Catalina, con su admirable suerte en medio de sufrimientos y penalidades que parecían conducirla indefectiblemente a la muerte, rehace su vida de aventuras bajo la protección de capitanes y oficiales reales, religiosos solícitos, damas linajudas algo abandonadas, comerciantes confiados, vascos solidarios. Por un lado, guerras sin fin contra los indios, repetidas defensas portuarias contra ingleses y holandeses; por el otro, querellas y tumultos constantes entre habitantes, soldadesca, autoridades virreinales, órdenes religiosas y señores principales. Las Memorias de Catalina de Erauso son una radiografía indispensable para conocer la vida de buena parte del inmenso territorio sudamericano en el siglo XVII.

Esta vida azarosa, que debería conducirla más temprano que tarde a una muerte violenta y anónima, sufrió un vuelco inesperado entre 1619 y 1620 cuando en la ciudad de Guamanga [el actual Ayacucho], queriendo escapar una vez más a la justicia que la perseguía por sus acciones homicidas, intenta huir violentamente, a sangre y fuego, de los alguaciles que la buscan, auxiliada como siempre por otros vizcaínos. A la mitad de esa nocturna y encarnizada lucha multitudinaria, habiendo heridos y muertos de ambos lados, hace una súbita e inesperada aparición, en medio del tumulto, alumbrándose con cuatro antorchas, el obispo de esa ciudad, Fray Agustín de Carvajal. Con firmeza y valor, el prelado se interpone con su séquito entre los contendientes. Se aproxima al belicoso alférez y dirigiéndose a él con gran dulzura, logra desarmarlo. Lo conduce a su palacio en donde le ofrece asilo, ropa limpia y alimento. El bondadoso agustino empieza entonces un minucioso interrogatorio. Como con los muchos de que ha sido objeto a lo largo de su vida, el alférez repite su versión falseada. Algo ocurre entonces. Ya sea porque considera que la justicia real permanecerá a su acecho, sin tregua, a las puertas del palacio episcopal y que habrán de prenderla esta vez sin escape, ya sea porque la dulzura del anciano remueve como nunca antes sus fibras más íntimas, Catalina se entrega a una confesión general. Descubre su verdadera naturaleza e identidad, sus hechos y sus delitos: "*Partí allí y acullá; me embarqué, aporté, trajiné, maté, herí, maleé, correteé, hasta venir a parar en lo presente y a los pies de Su Señoría Ilustrísima*".

El obispo queda atónito y llora en silencio. Hace acudir a un grupo de comadronas que realiza la exploración física. Catalina de Erauso es bien una mujer y además “tan virgen como vino al mundo”. Esta revelación no sólo anula los procesos judiciales abiertos sino que transforma de pronto al soldado en un personaje admirable y protegido. Fray Agustín la conduce al convento de Santa Clara, el único con que cuenta la ciudad, y en solemne ceremonia pública Catalina es ahí depositada y acogida con entusiasmo por las religiosas. Su fama recorrió rápidamente los dominios de su Católica Majestad. Cuando poco después fallece el obispo Carvajal, el arzobispo de Lima la hace trasladar a esa opulenta ciudad y parte de Guamanga en una litera, acompañada de seis padres, cuatro religiosos y seis hombres armados. Su llegada a Lima es el inicio de una carrera triunfal. El público se agolpa para verla. El arzobispo la alberga una noche en su casa y al día siguiente la recibe el virrey, don Francisco de Borja, príncipe de Esquilache, en cuyo palacio cena. Un día más tarde, el arzobispo, don Bartolomé Lobo Guerrero, le da a escoger el convento en el que desee permanecer tras concederle el permiso de verlos todos y el de alojarse cuatro o cinco días en cada uno. Eligió finalmente el de la Santa Trinidad, de la regla de San Bernardo, en donde había 100 religiosas de velo negro, 50 de velo blanco, 10 novicias, 10 conversas y 16 criadas. Allí permaneció dos años y cinco meses hasta que llegaron de España los documentos que probaron que no era ni nunca había sido religiosa profesa. Pudo entonces abandonar el convento y entre los lamentos de todas las monjas, que se habían habituado a ella, se puso en camino hacia España. En su ruta recibió el aplauso de las autoridades civiles y religiosas y del pueblo en Santa Fe de Bogotá, en el nuevo reino de Granada, antes de embarcar en 1624 en la nave almirante de la flota del general Tomás de Larraspuru, otro paisano que la acogió con grandes deferencias.

Por fin, en agosto de 1625, el rey Felipe IV le concede audiencia, recibe su documentación y le otorga una pensión de 800 escudos y el nombre con el que habría de ser conocida por la posteridad: La Monja Alférez.

Al año siguiente se embarca para Italia. Aunque libre por el momento de su personaje travestido, ahora en calidad de novicia, alguna querella suscitada en la nave hizo que se liara de palabras con un francés al que echó por la borda, cosa que no tuvo mayores consecuencias a pesar de que aquel se ahogó.



Así describe su estancia en Roma:

Allí besé los pies a su santidad el papa Urbano VIII, y le conté brevemente y lo mejor que pude, mi vida, mis viajes, mi sexo y mi virginidad. Su santidad se mostró muy sorprendida de tal historia y me acordó con bondad el permiso de vivir de ahí en adelante en traje masculino, recomendándome perseverar en mi castidad y abstenerme de ofender al prójimo, por temor de la venganza de Dios respecto de su precepto *non occides*.

Maffeo Barberini, papa Urbano VIII entre 1623 y 1644, gran nepotista, temible recaudador de impuestos y munífico reconstructor de Roma, a pesar de no tener en estima a los españoles, otorga el permiso que solicita el personaje, haciendo a un lado la cita del Deuteronomio: “La mujer no llevará vestido de hombre, ni el hombre vestido de mujer, porque Dios aborrece al que hace tal cosa”. No sólo eso, tras la audiencia, los príncipes, obispos y cardenales de Roma rivalizaron en agasajarla, y durante el mes y medio que pasó allí, recibió homenajes y atenciones constantes. Por decreto especial del senado de Roma fue inscrita en el Capitolio como ciudadano romano.

El día de San Pedro, 29 de junio de 1626, me hicieron entrar en la capilla de San Pedro, donde vi a todos los cardenales y las ceremonias que se estilan para esa fiesta. Todos me hicieron gran acogida y caricias y la mayor parte de ellos me dirigió la palabra. La noche, encontrándome en sociedad con tres cardenales, uno de ellos, que fue el cardenal Magalon, me dijo que yo no tenía más que un defecto, que era el ser español. A lo que respondí: ‘me parece Señor, bajo el respeto debido a vuestra señoría ilustrísima, que esa es mi única cualidad’.

El cronista Pedro del Valle la conoció durante su estancia en Roma y así la describe:

El 5 de junio vino por primera vez a mi casa el alférez Catalina de Erauso, vizcaíno, venida de España y llegada a Roma el día antes. Es una doncella de unos treinta y cinco a cuarenta años. Su fama había llegado hasta mí en la India Oriental. Fue mi amigo el padre Rodrigo de San Miguel, su compatriota, quien me la condujo. Yo la he puesto después en relación con muchas damas y caballeros, cuya conversación es lo que más le agrada. Francisco Crescensio, buen pintor la ha retratado. Alta y

recia de talle, de apariencia más bien masculina, no tiene más pecho que una niña. Me dijo que había empleado no sé qué remedio para hacerlo desaparecer. Fue, creo, un emplasto que le suministró un italiano; el efecto fue doloroso, pero muy a su deseo. De cara no es muy fea, pero bastante ajada por los años. Su aspecto es más bien el de un eunuco que el de una mujer. Viste de hombre, a la española, lleva la espada bravamente como la vida, y la cabeza un poco baja y metida en los hombros, que son demasiado altos. En suma, más tiene el aspecto bizarro de un soldado que el de un cortesano elegante. Únicamente su mano podría hacer dudar de su sexo, porque es llena y carnosa, aunque robusta y fuerte, y el ademán, que, todavía, algunas veces tiene un no sé qué de femenino.

La biografía de doña Catalina de Erauso concluye con su viaje a Nápoles, última etapa de su estancia europea. Paseándose un día por el puerto, vio a dos damiselas que reían y bromeaban con dos mozos mientras la miraban. Como ella les sostuvo la mirada una de ellas le dijo: “Señora Catalina, ¿a dónde se dirige?” a lo que respondió airada: “Señoras putas, a daros cien bofetadas y cien golpes de espada a quien quiera defenderos”, con lo que huyeron. Si su personalidad sensitiva a lo Kretschmer seguía siendo la misma, esta vez obedeció el consejo del papa.

Tras su estancia triunfal en Europa, Catalina regresa a América y vive los últimos 20 años de su vida en la Nueva España en donde, bajo el nombre de Antonio de Erauso, instala un negocio de transporte de mercancías entre Veracruz y México. Su conducta fue más estable y apacible, muy lejos de las aventuras de su juventud. Se sabe, no obstante, que desafió a duelo al futuro marido de una bella joven, de la que quedó prendada, que vino a casarse y cuya custodia le encomendaron, cuando éste le impidió visitarla. El novio rehusó el desafío y algunos amigos lograron aplacar al fogoso arriero. Catalina murió en Cuitlaxtla, cerca de Orizaba, en 1650. El célebre arzobispo de Puebla, Don Juan de Palafox y Mendoza le organizó funerales de alto rango y la calificó de “mujer ejemplar”.

Una vez sepultada en tierras mexicanas nació su leyenda y la creación del personaje literario. Poco después de su muerte se publicaron en la ciudad de México dos biografías, ahora perdidas, en donde se narraban algunas peripecias que no aparecen en la autobiografía, pero que fueron conocidas por Don Vicente Riva Palacio, que las describe en “México a través de los Siglos”.



Después de su partida de España, y basándose en el texto original de esa autobiografía que redescubriría Ferrer en 1829, Don Juan Pérez de Montalván, alumno de Lope de Vega y una de las víctimas del odio y las burlas de Quevedo, escribió “La famosa comedia La Monja Alférez”. En 1866 Carlos Cuello retomó la estafeta y compuso una zarzuela del mismo título que tuvo más éxito.

Durante su estancia en Sevilla, en 1630, Catalina fue retratada por Francisco Pacheco, maestro y suegro de Velazquez. El cuadro, que perteneció al embajador de Prusia en Madrid, está ahora perdido. Joaquín María de Ferrer obtuvo su permiso para hacer una copia que apareció en la edición española de la Vida de la monja Alférez, de 1829. Riva Palacio reprodujo en su capítulo un retrato dibujado a partir del grabado de Ferrer. Un tercer retrato es la versión romántica que poco tiene que ver con el original y que se encuentra en el Museo del Ejército en Madrid. En ese museo están también los retratos de otras dos mujeres soldado: María Mayor Fernández de la Cámara y Pita, quien colaboró en la defensa de las murallas de la Coruña en ocasión del asedio de Drake en 1589, y Agustina Saragossa y Domènech, quien manejó un cañón en el asedio de Zaragoza en 1808. Pero ninguna de estas dos mujeres se hizo pasar por un hombre.

Como la versión inglesa de la biografía: *The Nun Enseign*, sólo apareció hasta 1908, gracias al cuidado del hispanista británico Sir James Fitzmaurice-Kelly, Thomas de Quincey no pudo consultar el texto original cuando escribió en 1847, “*The Spanish Military Nun*”, elaboración literaria de una adaptación que Alexis de Valon había publicado a su vez en la *Revue des Deux Mondes*. Esto explica que la novela, escrita a partir de fuentes de segunda o de tercera mano, esté llena de errores de todo tipo. Para el *fumador de opio*, Catalina era el ejemplo de “la felicidad de los derechos naturales”, del “derecho imprescriptible a la libertad” y de la “felicidad extraña a este mundo”. Es comprensible que el autor de “*Del asesinato considerado como una de las bellas artes*” se haya identificado con la conducta sociopática del personaje.

En 1894, José María de Heredia, el poeta parnasiano francés nacido en Cuba, prendado de esta *Conquérante* (“*ivre d’un rêve héroïque et brutal*”), publicó en París una nueva traducción de la Vida de Catalina de Erauso.

Debió pasar medio siglo antes de que el tema llegara a la pantalla. En 1944, el director de cine mexicano Emilio Gómez Muriel realizó

“La Monja Alférez” a partir del relato de sus aventuras hecho por el Cronista de la Ciudad, don Luis González Obregón, en su libro “Las calles de México. Leyendas y sucedidos”. El papel de Catalina se le confió a María Félix cuya opulenta belleza contrastaba con la imagen que tenemos del personaje. En esta película se intentó darle a la historia un toque heterosexual. Cuatro décadas más tarde, en 1986, se filmó en España una nueva versión, esta vez bajo la dirección de Javier Aguirre, en donde Catalina confiesa su atracción por las mujeres desde la infancia. La heroína fue representada por Esperanza Roy, actriz que está seguramente acostumbrada a encarnar monjas adefesio puesto que también ha interpretado a Sor Jerónima de la Fuente en una notable caracterización muy apegada al retrato que le hizo Velazquez. Un año después apareció el filme de Sheila Mc Laughlin, “She must be seeing things”, en el que la monja alférez es el personaje de una película dentro de la película. Una de las protagonistas, Jo, que está realizando un filme titulado precisamente “Catalina”, en el que se toma ciertas libertades sobre su vida, se traviste en varón en un momento de la trama de la película original para provocar los celos de su amante, la otra protagonista.

La vida fuera de serie de Catalina de Erauso no sólo es un ejemplo sorprendente de libertad frente a las limitaciones impuestas a su sexo, también es un ejemplo de cómo el Siglo de Oro enfrenta el fenómeno de la diversidad. Ella pertenece al grupo de los personajes menores de esa época que, entre los grandes logros de la palabra y de la espada, la Literatura y la Conquista, intentaron forjarse un nuevo espacio para poder actuar fuera de las normas en uso. Personaje de antes de la medicalización de muchas conductas relativas a la sexualidad y a la conciencia del cuerpo, frente a la que habría que evitar el peligroso facilismo de los diagnósticos retrospectivos, este ser extraordinario pudo actuar sin límites la novela que otras sólo podrán habitar en los sueños, el delirio, la fantasía o el mundo simbólico.

Catalina de Erauso decide retornar a América a donde cree pertenecer y su historia muestra la influencia que este continente ejerció en todos aquellos que han contribuido a la elaboración de su leyenda y a su transmisión literaria: Joaquín María de Ferrer hizo en Sudamérica su juvenil fortuna antes de dedicarse a la política, José María de Heredia había nacido en La Fortuna, en Cuba, incluso Juan Pérez de Montalván tenía un rico admirador peruano que le enviaba regalos supuestamente suntuosos. La gran aventura transatlántica (“hacer la América” se decía



entonces) marcó en muchos sentidos durante cinco siglos el alma y la imaginación de los peninsulares deseosos de seguir el consejo de Juan de la Encina:

Triste España sin ventura
todos te deben llorar,
desprovista de dulzura,
para nunca en ti tornar.

La aventura americana representaba el mejor desafío para la sed de acción que desbordaba el valeroso pecho de la turbulenta novicia vizcaína. La época le ofreció además uno de los estereotipos masculinos más completos de la historia: el Conquistador. Hizo suyos los usos del soldado español en tierras conquistadas: el valor, la fortaleza, un agudo y desmedido sentido del honor, el orgullo, el vicio del juego. En cuanto al papel de seductor, parece ser que Catalina fue más prudente. Aunque Ferrer y Cafranga expresa en su exhaustivo Prefacio que gustaba de las mujeres “y entre ellas las bonitas y no las feas”, hasta donde sabemos su vida amorosa nunca se situó al mismo nivel de sus aventuras de espada.

La primera reflexión que suscita al lector contemporáneo la biografía de Doña Catalina de Erauso es de índole práctica: ¿cómo fue posible que viviendo en medio de la soldadesca, en el navío, en el cuartel o en campaña, nunca nadie haya sospechado la verdadera naturaleza de ese soldado? La historia dice que nunca se bañaba, lo que no debe sorprender para la época (recordemos que Isabel la Católica prometió no cambiarse de camisa hasta que tomaran Granada y que el Rey Sol nunca estuvo totalmente desnudo desde que nació). ¿Este mozalbete que algunos tomaron por un *castrato* no fue nunca víctima de proposiciones o tocamientos más o menos atrevidos por parte de sus compañeros de armas?

Su vida es un capítulo especial dentro de la historia de la conducta travestista, fenómeno bastante más amplio y complejo que lo que los modernos manuales diagnósticos consideran bajo ese rubro. Hay una larga tradición que va desde Santa Tecla, que adoptó la vestimenta masculina para seguir a San Pablo como un apóstol más, o Santa Perpetua, que en Cartago, antes del martirio junto a su esclava Felicidad, soñó que se transformaba en hombre y luchaba contra las fieras, hasta la castellana María Pérez de Villanañe quien en el siglo XII combatió,

vestida de hombre, contra el rey de Aragón, al que capturó, recibiendo por su valor el apodo de “la varona”, y la doncella de Orleáns, Juana de Arco, que tuvo mayor renombre militar y mucha menos suerte con la Iglesia que la vizcaína. Catalina nada tiene que ver con las motivaciones de la pequeña Dorkión, quien gustando de los efebos de la Alejandría cosmopolita del siglo IV a. C., no encontró nada mejor para llamar su atención que vestirse como muchacho; y menos aún con la empresa del travestismo del teatro shakesperiano. La Monja Alférez nos recuerda más bien al Caballero d'Eon aunque la similitud entre ambos sea algo superficial. Una, soldado, mataba con la espada, el otro, diplomático, con la palabra... ambos nos permiten contemplar las relaciones que se establecieron entre el sexo disfrazado y el Poder al que sirvieron. Felipe IV supo reconocer el valor y la habilidad militar de Catalina, en tanto que Luis XV, con el fin de alejarlo de las actividades públicas, ordena al Caballero vestirse para siempre de mujer. La virgen guerrera conquista el reconocimiento de su virilidad. El diplomático intrigante sufre la imposición de una feminidad que lo aniquila.

Pero hay otra figura que es la contraparte de la Monja Alférez en ese Gran Teatro del Mundo que fue la Nueva España: Sor Juana Inés de la Cruz. El misterioso corresponsal conocido bajo el nombre del Caballero del Fénix, le escribió un día:

Vive Apolo, que será
Un lego, quien alabare
Desde hoy a la Monja Alférez
Sino a la Monja Almirante

La vida de estas dos mujeres que nunca se encontraron por la sencilla razón de que la poetisa nació un año después de haber muerto la soldado, muestra contrastes sorprendentes. Ambas religiosas sin vocación, ambas de origen vizcaíno, gustaban de las mujeres “y entre ellas las más bellas”. Empero sus caminos siguieron la dirección más opuesta: Catalina carecía de encantos, Juana era la belleza más delicada de la Corte virreinal. La primera construye su vida con la espada en medio de múltiples incomodidades silenciosas en la Arauca y el Perú. La mexicana construye su gloria con la pluma en medio de la admiración general en la rica Imperial Ciudad de México. Una sólo existe por la acción, la



otra sólo gracias a las palabras: El Valle de Lágrimas y el Parnaso. La virgen de los sufrimientos de la carne y la Virgen de los sufrimientos del espíritu. La tierra y las nubes.

Curiosamente, un admirador peruano pidió un día a Sor Juana “convertirse en hombre” a lo que ella respondió por un poema que es una verdadera confesión sobre la vivencia corporal y los apetitos de la genial monja:

Yo no entiendo de esas cosas:
sólo sé que aquí me vine
porque, si es que soy mujer,
ninguno lo verifique.

Con que a mí no es bien mirado
que como a mujer me miren,
pues no soy mujer que a alguno
de mujer pueda servirle,
y sólo sé que mi cuerpo
sin que a uno u otro se incline,
es neutro, o abstracto, cuanto
sólo el Alma deposite.

Tal vez Catalina hubiera suscrito ese manifiesto, de haberlo conocido y haber sido menos alexitímica. La diferencia más aguda de la biografía de estas dos monjas concierne, empero, a la respuesta que la Iglesia dio a cada una de ellas. Una vez descubierta su verdadera naturaleza, Catalina recibió el apoyo solícito de los obispos de Guamanga, de Lima, de Santa Fe de Bogotá, y a su muerte del de Puebla. En Roma recibe la acogida y la admiración del Sacro Colegio y la autorización solicitada al papa. A Sor Juana Inés los arzobispos de Puebla y de México logran imponerle el silencio, cuando la jerónima demostró ser, además de una alta poetisa, una teóloga de gran sutileza. La cultura de las letras divinas y humanas, la libertad intelectual y la crítica erudita a las opiniones de algunos teólogos de su tiempo, fue para ella un delito más punible que el exceso en el uso de la espada y el travestismo en la otra.

Pero hay otro aspecto de esta historia que acrecienta el misterio del personaje y que no ha sido suficientemente explotado por los historiadores y los novelistas. Don José María de Ferrer y Cafranga,

su paisano y descubridor, hizo una cuidadosa investigación documental sobre cada uno de los datos que ella señala y pudo descubrir, a partir de una diferencia de fechas y de papeles de identidad que no coincidían, que esta historia de disfraz ocultaba otra. El político español emitió en 1830 la hipótesis de que la heroína de este relato no había sido en realidad la verdadera Catalina de Erauso. Habría sido otra mujer, una desconocida, la que habría usurpado el nombre de la novicia escapada. Vizcaína al igual que Catalina pero cerca de cinco años mayor que ella, habría escuchado de sus labios la primera parte de su historia, que hizo suya, y habría agregado después sus propios hechos de armas. Esto explicaría tal vez porqué en su estancia en la Corte de Madrid, no pensó en visitar San Sebastián de Guipuzcoa, donde la mistificación habría podido descubrirse. En este caso, que recuerda el de Martin Guerre ocurrido en Francia un siglo atrás, el drama de la mujer que habla en el relato sería el fruto de un doble ocultamiento, el misterio de una doble negación. La narradora, quien asume el Yo en esta historia, no sólo habría sido capaz de elegir qué ser en el mundo sino también quien ser. Después de transcurridos tantos siglos, el personaje que construyó la escritura para la leyenda, merece ser, como ella lo asumió y lo quiso, sólo uno y el mismo.

En los últimos veinte años ha habido una proliferación de reediciones de la biografía de Catalina de Erauso y de novelas históricas dedicadas a ella, en varios países y en varios idiomas. Entre estas podemos mencionar la traducción francesa de la novela de Thomas de Quincey, en 1980, mi facsimilar de 1989 de la versión francesa de Ferrer y Cafranga, la que publicó Hiperión del original español, la traducción italiana en Palermo; la reedición de la versión de José María de Heredia, en 1991, con el prólogo de Elizabeth Burgos, cuajada de lugares comunes del léxico psicoanalítico más superficial; la publicación en 1994 de la Encuesta de Florence Delay, la hija del célebre psiquiatra, titulada precisamente "Catalina"; la publicación por Pedro Rubio Merino, en 1995, de dos manuscritos inéditos de la autobiografía encontrados en el archivo de la catedral de Sevilla, las novelas de Luis Castresana y Ricardo Ibáñez, y otras más.

Es de desear que la resurrección editorial del personaje permita que Doña Catalina de Erauso sea valorada más adecuadamente en un futuro próximo por los estudiosos de la teoría de género, por quienes habrán de construir una sexología antropológica que no sea la



esquemática, geométrica y descontextualizada que está hoy en uso, y por los movimientos que reivindican en nuestros días el derecho a la diferencia.

Ferrer puso como epígrafe de su reedición una frase de Catalina en lengua vasca que es en cierto modo una síntesis del personaje:

Humantesa izáteco jâyo-ninzan
Bañan bídé gaitzean galdu-ninzan
Nací para ser heroína
Pero me equivoqué en tan difícil camino

He aquí una razón de más para respetarla, admirarla y amarla.





Inauguración del área comercial



Psic. Alma G. González y
Dr. Ricardo Virgen



Conferencia magistral
Embajada francesa,
Universidad de Guadalajara.
Hospitales Civiles y
Asociación Psiquiátrica de Jalisco



Doctores Ayala y de Landero, Daniel Delanoë y Sergio Villaseñor



DANIEL DELANOË

Les représentations de la ménopause

ABSTRACT

Perceived by common sense as a purely natural phenomenon, menopause is in fact a social construction that goes far beyond designating the end of women's reproductive functions. Coined in the 19th century, the term menopause literally means the stopping of menses, or periods, but its semantic field meets that of the ancient concept of *climacteric*, a *critical* moment of life. Increasingly plentiful since the 1960s, the medical discourse aimed at the general public has two leitmotifs: hormonal treatment keeps the menopausal woman "young" and "feminine". This paralipsis tacitly expresses the idea that women become old and stop being feminine once their fertility has ended.. Our survey, conducted in France among women aged 45 to 65 years and men aged 50 to 60 years, shows that women's experience is distributed over a broad range, from a negative pole to a positive one, passing through neutral. A substantial minority of women feel a major loss of their "capital" of health and physical beauty and especially of their symbolic capital. For the majority,

Psychiatre, Anthropologue. Laboratoire de Pédagogie de la Santé -UPRES EA 3412, Ufr SMBH Léonard de Vinci- UFR Santé Médecine Biologie, Université Paris 13, 74 Rue Marcel Cachin 93017 Bobigny Cedex, France.

however, menopause is an inconsequential non-event. Finally a minority express strong satisfaction. On the one hand the dominant representations of menopause are part of the process of symbolic domination of women and of their assignment to their reproductive function and on the other hand only a minority of women today are in the grip of this domination.

Key Words : menopause, representation, domination, valeur sociale.

RÉSUMÉ

Perçue à travers le sens commun comme un pur phénomène de nature, la ménopause s'est au contraire révélée à travers notre recherche comme une vaste construction sociale dépassant largement la désignation de l'arrêt de la fonction reproductive féminine pour inclure des maladies, des modifications de l'apparence, des transformations de la valeur et des rôles sociaux attribués et imposés aux femmes. Forgé à partir du grec par un médecin français au début du XIX^e siècle, le terme de ménopause signifie littéralement « arrêt des règles ». mais son champ sémantique s'étend jusqu'à un objet qui n'a pas de nom propre, la « ménopause masculine », terme fréquemment utilisé dans les écrits anglo-saxons. Notre enquête menée en France auprès des femmes de 45 à 65 ans, et des hommes de 50 à 60 ans, montre que l'expérience des femmes s'étend selon un registre très étendu. Pour une forte minorité il s'agit d'un sentiment de perte majeure du fait de l'arrêt des règles et de la fécondité, ainsi qu'une perte du capital santé, du capital esthétique et surtout du capital symbolique. Pour la majorité des femmes, la ménopause constitue plutôt un non-événement, une évolution physiologique sans conséquence particulière quant à leur valeur sociale notamment. Enfin une minorité exprime une forte satisfaction. D'une part les représentations dominantes de la ménopause s'inscrivent dans le processus de la domination symbolique masculine, et d'autre part cette domination est aujourd'hui limitée à une minorité de femmes.

Mots clés : ménopause, représentations, domination, valeur sociale



Contrairement à une idée reçue et très largement partagée, la ménopause n'est pas un fait biologique, mais bien plutôt un fait social, historiquement et récemment construit. Il existe bien un phénomène naturel, l'arrêt de la fonction reproductive féminine à partir d'un certain âge, que l'on commence d'ailleurs à identifier chez d'autres mammifères¹. Les biologistes, quant à eux, utilisent volontiers le terme de sénescence reproductive. Dans la culture européenne savante, on parle de cessation des menstrues ou d'arrêt des règles jusqu'au début du XIXe siècle, quand le médecin français Charles Pierre Louis de Gardanne propose d'adopter le terme "ménospausie", dans la préface de son ouvrage *Avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique* (1816). La deuxième édition, en 1821, remplace ce mot par celui de "ménopause", plus euphonique, et le fait apparaître dans le titre : *De la ménopause ou de l'âge critique des femmes*. Construit sur les mots grecs Μην, Μηνος, "mois, règles ou menstrues" et πύσις, "cessation", ménopause signifie littéralement arrêt des règles (Pemeury 1990, p12). D'après le matériel encore succinct dont nous disposons, les autres cultures n'ont pas non plus créé un terme spécifique. Une expression populaire se retrouve fréquemment en Europe, avec le sens de changement de vie: *the change of life, die Wechseljahre, cambiamento di vita, cambio de vida*. Le français a privilégié d'autres dimensions avec *le retour d'âge* et *l'âge critique*, cette dernière expression renvoyant notamment à l'idée de troubles, de maladies « longues et dangereuses » (Diderot 1951, p. 955). En 1805, le médecin français Jallon parle dans sa thèse des « grands dangers qui précèdent, accompagnent, suivent la cessation de cette fonction. Et c'est sans doute ce qui a donné lieu à la dénomination d'âge critique. » (Jallon, 1805) Ces dangers sont expliqués par , et même déduits du modèle physiologique galénique demeuré vivace dans la pensée savante jusqu'au milieu du XIXe siècle environ. Le dominicain érudit Albert Le Grand (1978) l'explique et en déroule les conséquences au XIIIe siècle dans *Les secrets des femmes*, un texte diffusé dans toute l'Europe encore très lu au XIXe siècle justement. Le sang menstruel, dont

¹ Il a été récemment signalé qu'une espèce de baleine, la baleine pilote, « subit la ménopause vers l'âge de trente ou quarante ans, peut vivre en moyenne encore quatorze ans après, et dépasse parfois l'âge de soixante ans ». Jared Diamond, *Pourquoi l'amour est un plaisir*. 1999, p. 129. Selon Craig Packer, l'arrêt de la fonction reproductive s'observe aussi chez les primates non-humains, les baleines, les chiens, les lapins, les éléphants et les animaux du bétail domestique. C. Parker, M. Tatar, A. Collins. « Reproductive cessation in female mammals », 1998. Parker C., Tatar M., Collins A, Reproductive cessation in female mammals. *Nature*, 392, Avril 1998, p. 807-811. Diamond J., *Pourquoi l'amour est un plaisir*. Paris, Hachette, 1999 (Edition originale 1997)

la fonction est d'éliminer des résidus toxiques, n'est plus éliminé et reste dans l'organisme.

Les vieilles femmes qui ont encore leurs règles et, certaines dans lesquelles elles sont retenues, si elles regardent des enfants couchés dans un berceau, elles leur communiquent du venin par leur regard. La cause de cela, dans les femmes auxquelles elles coulent, vient ce que le flux et les humeurs étant répandus par tout leur corps, offensent les yeux, et les yeux étant ainsi offensés infectent l'air, et l'air infecte l'enfant, suivant le sentiment du philosophe. On demande aussi d'où vient que les vieilles femmes à qui leurs règles ne fluent plus infectent les enfants. On répond que c'est parce que la rétention des menstrues engendre beaucoup de méchantes humeurs et qu'étant âgées, elles n'ont presque plus de chaleur naturelle pour consumer et digérer cette matière, et surtout les pauvres qui ne vivent que de viandes grossières qui y contribuent beaucoup ; celles-là sont plus venimeuses que les autres.

La dangerosité de la vieille femme pour autrui laisse place progressivement aux dangers qu'elle court elle-même. Dans la même logique, la figure de la pléthore s'impose aux XIX^e siècle.

Habitué à trouver une voie facile par la menstruation, le sang s'adresse à tous les organes lorsque son écoulement est supprimé ; il les congestionne, et il s'ensuit un état de pléthore. (Gardanne 1816).

La pléthore qui survient à l'époque de la ménopause donne des signes généraux, des signes d'apoplexie, de pleurésie, de pneumonie, d'hémoptysie, d'odontalgie. Les plus fréquents sont la dureté et la plénitude du pouls, les feux et les chaleurs de la figure, les hémorragies nasales et surtout les hémorroïdes. Les crachements de sang, les douleurs de la poitrine, qui portent la terreur dans l'esprit des femmes, ne sont bien souvent que le résultat de cet état pléthorique... Au point de vue nerveux, on note des étourdissements, de la pesanteur, des bourdonnements et des tintements d'oreilles. D'autres fois ce sont des rêves fatigants, des insomnies, des sensations bizarres, des spasmes, de la tristesse, de la mélancolie ou un état d'exaltation (Poquillon, 1846).

Ripeault parle encore dans sa thèse de cette évacuation périodique destinée à expulser un « virus », dont la « matière âcre et morbifique » qui peut occasionner des « effets délétères par sa rétention dans l'économie » (1848).



Les troubles attribués à la ménopause sont d'une grande diversité. Au XX^e siècle la ménopause devient pathologique par la médiation de l'arrêt de la production des œstrogènes. Pour autant, le tableau reste multiforme et décline quasiment tout le catalogue des pathologies jusque dans les années 1980, quand les épidémiologistes ont entrepris des études rigoureuses en population générale. Des incertitudes demeurent encore, comme on l'a vu à propos de la maladie d'Alzheimer, supposée un moment bénéficier d'un traitement œstrogénique préventif. Ainsi, la création du terme de ménopause a renforcé la construction d'un ensemble de pathologies attribué à l'arrêt de la fonction de reproduction chez la femme, somatiques et mentales. L'idée que la ménopause produit une dépression a été formalisée par Kraepelin (1904). La dépression d'involution comme on l'appelait à l'époque constituait une des cinq classes de la dépression avec notamment la mélancolie. Constatant que ces dépressions prolongeaient en fait une pathologie depuis longtemps présente chez les patientes, Kraepelin abandonna cette catégorie, qui connut cependant un grand succès chez les autres psychiatres, les psychanalystes et les gynécologues. Si les psychiatres ont retiré la mélancolie d'involution de la Classification Internationale des Maladies en 1975, psychanalystes et gynécologues continuent à associer ménopause et dépression, depuis la théorisation d'Hélène Deutsch (1949). Selon elle la ménopause provoque une perte symbolique majeure, sans guère d'élaboration ni de compensation possible.

Au-delà du champ pathologique et biologique, le champ sémantique du terme de ménopause s'étend à une dimension du cycle de la vie en général, que révèle la très intéressante expression de *ménopause masculine*, très utilisée par les anglo-saxons. On voit d'emblée qu'il ne peut pas s'agir de l'arrêt des règles, ni de troubles dus à l'arrêt de la production des œstrogènes. Le sens de cet étrange auximoron se rapproche de l'antique notion du *climatère*, moins défini par la physiologie reproductive. Le climatère désigne plutôt une crise, censée se produire selon un symbolisme pythagoricien à 49 ans (7x7), ou à 63 ans (9x7), la grande année climatérique (Furetière, 1690).

Nous sommes ainsi en mesure de justifier notre énoncé initial selon lequel ménopause n'est pas un fait biologique, mais bien plutôt un fait social. Le signifiant de ménopause a d'emblée désigné de façon confuse et mouvante un ensemble de troubles pathologiques attribués à l'arrêt des règles, une phase de l'existence, ainsi qu'une transformation des rôles

et de la valeur sociale des femmes. En effet, dans les discours dominants, la ménopause s'accompagne d'une perte de valeur. Baron écrit dans sa thèse que « la femme ne voit s'éloigner qu'avec peine et même avec une sorte d'effroi, les attraits fragiles sur lesquels elle avait toujours compté pour plaire² ». Elle a alors le choix entre l'ivrognerie et la dévotion. Cent ans plus tard, Simone de Beauvoir fait un constat assez proche, bien que dans sa perspective critique elle attribue cette situation à des facteurs sociaux et non biologiques.

Il lui reste à vivre, privée de tout avenir, environ la moitié de sa vie d'adulte. On ne lui a permis d'avoir prise sur le monde que par la médiation de l'homme : que deviendra-t-elle quand elle n'aura plus de prise sur lui ? (1949).

La « ménopause » condense ainsi des enjeux majeurs autour de la condition féminine, où plutôt des rapports sociaux de sexe, selon un concept plus critique (Tabet 1998).

Aussi avons nous choisi d'analyser les représentations savantes et profanes de la ménopause selon un modèle distinguant cinq dimensions : les représentations de l'arrêt des règles et de la fécondité, l'évolution de la santé, de l'apparence et de la valeur sociale. Le discours médical moderne nous a fourni une explicitation des stéréotypes dominants dans nos cultures. Dans son livre de promotion du traitement hormonal, *Feminine Forever*, le gynécologue américain Robert Wilson (1966) fait un portrait de la femme ménopausée, entièrement définie par son taux d'œstrogènes, comme une calamité pour elle-même et pour son entourage, déjà annoncé dans un article antérieur :

Raides, fragiles, courbées, ridées et apathiques elles traversent en trébuchant leurs dernières années. (...) Femmes dés sexuées, elles passent dans la rue sans qu'on les remarque et remarquent peu de choses elles-mêmes. (...) La douleur de l'alcoolisme, de la toxicomanie, du divorce et des foyers brisés par ces femmes instables privées d'œstrogènes ne pourront jamais être racontées (1966) Il est prouvé que le cours de l'histoire a été changé non seulement par la présence des œstrogènes, mais aussi par leur absence (1963).

² Baron J.S. De la ménopause (âge critique) Paris Thèse de médecine n° 64 1851.

Un peu plus tard, le psychiatre américain David Reuben résume de façon lapidaire le rôle social des femmes ménopausées dans son best-seller *Tout ce que vous vouliez savoir sur le sexe* :

Ayant épuisé leurs ovaires, elles ont épuisé leur utilité en tant qu'être humain. (1969)

En France, le Dr Anne Denard-Toulet (1975) décrit la ménopause en des couleurs fort sombres également : « La peste, puisqu'il faut l'appeler par son nom. »

En regard de la violence de ce discours, qu'en est-il donc de l'expérience des femmes ? Les rares données anthropologiques disponibles indiquent que le statut des femmes ménopausées varie considérablement selon les cultures, mais aussi selon la situation de la femme à l'intérieur du groupe social et de la famille.

Chez les indiens Mohave tels que les a décrits George Devereux (1950) la ménopause offre une étape d'épanouissement social et amoureux

Pendant et après la ménopause, la femme Mohave continue à rester dans le courant de la vie, ses mains pleines de travail, sa maison pleine de petits-enfants, sa tête pleine de la sagesse de l'expérience, ses bras souvent pleins d'un jeune mari ou amant, son œil rayonnant, sa langue prompte à la répartie et pas du tout gênée de flirter avec un homme assez jeune pour être son petit-fils...

Chez les indiens Mayas, la ménopause est aussi une période de la vie bienvenue, libérée des tabous et restrictions liées aux menstruations (Beyenne 1986), comme cela se retrouve dans beaucoup de cultures. Dans la société de cour de la France des XVII^e et XVIII^e siècles, la femme connaît une situation favorable rarement atteinte dans l'histoire. En 1671, Ninon de Lenclos, âgée de 51 ans, eut une liaison avec le fils de Mme de Sévigné, âgé de 23 ans. Jusqu'à 80 ans, elle fut l'arbitre du goût du tout Paris. Son salon surpassait celui des princesses de la cour. Mme de Maintenon, à 50 ans, épousa secrètement Louis XIV, âgé de 46 ans. (Greer, 1991). Le rôle des femmes d'âge moyen à la cour de France s'explique par leur maîtrise longuement acquise des principes compliqués et subtils du jeu social. Dans ce monde si bien décrit par Norbert Elias « la domination de l'homme sur la femme se trouve complètement abolie. La puissance sociale de la femme égale ici à peu près celle de l'homme » (1973).

A l'autre extrême, dans l'Irlande rurale des années 60, on pense que la ménopause peut rendre folle et, vers 45 ans, certaines femmes se

confinent au lit pour attendre la mort (Cohen 1967). En Afrique, chez les Gisu, la femme qui n'a pas eu d'enfants perd toute valeur sociale à la ménopause et peut se suicider. Au contraire, si elle a des enfants, elle sera associée à la famille de son fils et aura un rôle très important comme grand-mère (La Fontaine 1960). Chez les Samo, comme dans nombre de sociétés traditionnelles ou dans l'Europe des XVI et XVIIe siècle, la femme ménopausée est d'autant plus suspectée de sorcellerie qu'elle est veuve et pauvre (Héritier 1996).

Notre enquête menée en France,³ montre que l'expérience et les représentations de la ménopause se répartissent sur un continuum s'étendant sur un large registre. Les cinq dimensions que nous avons identifiées peuvent se combiner diversement pour constituer autant de représentations, qui s'étendent sur un continuum d'un pôle négatif à un pôle positif. Le pôle négatif rassemble 39% des femmes interrogées, qui se caractérisent à des degrés divers par un regret vis-à-vis des règles et de la fécondité, une perte de capital santé, une perte de capital esthétique et une perte de capital symbolique. Le pôle positif concerne 17% des femmes, qui sont très satisfaites de l'arrêt des règles et de la fécondité, pour qui il n'y a pas de perte de capital santé ou de capital esthétique et qui font l'expérience d'un gain de capital symbolique. Entre les deux se situe un pôle neutre, qui regroupe le plus de femmes, 44% pour qui, à la ménopause, rien ne change ou presque. Les autres représentations intermédiaires qui existent, sont caractérisées par un poids spécifique d'une ou plusieurs dimensions. Les femmes les plus indépendantes économiquement et professionnellement se situent dans le pôle neutre, alors que les représentations négatives concernent des femmes au foyer de milieu favorisé. Le pôle positif concerne des femmes plus âgées que les autres, de milieu modeste ou moyen, le plus souvent à la retraite.

Le thème de la vieillesse cristallise les enjeux de la valeur sociale des femmes ménopausées. L'analyse des discours de la médecine dégage une représentation de la ménopause comme fin de la féminité et de la jeunesse, que nous avons jugée dominante. Les différentes

³Une soixantaine d'entretiens approfondis et 1700 questionnaires auprès de femmes de 45 à 65 ans, ainsi que trois entretiens de groupe, entre 1995 et 1997.

représentations témoignent d'une expérience, actuelle ou anticipée, et des divers compromis entre la représentation de cette expérience et la représentation dominante. Elles s'organisent sur un axe allant d'un pôle négatif à un pôle positif, selon un ordre qui correspond à leur contenu, et qui peut être mesuré par l'accord avec l'opinion "La ménopause



est le début de la vieillesse”. L'accord avec ce stéréotype est le plus fréquent chez les négatives et diminue jusqu'au groupe des neutres. Le groupe des négatives accepte plus cette opinion que l'ensemble de l'échantillon. Les neutres nettement moins. Cette progression se modifie un peu avec les positives, qui acceptent un peu plus l'idée de la ménopause comme début de la vieillesse, sans pour autant que cela empiète sur les bénéfiques de la ménopause. Chaque groupe est confronté au stéréotype et développe plus ou moins une mise à distance de cette représentation dominante. Pour les négatives, le stéréotype s'impose comme une évidence naturelle indiscutable. Les neutres connaissent le stéréotype, mais ne perçoivent pas leur expérience en fonction de cette représentation. Elles peuvent au contraire rejeter facilement la représentation dominante.

La distribution des représentations montre que la représentation dominante dans le discours constitué ne domine que partiellement le groupe social concerné. Ces résultats diffèrent de la description de Simone de Beauvoir ou d'Hélène Deutsch, pour qui l'expérience de la ménopause ne pouvait qu'être négative. Il est difficile de dire si cet écart renvoie à l'évolution de la société depuis une cinquantaine d'années ou bien au fait que ni l'une ni l'autre ne disposaient d'enquête en population générale. Margaret Mead, cependant, à la même époque, avait dressé un tableau plus ouvert de la ménopause, en distinguant plusieurs possibilités, de l'événement terrible et ravageur à l'étape paisiblement acceptée ou heureusement surmontée (1966). L'expérience de l'anthropologue lui a donné un regard plus précis que celui de la philosophe ou de la psychanalyste.

Cette diversité des représentations et des expériences vient aussi contredire le discours médical destiné au public profane, du type Robert Wilson, construit autour d'une vision naturalisante de l'expérience de la ménopause. Ces résultats montrent aussi la limite de l'adhésion des femmes à ce discours. Nous reprendrons à notre compte cette réflexion générale de Pierre Bourdieu pour souligner l'enjeu de pouvoir et de domination sous-jacent à la classification des femmes ménopausées comme vieilles :

Les frontières, même les plus formelles en apparence, comme celles qui séparent les classes d'âge, fixent un état des luttes sociales, c'est-à-dire un état de la distribution des avantages et des obligations. (...) Les limites sont ici des frontières qu'il faut attaquer ou défendre de vive lutte et

les systèmes de classement qui les fixent sont moins des instruments de connaissance que des instruments de pouvoir, subordonnés à des fonctions sociales et orientés, plus ou moins ouvertement, vers la satisfaction des intérêts d'un groupe (1979).

En conclusion, nous voudrions préciser encore quelques points. Il est démontré par des méthodes épidémiologiques que l'arrêt de la production d'œstrogènes par l'ovaire produit chez environ un tiers des femmes de type caucasien une ostéoporose, pathologie grave et invalidante, vingt à trente ans après l'arrêt des règles. De même, un certain nombre de troubles fonctionnels de fréquence variables surviennent dans les années qui suivent l'arrêt des sécrétions ovariennes, qui peuvent être très gênants (Ringa 1999). Enfin, une question demeure ouverte, quant à une éventuelle souffrance psychique dépressive spécifique. Les enquêtes épidémiologiques des années 1980 ont confirmé qu'elle n'existait que chez des femmes déjà souffrantes auparavant. Les psychanalystes, comme certains gynécologues, insistent quant à eux sur un remaniement psychique douloureux, de l'ordre de la perte ou du deuil, à prendre en compte, même s'il n'atteint pas le seuil de la pathologie. Les instruments d'observation ne sont pas équivalents. Le matériel recueilli au cours d'une psychothérapie ou d'une psychanalyse n'est pas de même nature que celui récolté par un questionnaire ou par un entretien approfondi.

Pendant, il nous paraît important de distinguer réaction individuelle à l'arrêt de la fonction reproductive et réaction à la situation sociale faite aux femmes, phénomène de nature et domination symbolique, représentation dominante support de la domination masculine et expérience personnelle.

REMERCIEMENTS

L'enquête qualitative a bénéficié d'un contrat avec l'INSERM (Contrat Normalisé d'Etude Pilote n° 94 CN 15) et d'un financement complémentaire du Laboratoire Théramex. L'enquête quantitative a été réalisée par le laboratoire Théramex, la Société SOFRES médical et le Centre de recherche sur les enjeux contemporains en santé publique, CRESPI, Université Paris Nord, Bobigny.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Albert le Grand., *Le Grand et le Petit Albert*. Paris, Pierre Belfond, 1978. p. 111.
2. Baron J.S. *De la ménopause (âge critique)*. Paris, Thèse de médecine n° 64, 1851



3. Beauvoir, S. de, *Le deuxième sexe*. Paris, Gallimard 1949 (édition de 1976 p 456-468)
4. Beyene Y., Cultural significance and physiological manifestation of menopause. A biocultural analysis. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1986, 10, 47-71.
5. Bourdieu P., *La distinction*. Paris, Les Éditions de Minuit, 1979, p 556.
6. Cohen R., *The Kanuri of Bornu*. New York, Holt, Rinehart and Winston, 1967.
7. Denard-Toulet A., *La ménopause effacée*. Paris, Robert Laffont, 1975.
8. Deutsch H., *La psychologie des femmes*. PUF. Paris 1949. (Edition de 1987, tome II p.396).
9. Devereux G., The Psychology of Feminine Genital Bleeding. An analysis of Mohave Indian Puberty and Menstrual Rites. *The International Journal of Psycho-Analysis* 1950, 31 : 1-21.
10. Diderot D., *Sur les femmes*. Paris, Gallimard La Pléiade, 1951. p. 955, (1^{ère} éd. 1772).
11. Elias N., *La civilisation des mœurs*. Paris, Calmann-Lévy, 1973.
12. Furetière A., *Le dictionnaire universel*. 1690.
13. Gardanne Ch.P.L. de, *Avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique*. Paris, Gabon, 1816.
14. Gardanne Ch.P.L. de, *De la ménopause ou de l'âge critique des femmes*. Paris, Méquignon-Marvis, 1821.
15. Greer G., *Le passage, l'expérience de la ménopause*, Paris, Plon, 1992. Edition originale : *The Change, Women ageing and menopause*. London, Hamish Amilton, 1991
16. Héritier F., *Masculin Féminin*. Paris, Editions Odile Jacob, 1996.
17. J.-J. Peumery, « Historique de la terminologie », in H. Rozenbaum, J.-J. Peumery, *Histoire illustrée de la ménopause*, 1990, p. 12.
18. Jallon L.J.S., *Essai sur l'âge critique des femmes*. Thèse de médecine, Paris, 1805, cité par Peumery J.-J., La ménopause au XIX^e siècle. In Rozenbaum H., Peumery J.-J., *Histoire illustrée de la ménopause*. Paris, Roger Dacosta, 1990, p. 69-112.
19. Kraepelin E., *Lectures on Clinical Psychiatry*. London, Baillière and Co. 1904. (Cité par Greer 1991).
20. La Fontaine. J. Homicide and suicide among the Gisu, In Paul Bohannan : *African Homicide and suicide* , Princeton University Press, 1960. pp 94-129.
21. McCrea F., The politics of Menopause : The Discovery of A Deficiency Disease. *Social Problems*, 13(1), 1983, 111-123.
22. Mead M., *L'un et l'autre sexe*. Paris, Denoël Gonthier, 1966. (*Male and female*. New York, Dell, 1949).
23. Poquillon. J.B.L., *De la ménopause ou de l'âge critique chez la femme*. Thèse de médecine. Paris, n° 169, 27 août 1846.
24. Reuben D., *Everything you always wanted to know about sex but were afraid to ask*. New York., David McKay Co. 1969, cité par McCrea 1983.
25. Ringa V. Le traitement hormonal substitutif de la ménopause : le point épidémiologique. 1999, in In Attali C., Bréart G., Delanoë D., Hassoun D., et al., *Femmes, médecins et ménopauses*. Paris, Berger-Levrault, 1999.
26. Ripeault Ch.A. D., *De la ménopause*, Thèse de médecine de Paris, n° 88, 6 mai 1848.
27. Tabet P., *La construction sociale de l'inégalité entre les sexes*. Paris, L'Harmattan, 1998.
28. Wilson R.A., *Feminine forever*. New York, M. Evans, 1966.
29. Wilson R.A., Wilson T.A., The fate of the nontreated postmenopausal woman : A plea for the maintenance of adequate estrogen from puberty to the grave. *Journal of the American Geriatrics Society*, 11, 1963, 347-62.



V Congreso Internacional de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco, Colegio Médico, A.C.
XIV Congreso Internacional del Instituto de Psiquiatras de la Lengua Española
La psiquiatría en el siglo XXI: realidad y compromiso

Presidentes honoríficos

Dr. Jean Garrabé de Lara (Francia)

Dr. Francisco Alonso Fernández
(España)

Dr. Héctor Pérez Rincón (México)

Dr. Alejandro Díaz Martínez
(México)

Dr. Rafael E. Galindo Jiménez
(México)

Dr. Sergio Gorjón Cano (México)

Presidente ejecutivo

Dr. Sergio J. Villaseñor Bayardo

Coordinación general

Dra. Adriana Rivas Anguiano

Dr. Ricardo Virgen Montelongo

Comité de inscripción y registro

Dra. Claudia Ontiveros Esqueda

Dra. Alma Ruth Baena Zúñiga

Psic. Alma Gabriela González Saray

Psic. Angélica J. Albarrán Ledezma

Mtro. Francisco Castellón Amaya

Comité de prensa y atención a invitados especiales

Dr. Juan Amílcar Valdés

Dr. Mario Alberto Aguilar Gómez

Dr. Rafael Medina Dávalos

Dr. Roberto Zepeda

Comité de protocolo

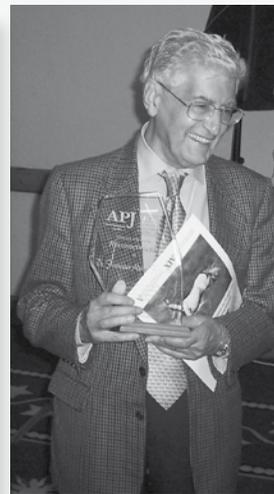
Dr. Flavio Miramontes Montoya

Dra. Thelma Sánchez Villanueva

Dr. José Dorazco Valdéz



Prof. Jean Garrabé de Lara



Prof. Fco. Alonso-Fernández

Comité de relaciones públicas

Dra. Concepción Aguilar

Dr. Aníbal Acosta Palacios

Dr. Erick Landa Fournais

Comité de logística y realización

Dr. Ricardo Virgen Montelongo

Dr. Mariano Calderón

Dr. Guillermo Rodríguez Rodríguez

Dra. Diana Arreola González

Dr. Rogelio Bazúa O'Connor

Dra. Gabriela Navarro Machuca

Dr. Cuauhtemoc Sandoval de Alba

Dra. Fabiola Vargas Magaña

Comité de apoyos audiovisuales

Dr. Eduardo Lepe Medina

Dra. Paulina Reyes Silva



ez



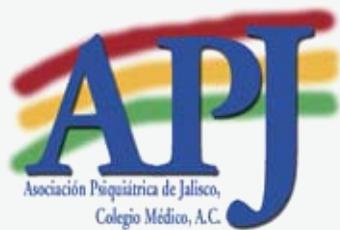
Prof. Héctor Pérez Rincón



Dr. Alejandro Díaz



Dr. Rafael E. Galindo



Dr. Sergio Gorjón Cano



Dr. Sergio J. Villaseñor Bayardo



Profesores Carlos Rojas,
Héctor Pérez Rincón,
Néstor de la Portilla y
Carlos Berganza



Presentación de libros. Doctores Estrada García, Ruiz Taviel, Alonso, Villaseñor y De la Portilla.



Mesa redonda sobre la
*Guía Latinoamericana de
Diagnóstico Psiquiátrico*



Diploma del IPLE para los
doctores Adriana Rivas y
Ricardo Virgen



Doctores Eduardo Madrigal y Eduardo Corona



Profesores Héctor Pérez Rincón, Francisco Alonso y Jean Garrabé.



Dres. Jean Garrabé y Sergio Villaseñor



Dr. Flavio Miramontes



Dra. Adriana Rivas y Prof. Francisco Alonso



Doctores Paulina Reyes, Louise Jilek, George Jilek y Eduardo Lepe



Comité organizador



Dr. Jean Garrabé de Lara



Doctores Edgar Belfort, Néstor de la Portilla, Adriana Rivas, Carlos Rojas, Sergio Villaseñor y Ricardo Virgen



Equipo de logística



Guadalajara, Jalisco, México
Febrero de 2007