

REVISTA DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA

Fundada en 1962

VOL. LIV - N° 1 y 2 - 2016

Clínica Psiquiátrica Universitaria
Facultad de Medicina, Universidad de Chile

REVISTA DE PSIQUIATRÍA CLÍNICA

Fundada en 1962

Clínica Psiquiátrica Universitaria

Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Universidad de Chile

Rector: Dr. Ennio Vivaldi V.

Hospital Universitario

Director Médico: Dr. Jorge Hasbún H.

Facultad de Medicina

Decano: Dr. Manuel Kukuljan P.

Clínica Psiquiátrica Universitaria

Director: Dr. Fernando Ivanovic-Zuvic R.

Editor

Dr. Rodrigo Nieto R.

Subeditor

Dr. Jonathan Véliz U.

Secretaría Asistente

Srta. Jacqueline Medel R. (Bibliotecaria)

Secretario de Finanzas

Dr. Luis Risco N.

Comité Editorial

Dr. Carlos Almonte V.

Dr. Julio Pallavicini G.

Dr. Luis Risco N.

Dra. Graciela Rojas C.

Dr. Hernán Silva I.

Ps. Cristián Montes A.

Consejo Editorial

Dr. Ricardo García S.

Dr. Fernando Ivanovic-Zuvic R.

Dra. Sonia Jerez C.

Dra. Marcela Larraguibel Q.

Ps. María Elena Montt S.

Dr. Julio Pallavicini G.

Dra. Alejandra Ramírez C.

Dra. Graciela Rojas C.

Dr. Juan Enrique Sepúlveda R.

Dr. Hernán Silva I.

Consejo Editorial Internacional

Renato Alarcón, MD, MPH

Emeritus Professor of Psychiatry

Mayo Clinic College of Medicine

Titular de la Cátedra Honorio Delgado

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Ricardo Araya, PhD, MRCPsych

Professor

Division of Psychiatry

University of Bristol

United Kingdom

Daniel Pilowsky, MD, MPH

Assistant Professor

Clinical Psychiatry and Epidemiology

Mailman School of Public Health

Columbia University

Eduard Vieta Pascual

Profesor de Psiquiatría

Director del Programa de Trastornos Bipolares

Hospital Clínico de Barcelona

Sid Zisook, MD

Profesor de Psiquiatría

Universidad de California, San Diego

Representante Legal

Dra. Graciela Rojas C.

Dirección

Av. La Paz 1003, Santiago de Chile

Diseño y composición: Gráfica LOM

Corrección de textos: Felipe Risco Cataldo

Impresión: Gráfica LOM

Índice

EDITORIAL	5
PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA	
Sobre el diagnóstico de la personalidad narcisista en la teoría de Otto Kernberg <i>Cristian Montes A.</i>	7-15
La contribución de Jacques Lacan al estudio, diagnóstico y tratamiento posible de las psicosis <i>Miguel Reyes S.</i>	17-25
HUMANIDADES Y PSIQUIATRÍA	
El pabellón N°6 de Antón Chejov: moralidades que trascienden a la clínica <i>Sofía Baboun G.</i>	27-36
Historia de la psiquiatría argentina <i>Enrique Escobar M.</i>	37-45
NEUROCIENCIAS Y PSIQUIATRÍA	
Impacto de la depresión materna sobre el desarrollo del lenguaje <i>Camila Abrigo H.</i>	47-51
El juego Go como estrategia terapéutica de rehabilitación neurocognitiva <i>Renate Reisenegger B.</i>	53-57
COMENTARIO SOBRE LA PINTURA DE LA PORTADA	59
INSTRUCCIONES A LOS AUTORES	61-63

Editorial

Durante los años recientes, en la Revista de Psiquiatría Clínica hemos publicado artículos relacionados con la psiquiatría que abarcan desde las neurociencias hasta las humanidades, lo que se ha sistematizado recientemente en las secciones que llevan esos nombres.

En este número queremos presentar un nuevo espacio dedicado específicamente a la psicología y sus contribuciones al mundo de la psiquiatría clínica, considerando que en su objeto de estudio aborda los procesos mentales, las percepciones y el comportamiento del ser humano, en el contexto del medio ambiente físico y social que lo rodea.

Naturalmente, esta instancia pretende ser inclusiva y está abierta a contribuciones de distintas escuelas, incluyendo las de orientación psicodinámica, aquellas basadas en las teorías del aprendizaje, y las provenientes del enfoque sistémico, entre otras.

Pensamos que esto puede constituir un aporte a nuestros lectores, tanto para enriquecer su conocimiento sobre contenidos teóricos y aproximarse a través de nuestras líneas a los planteamientos de autores como Otto Kernberg o Jacques Lacan, así como para adquirir conceptos sobre aspectos relevantes para la práctica clínica, desde las evaluaciones psicodiagnósticas hasta los procesos psicoterapéuticos.

Esperamos que sea también un estímulo a todos quienes se dedican a esta importante área del conocimiento y del trabajo clínico a escribir artículos relacionados, sabiendo que encontrarán aquí un espacio para comunicarlos con sus colegas en el ámbito de la psicología y la psiquiatría.

Rodrigo Nieto R.

Editor

Revista de Psiquiatría Clínica

Sobre el diagnóstico de la personalidad narcisista en la teoría de Otto Kernberg

About the diagnosis of the narcissistic personality in the theory of Otto Kernberg

Cristián Montes A.¹

RESUMEN

El trastorno narcisista de la personalidad constituye un tipo específico de patología del carácter que se manifiesta clínicamente a través de una alteración en los mecanismos de regulación del autoestima, en conjunto con una particular patología de sus relaciones objetales y el funcionamiento moral. Los sujetos narcisistas presentan una curiosa contradicción entre un elevado concepto de sí mismo y una dependencia exagerada del halago y la admiración por parte de los demás. Suelen exhibir una buena fachada social basada en el encanto y la simpatía, que contrasta con la naturaleza fría y despiadada de su mundo interno. Su vida emocional es vacía y superficial, sus vínculos carecen de empatía, se rigen por intereses utilitarios y se ven gravemente afectados por la envidia cuando otros son vistos como poseedores de atributos positivos. Valoran a los demás cuando estos gratifican su grandiosidad, pero caen en el desasosiego y el desprecio cuando el brillo personal se desvanece.

Palabras clave: Narcisismo, Patología del carácter, Trastorno narcisista de personalidad.

ABSTRACT

The narcissistic personality disorder constitutes a specific type of character pathology which reveals clinically through an alteration of the regulation of self esteem mechanism, together with a particular pathology of the objectal relations and the sense of morality. The narcissistic subjects present a curious contradiction between a high concept of him/her self and an exaggerated dependence on praise and admiration from others. Usually exhibits a good social facade based on charm and friendliness, that contrasts with the cold and heartless nature of the inner world. Their emotional life is empty and shallow, their bonds lack of empathy, they are ruled by utilitary interests and they are seriously affected by envy when others are seen as owners of positive attributes. They value the rest when they gratify their grandness, but fall into despair and despite when their personal glow vanish.

Keywords: Narcissism, personality disorders, narcissistic personality disorder

¹ Psicólogo, Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN:

Otto Kernberg es sin duda uno de los autores contemporáneos más destacados en el campo de estudio de los trastornos de la personalidad. Sus primeros escritos surgen en la década de los sesenta (1) y en la actualidad, el desarrollo de su obra alcanza las cinco décadas de existencia. Sus aportes han sido articulados en torno a un completo modelo teórico-clínico respecto del diagnóstico, la etiopatogenia y formulaciones en torno al pronóstico y el tratamiento de los trastornos de la personalidad desde la perspectiva psicoanalítica. Al revisar sus escritos es factible advertir un especial interés por el abordaje del trastorno narcisista de la personalidad, que ocupa un lugar privilegiado desde el inicio del desarrollo de su obra (2). En 1970 publica los resultados del proyecto de investigación psicoterapéutica de la fundación Menninger, donde destaca la existencia de un subgrupo de pacientes fronterizos que responderían a consideraciones diferentes en cuanto al diagnóstico y al tratamiento, ya que a pesar de utilizar la misma organización defensiva, se distinguen de los paciente fronterizos ordinarios por presentar un mejor funcionamiento psicosocial, argumentando de esta forma el particular desafío clínico que revisten los pacientes narcisistas (3).

Según Kernberg, el concepto de narcisismo permite ser abordado desde dos niveles distintos de definición, pero que son a la vez complementarios. En primer término, el narcisismo puede ser definido desde un punto de vista metapsicológico, como la investidura libidinal del sí mismo. Un segundo nivel de conceptualización se refiere a la expresión clínica del narcisismo, donde es definido como una patología del carácter cuya característica fundamental consistiría en la dificultad para el logro de una normal regulación del autoestima, debido a las marcadas fluctuaciones que sufre dependiendo de las satisfaccio-

nes y/o frustraciones que se encuentren, ya sea en el ámbito de las relaciones interpersonales, o bien respecto del logro de las propias metas y aspiraciones (4). Dicha característica clínica es un aspecto central de aquellos síndromes que Kernberg agrupó en una categoría amplia bajo el nombre de narcisismo patológico (3). El narcisismo normal en cambio se define por poseer una adecuada capacidad para la regulación del autoestima (3, 4, 5). De este modo el trastorno narcisista de la personalidad es definido por el autor como un tipo específico de narcisismo patológico (4).

El enfoque de Otto Kernberg está basado sobre un modelo de integración teórica que considera tanto las formulaciones provenientes de la Psicología psicoanalítica del Yo, como las propuestas de la escuela inglesa de las Relaciones Objetales. En base a esto plantea que el estudio del narcisismo, así como el de todos los trastornos de la personalidad, debe necesariamente considerar las características del funcionamiento intrapsíquico, con especial consideración de las vicisitudes de las luchas pulsionales del desarrollo temprano, el desarrollo objetal, así como la configuración del Yo y el Superyó como elementos fundamentales de la organización estructural de la personalidad (5).

En la comprensión del narcisismo adquiere suma relevancia el concepto de “sí mismo”, estructura intrapsíquica conformada en base a las múltiples representaciones de sí mismo con sus correspondientes disposiciones afectivas, que reflejan la manera en que el individuo se percibe a sí mismo en las interacciones reales con los demás, en conjunto con las interacciones fantaseadas con representaciones internas de otros significativos, vale decir, con las representaciones objetales (3). Las alteraciones en el desarrollo y configuración del “sí mismo” constituyen una característica central del trastorno narcisista de la personalidad.

NARCISISMO NORMAL Y PATOLÓGICO

Kernberg establece una distinción entre la normalidad y la patología en cuanto a las manifestaciones clínicas del narcisismo (3,4, 5).

El narcisismo será considerado “normal” cuando la catexización libidinal recae sobre un “sí mismo” integrado, vale decir, que se ha configurado en base a la síntesis de sus componentes libidinales y agresivos, permitiendo de este modo que el sujeto pueda acceder a representaciones “totales” y realistas de sí mismo y los otros. Sumado a esto, en el narcisismo normal debe existir además un Superyó integrado. Al cumplirse tales condiciones, el individuo es capaz de funcionar en base a una normal regulación de la autoestima, y el comportamiento se rige por un sistema de valores claro y estable (5).

El narcisismo patológico se define fundamentalmente por una estructuración anormal del “sí mismo” y una falla en el desarrollo y configuración del Superyó. Kernberg concibe al narcisismo patológico organizado en base a un continuo donde se pueden distinguir diferentes niveles de gravedad (4, 5).

En el nivel menos grave del continuo se encuentran aquellos casos que se corresponden con el nivel más leve de patología del carácter y que implican una fijación o regresión a un tipo de funcionamiento infantil, donde la regulación del autoestima depende en exceso de la expresión de las satisfacciones infantiles que comúnmente se descartarían para el individuo adulto. El comportamiento en estos casos se ve dominado por aspiraciones, valores y prohibiciones infantiles. Dentro de las aspiraciones infantiles destacan la tendencia a ejercer control sobre los demás significativos, búsqueda de atención y exhibicionismo, actitudes egocéntricas, sumado a una especial sensibilidad frente a la crítica, el fracaso y las recriminaciones (5). Cabe destacar que tales características también pueden estar presentes

en otros tipos de patologías del carácter, como puede observarse típicamente en la personalidad infantil.

Un segundo tipo de patología narcisista, algo más grave que el nivel anterior, está representado por lo que Freud (1914) consideró bajo el término “elección narcisista de objeto”, cuya expresión clínica más frecuente se puede observar en la tendencia a amar a otros de la forma en que el sujeto desearía ser amado (5). Por último, en el nivel más grave de la patología narcisista se encuentra el trastorno narcisista de la personalidad propiamente tal (5).

CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD

I) EL AMOR PROPIO PATOLÓGICO

El amor propio patológico se manifiesta por medio de la grandiosidad, la que ha de ser considerada como una de las cualidades fundamentales del trastorno narcisista. La grandiosidad narcisista se ve reflejada por medio de un marcado sentido de superioridad, una excesiva tendencia a la autorreferencia, al egocentrismo, al comportamiento exhibicionista y a vivir en torno a ambiciones desmesuradas respecto de sí mismo (3).

La grandiosidad narcisista suele estar sostenida sobre aquellas cualidades externas de la imagen social, lo que a su vez denota una sobrevaloración de las cualidades estéticas infantiles, como son el atractivo físico, la ambición de poder, la riqueza y si se cuenta con un buen nivel intelectual, se suma a lo anterior la pretensión intelectual (4).

El amor propio patológico implica a su vez que el sujeto narcisista se sostenga sobre una dependencia exagerada respecto del halago y la admiración de los demás, en este sentido requiere de una inmensa necesidad de estimulación externa para su sobrevivencia emocional. No obstante,

si bien el sujeto narcisista está siempre a la espera de recibir el reconocimiento externo, cuando este es conseguido, su respuesta rara vez denota una expresión de gratitud hacia quien ha brindado tal reconocimiento, quedando así al descubierto el egocentrismo y la dificultad para valorar empáticamente al otro (3).

La grandiosidad narcisista presenta una paradójica alternancia entre la sensación de superioridad y los sentimientos de inseguridad o inferioridad con los cuales coexiste. Esto suele traducirse clínicamente por medio de marcados vaivenes del autoestima, pudiendo oscilar entre el goce de sentirse omnipotentemente superior y la aflicción depresiva que arremete en los momentos donde se siente la pérdida del propio valor (3). El sujeto narcisista está continuamente expuesto a experimentar una profunda sensación de vacío, soledad, aburrimiento y pérdida del sentido de la vida cuando no ve satisfecha su necesidad de éxito y admiración (4).

II) EL AMOR PATOLÓGICO HACIA EL OBJETO

Las relaciones objetales de los sujetos narcisistas se caracterizan en un sentido amplio por una dificultad mayor para la vinculación profunda y genuina con el otro (3, 4). Dentro de las cualidades más deficitarias a nivel de las relaciones interpersonales está la incapacidad, en grado variable, de experimentar empatía, lo que entre otras cosas se manifiesta como una ausencia de interés genuino por las demás personas. Este aspecto muchas veces puede parecer sorprendente y desconcertante, en vista del contraste que se produce entre esta manera desinteresada de tratar con los demás y la simpatía que suele desplegar en su conquista del medio social. Lo que mejor define al sujeto narcisista en este sentido es la pseudo-adaptación social, que en lo superficial puede irradiar encanto y seducción, pero en lo profundo una fuerte desconsideración (3). Debido al uso de la devaluación primitiva, la fal-

ta de empatía puede fácilmente llegar a convertirse en un franco desprecio (6). La devaluación suele surgir en este contexto como una defensa utilizada para combatir sus sentimientos de envidia, como expresión del odio que emerge ante la constatación de las cualidades positivas que el otro pudiera exhibir, las que en definitiva son vistas como algo que amenaza el propio brillo. Lo anterior puede adquirir diversas formas de expresión en la conducta narcisista, que definen el sello característico de su estilo vincular, donde es factible constatar actitudes codiciosas e insensibles, junto a una tendencia a establecer relaciones de explotación o utilización del otro, como reflejo de su profundo deseo de robar o apropiarse de los aspectos buenos del otro, como si en el fondo sintieran que en la relación con los demás "tienen derecho a todo" (7).

III) EL SUPERYÓ PATOLÓGICO

Una tercera característica del funcionamiento narcisista se centra en la deficiencia del funcionamiento del Superyó. Si bien dice Kernberg este aspecto es menos decisivo para el diagnóstico propiamente tal, se constituye en un factor de gran importancia para el pronóstico del paciente (5, 6) y es considerado como un criterio estructural adicional que parece moldear la expresión de los conflictos que se suscitan en relación a las características generales de su comportamiento (3, 5).

Los déficits a nivel de las funciones del Superyó se manifiestan en el sujeto narcisista como una incapacidad para experimentar formas diferenciadas de autocritica, remordimiento, tristeza y autorreflexión. Como expresión de esto pueden surgir grandes problemas respecto de la regulación del ánimo, en tanto resulta difícil experimentar montos razonables de depresividad. Las graves variaciones del estado de ánimo surgen típicamente ante situaciones donde no se ha conseguido la admiración de los demás o se ha visto amenazado su sentido de grandiosidad. El

comportamiento se encuentra fundamentalmente regulado por la vergüenza más que por la culpa, sus valores éticos, estéticos e intelectuales adquieren características pueriles y se orientan casi exclusivamente a proteger el autoestima y el orgullo personal (6).

Los déficits, en este sentido, suelen conducir al surgimiento de conductas antisociales, razón por la cual Kernberg vincula a esta patología con el trastorno antisocial de la personalidad (4, 6).

LA SEXUALIDAD EN LA PERSONALIDAD NARCISISTA

La vida amorosa y sexual en el trastorno de personalidad narcisista se define fundamentalmente por la presencia de una dificultad significativa, o bien una incapacidad de enamorarse y establecer vínculos afectivos profundos de manera estable con la pareja. Clínicamente, esto se manifiesta como una dificultad general para entablar relaciones amorosas donde se integre la experiencia de excitación sexual con los sentimientos de ternura y el compromiso a largo plazo (7, 8). Las dificultades se pueden presentar en grado variable de acuerdo a la gravedad de cada caso.

Kernberg distingue tres diferentes niveles de patología en la vida amorosa del sujeto narcisista. El nivel más grave se refiere a aquellos casos donde existe una incapacidad total para el enamoramiento, donde el sujeto carece de total interés amoroso y sexual, lo que muy comúnmente se traduce en que este puede pasar largos periodos de su vida en soledad, sin la necesidad de vincularse. Un segundo nivel se refiere a aquellos sujetos narcisistas que mantienen un estilo sexualmente frenético en la búsqueda de experiencias de excitación sexual, lo que clínicamente se define por medio de la conducta sexual promiscua. En este nivel puede incluirse el "síndrome de Don Juan", que puede estar determinado por una diversidad de motivos, que van desde la necesidad de humillar al objeto

(la pareja) hasta la idealización patológica de la misma, situación que comúnmente se traduce en la imposibilidad de encontrar a alguien digno, o bien que no lo decepcione (8).

Por último, el nivel menos grave de patología se encuentra en aquellos sujetos narcisistas que presentan una capacidad limitada para el enamoramiento, lo que se manifiesta como la posibilidad de mantener el interés amoroso por el otro de manera transitoria y pasajera (7).

El interés sexual de tipo narcisista surge típicamente por los efectos de la idealización de ciertos atributos parciales que son identificados en el otro, muy comúnmente atributos relacionados con el atractivo físico, el poder, la fama o cualquier virtud socialmente anhelada, ya que, a través de esto, el sujeto narcisista se siente "poseedor" de aquellos rasgos admirables, lo que indirectamente le permite reforzar su propia validación (8). En este contexto se incluyen aquellas relaciones donde la elección sexual es de carácter "gemelar", es decir, de alguien tan atractivo como el propio individuo narcisista, con lo cual se busca causar un impacto social derivado del apareamiento de la "pareja hermosa" (8).

La devaluación del vínculo emerge típicamente después del entusiasmo fugaz que proporciona el desafío inicial que conlleva el periodo de la conquista, una vez aparecida la devaluación, la relación se ve dominada por la sensación de vacío y aburrimiento (7). En este contexto suele aparecer el síntoma de la "ausencia de experimentar celos", causada ya sea por la incapacidad de valorar al otro, o bien por albergar la creencia inconsciente de ser tan superior a todos los posibles rivales, que la infidelidad de la pareja es impensable (8).

Una de las dinámicas comúnmente observadas en el enamoramiento narcisista es la elección de un objeto de amor que le sirva para el fortalecimiento de su autoestima, en base a lo cual

se plantea que el sujeto narcisista no busca ser amado, sino más bien admirado por su pareja, razón que en definitiva permitiría la sobrevivencia del vínculo (8).

En algunos casos se constata la existencia de relaciones narcisistas que logran mayor estabilidad en el tiempo. En estos casos la exploración más profunda deja al descubierto que a pesar de la falta de interés y de un genuino sentimiento de amor, la relación sobrevive porque está cumpliendo un fin utilitario, que muchas veces consiste en ayudar al sujeto narcisista a aparentar socialmente la imagen de una persona emocionalmente estable y comprometida. En muchos de estos casos la elección de pareja está al servicio de ayudar a "sentar cabeza". En estos casos, la relación puede parecer superficialmente adecuada, basarse en un trato gentil y amistoso, pero en lo profundo el vínculo carece de una genuina preocupación y las verdaderas necesidades del otro son en definitiva desatendidas (7).

Dentro de las expresiones más graves a nivel de la conducta sexual se encuentran aquellos casos caracterizados por el síndrome de narcisismo maligno, donde se presentan conductas que suponen la presencia de desviaciones perversas con grave infiltración de la agresión. En estos casos la sexualidad posee connotaciones sádicas altamente destructivas (5).

DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL EN LA PERSONALIDAD NARCISISTA

Kernberg acuña el concepto de organización estructural de la personalidad para referirse a un modo especial de conceptualizar la relación existente entre el modo en que se integran las derivaciones estructurales de las relaciones objetales interiorizadas, los conflictos inconscientes del desarrollo, la configuración de las instancias psíquicas y los diversos niveles de organización del funcionamiento mental. En base a esto se

distinguen tres organizaciones amplias de estructuración del aparato mental; la neurótica, la límite y la psicótica (5).

En su clasificación sobre los trastornos de personalidad, Kernberg plantea que estos se distribuyen exclusivamente en torno a las organizaciones estructurales de tipo neurótica y límite, ya que la organización psicótica de personalidad constituye un criterio de exclusión para el diagnóstico de trastorno de personalidad (4).

En la organización neurótica se incluyen aquellos desórdenes menores del carácter, como la personalidad histérica, el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y el trastorno depresivo-masoquista, mientras que en la organización límite se encuentran ubicados la mayor parte de los trastornos de personalidad definidos, por cierto, como los de mayor gravedad (4, 5, 7).

La organización estructural de tipo límite se caracteriza por presentar una configuración establemente patológica y característica del Yo, donde predomina el uso de mecanismos defensivos en torno a la escisión, junto al síndrome de difusión de la identidad (5). Sumado a lo anterior, los sujetos con estructuras límite son capaces de mantener la prueba de realidad, aunque bajo circunstancias específicas de estrés interpersonal o debido al consumo de drogas y alcohol, esta podría perderse transitoriamente (3).

En su clasificación sobre los trastornos de personalidad Kernberg establece una distinción entre patologías del carácter de nivel "superior" e "inferior" que se ubicarían dentro de la misma organización límite de personalidad, con lo cual intenta establecer una diferenciación basada en el nivel de gravedad de los mismos, considerando el criterio de la adaptación social (4).

El trastorno de personalidad narcisista se organiza en torno a la organización límite de perso-

nalidad, pero de acuerdo a la clasificación de la patología del carácter, Kernberg distingue niveles diferentes de gravedad del mismo trastorno (4, 7).

LA PATOLOGÍA DEL CARÁCTER NARCISISTA

El carácter se define como la organización dinámica de los patrones conductuales del individuo (4). La organización dinámica está a su vez determinada tanto por las características que adquieren los factores genético-dinámicos, así como la configuración de los componentes estructurales. En base a esto Kernberg distingue tres categorías que definen niveles de gravedad diferentes de los desórdenes caracterológicos, esto son el nivel superior, intermedio e inferior, siendo esta última la de mayor severidad (7).

Con base en esta propuesta es factible diferenciar niveles de funcionamiento distintos para el trastorno de personalidad narcisista, que en el mejor de los casos puede constituirse como una patología caracterológica del nivel intermedio, ya que también suele ubicarse en el nivel inferior.

La patología narcisista de nivel intermedio se define por la presencia de un Superyó pobremente diferenciado, que determina la existencia de un funcionamiento moral basado en una contradictoria escala de valores y una tendencia a experimentar niveles moderados de paranoia en desmedro de la capacidad para experimentar culpa. El Yo aún es capaz de apelar al uso de ciertas defensas maduras relacionadas con la represión, pero en coexistencia con otras más primitivas centradas en la escisión que lo conducen a experimentar estados yoicos cambiantes y contradictorios. Las defensas caracterológicas predominantes son del tipo de la formación reactiva de los impulsos y los conflictos instintivos denotan esencialmente un predominio de las pulsiones pre genitales, especialmente las de tipo oral, que tienden a ser actuadas impulsivamente en áreas específicas del comportamiento, en el contexto de una capacidad general más conser-

vada para el manejo impulsivo. En este nivel, el sujeto aun es capaz de mantener cierto grado de estabilidad de sus relaciones interpersonales, atenuar la expresión de la agresión y alcanzar niveles adecuados de adaptación social (4, 5).

El nivel inferior en la clasificación de la patología del carácter contiene a las personalidades narcisistas más graves, aquellas que en definitiva presentan una grave patología tanto del Yo como del Superyó. El Yo se encuentra muy fragilizado, lo que entre otras cosas se manifiesta como una marcada intolerancia a la ansiedad, una tendencia a las actuaciones impulsivas, incapacidad de operar en base a la sublimación y un funcionamiento de la prueba de realidad dominado por la infiltración del proceso primario, vale decir, una tendencia mayor a experimentar episodios micropsicóticos bajo ciertas condiciones específicas (3).

El deficiente desarrollo del Superyó, que en estos casos no alcanza una adecuada diferenciación respecto del Yo - lo que provoca confusiones entre ambas instancias - determina la existencia de un funcionamiento más cercano a la personalidad antisocial. Se trata de un Superyó que se encuentra configurado casi enteramente sobre la base de precursores sádicos, los que al ser proyectados en el mundo externo activan el surgimiento de graves tendencias paranoides. De este modo, la capacidad de experimentar culpa y preocupación por el otro se encuentra gravemente deteriorada, las aspiraciones de poder y admiración encuentran su expresión más primitiva y omnipotente. Las defensas del Yo se centran exclusivamente en la escisión y el predominio de la identificación proyectiva de la agresión determina que la relación con la realidad se encuentre gravemente distorsionada. Los vínculos son esencialmente parciales y están gravemente interferidos por la agresión primitiva que deriva de la condensación patológica entre los conflictos genitales y pre genitales. Esto a su vez, facilita la emergencia de tendencias infantiles perverso

polimorfos con infiltración de elementos sádicos que contaminan el mundo de las relaciones objetales (4,5). En este contexto, surgen patologías narcisistas tan graves como el denominado síndrome de narcisismo maligno (5).

LA PERSONALIDAD NARCISISTA Y SU RELACIÓN CON LA CONDUCTA ANTISOCIAL

Kernberg plantea que la presencia de rasgos antisociales suele estar presente en la mayoría de las personalidades narcisistas, incluyendo a aquellas de mejor nivel de funcionamiento (5). Esto se debería a la frecuente patología del Superyó que suele caracterizar a este tipo de personalidades (7).

En términos generales, el funcionamiento del Superyó puede estimarse evaluando la calidad para la adaptación social que alcanza el individuo, en consideración de las características de su escala de valores, la capacidad de mantener la honestidad, la responsabilidad social y la regulación del comportamiento con base en sentimientos de culpa (7).

Lo más característico del paciente narcisista es la tendencia a regular su comportamiento motivado por la vergüenza y no tanto con base en un genuino remordimiento, ya que la deficitaria integración del Superyó impide el acceso a formas maduras y diferenciadas de autocrítica. La autocrítica suele adoptar formas sádicas de autorregulación, que suelen dar paso a los vaivenes del humor y al derrumbe del autoestima (5).

Kernberg define un continuo de gravedad en la patología del Superyó que caracteriza a los distintos tipos de trastornos narcisistas de la personalidad, y con base en lo cual la conducta antisocial adoptará diferentes expresiones.

En el nivel más grave de este continuo se encuentra el trastorno antisocial de la personalidad, que

el autor considera como un subtipo específico de trastorno narcisista. En este trastorno, además de encontrarse los rasgos típicos del carácter narcisista centrados en la grandiosidad, se añade el deterioro grave de las relaciones objetales internalizadas y el grado más severo de patología de las funciones superyoicas (6). En estos casos es posible encontrar conductas antisociales tanto de tipo pasivo-agresivo, como las de tipo sádico-agresivo. La primera categoría encierra a aquellas conductas relacionadas con la mentira, el robo, las falsificaciones, la estafa, la prostitución y las actitudes parasitarias. La conducta antisocial de tipo sádico-agresivo en cambio se refiere a la presencia de actos de agresión física como el asalto, el asesinato y el robo violento (4).

En un segundo nivel de gravedad, aparece el trastorno de personalidad narcisista con síndrome de narcisismo maligno. En este caso coexisten las características de grandiosidad con una particular infiltración de la agresión sobre el sí mismo. En estos casos la conducta antisocial puede adoptar formas más racionalizadas, vale decir, expresarse mediante la sobrevaloración de una ideología que sustente el sentido de pertenencia a una pandilla sádica o la filiación a grupos terroristas donde se despliega el sadismo egosintónico para justificar la destrucción, la transgresión y la muerte (5).

Por último, la conducta antisocial en el trastorno de personalidad narcisista sin presencia del síndrome de narcisismo maligno, suele adoptar más bien las formas del tipo pasivo-parasitario. En estos casos lo más común es encontrar sectores conservados de conducta moral autónoma, que coexisten con la explotación despiadada de ciertas relaciones interpersonales. En estos casos es posible que el sujeto pueda experimentar algunos remanentes de culpa, preocupación y lealtad respecto de ciertas personas. Cabe destacar que en muchos de estos casos lo que parece ser una conducta antisocial, suele ser más bien la expresión de una incapacidad para comprometerse

terse en vínculos de largo plazo. En estos sujetos es frecuente encontrar conductas de promiscuidad sexual, explotación emocional y/o económica, a pesar de ser capaces de preservar un cierto grado de responsabilidad social (4).

RESUMEN

Otto Kernberg nos entrega un nutrido marco conceptual respecto del diagnóstico y clasificación de las personalidades narcisistas. El trastorno narcisista de la personalidad se define en primer término como una de las expresiones clínicas que puede adoptar lo que ha definido como el narcisismo patológico, caracterizado típicamente por las alteraciones que presentan en cuanto a la regulación del autoestima. Un aspecto central del trastorno narcisista de la personalidad lo constituye la grandiosidad narcisista, sustentada sobre la base de una particular configuración de los componentes estructurales de la organización de personalidad, donde destaca el si mismo patológicamente integrado, sumado a un deficitario desarrollo del Superyó.

La patología del Superyó, aspecto central del trastorno narcisista, se constituye en un factor fundamental, que vincula a este tipo de personalidad con el trastorno antisocial, el cual es considerado por el autor como el tipo más grave de trastorno narcisista de la personalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kernberg, O.F. (1967). Borderline personality organization. *Int. J. Psycho-anal, Journal Of the American Psychoanalytic Association*, 15:641-685
2. Kernberg, O.F. (1970). "Factors in the psychoanalytic treatment of narcissitic personalities". *Journal Of the American Psychoanalytic Association*. Vol. XVIII, No 1.
3. Kernberg, O.F. (1979) *Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
4. Kernberg, O.F. (2005). *Agresividad, Narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica*. Ed. El manual moderno. México D.F.
5. Kernberg, O.F. (1987). *Trastornos graves de personalidad: Estrategias psicoterapéuticas*. Ed. El manual moderno, Mexico D.F.
6. Kernberg, O.F. (1994). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
7. Kernberg, O.F. (1996). *La Teoría de Relaciones Objetales y el Psicoanálisis clínico*. Ed. Paidós, México, D.F.
8. Kernberg, O.F. (1995). *Relaciones amorosas: normalidad y patología*. Ed. Paidós, Buenos Aires.

Correspondencia
cmontes@hcuch.cl

La contribución de Jacques Lacan al estudio, diagnóstico y tratamiento posible de las psicosis

The contribution of Jacques Lacan to the study, diagnosis and possible treatment of psychoses

Miguel Reyes S.¹

“La psicosis es aquello frente a lo que un analista no debe retroceder en ningún caso”(1)

Jacques Lacan , 1977.

RESUMEN

El artículo examina algunas contribuciones a la clínica de las psicosis extraídas de la enseñanza del psicoanalista francés Jacques Lacan, en particular se refiere al periodo entre 1956 -1959 y que tienen como centro la discusión con las hipótesis freudianas expuestas principalmente en su análisis del caso Schreber en 1911. Lacan propone introducir una cuestión preliminar antes de un posible tratamiento psicoanalítico de las psicosis, donde se destacará una reflexión sobre la función paterna, la estructura de la alucinación y la función del delirio.

Palabras clave: Psicosis, Paranoia, Lacan, Freud, forclusión, Alucinación, Delirio, Psicoanálisis.

ABSTRACT

This article examines some contributions to the clinic of psychosis taken from the teachings of the french psychoanalyst Jacques Lacan, in particular it refers to the period between 1956-1959 and it has as center the discussion with Freudian hypothesis expose mainly in the analysis of the Schreber case in 1911. Lacan propose to introduce a preliminary question before a possible psychoanalysis treatment for psychosis, where it will be enhance the reflection about the paternal function, the structure of the allucination and the delirium functions.

Keywords: Psychosis, Paranoia, Lacan, Freud, Forclusion, Hallucination, Delirium, Psychoanalysis

¹ Psicólogo Clínico, Psicoanalista NEL, Santiago

I. INTRODUCCIÓN

El presente artículo aborda de manera general y preliminar algunas de las contribuciones a la clínica de las psicosis que se desprenden de la enseñanza del psicoanalista francés Jacques Lacan (1901-1980). En particular, se ocupa del periodo comprendido entre los años 1956 – 1959, es decir de una etapa intermedia en el desarrollo de su doctrina, y se centra en esclarecer lo que Lacan mismo llamó *una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis*. Momento que se plasma en la producción de un artículo fundamental homónimo, pero que en ningún caso agota lo que la experiencia analítica puede entregar respecto de esta temática en la actualidad.

Conviene destacar que las elaboraciones de Lacan en esos años se dan en el contexto de precisar de qué manera la clínica del psicoanálisis puede contribuir en el estudio y tratamiento *posible* de las psicosis. Es decir, se desprenden de una práctica que se centra y privilegia como recurso de intervención el campo de palabra y la función del lenguaje, y que tiene en el descubrimiento del inconsciente por Freud su punto de partida, pero que además, reconoce una tradición psiquiátrica francesa, donde para Lacan es el genio de Clérembault aquello que le inspira y quien a su juicio recibe la categoría de "...maestro en psiquiatría"(2)

II. FREUD, LACAN : LO CLÁSICO Y LO NUEVO DEL ESTUDIO DE LAS PSICOSIS

Abordar el campo de las psicosis -en particular la paranoia- a partir de Lacan, requiere inicialmente revisar algunas de las categorías fundamentales con las que se ha organizado su psicopatología, de modo de introducir nuevas dimensiones extraídas tanto de la experiencia psicoanalítica como de su esfuerzo de teorización, donde la obra de Freud ocupa allí un lugar fundamental, aunque no definitivo.

Sabido es que Freud examinó la paranoia (a la que también llamó parafrenia) a partir de un texto; se trata de las *Memorias de un enfermo nervioso*(3), un voluminoso informe que contiene una detallada descripción autobiográfica del Doctor en Derecho Daniel Paul Schreber, redactada a fin de solicitar a un tribunal médico terminar con más de dieciocho años de tratamiento e internaciones psiquiátricas en diversas clínicas en Alemania. Su enfermedad habría presentado los primeros síntomas en 1884 cuando tenía cerca de 42 años y se extendieron hasta 1902, momento en que solicita su alta médica.

Según James Strachey - traductor al inglés de Freud y encargado de la *Standar Edition*-, Freud habría leído dicho material recién en 1910. Periodo en el cual existían relaciones de colaboración e intercambio entre el naciente psicoanálisis y la psiquiatría suiza, donde la Clínica Burghölzli de Zurich constituía un centro de referencia y elaboración teórica de la psicosis con la prominente figura de Eugene Bleuler y del joven Carl G. Jung.

En ese contexto y aunque Freud, en su calidad de neurólogo y psicoanalista, no contaba con tanta experiencia clínica con pacientes psicóticos, decide elaborar un intento de interpretación psicoanalítica a partir de las *Memorias*; utiliza para ello método e hipótesis psicoanalíticas con el fin de proponer una concepción teórica original que esclarezca ciertos aspectos sobre el mecanismo de la paranoia, la función de las alucinaciones y el delirio de Schreber. Es decir, toma como material el sistema delirante en su conjunto construido por Schreber, que luego de varias y agudas crisis le habría permitido conseguir una relativa estabilización y encapsulamiento del delirio, dándole una sensación de alivio subjetivo y ubicándose en un lugar de excepción que el había venido a ocupar tanto para la ciencia como para la humanidad.

El interés de Freud hacia las psicosis no se detuvo allí, continuó revisando sus hipótesis en varios

momentos de su obra. Se destacan como los más relevantes el estudio del narcisismo (1914), de los celos delirantes (1922) y de las diferentes maneras de pérdida de realidad tanto en la neurosis como en las psicosis (1924). Del mismo modo, en otros casos clínicos retoma algunos problemas de índole diagnóstica, como por ejemplo el caso del Hombre de los lobos.

Lacan, a diferencia de Freud, se interesó muy tempranamente en la clínica con pacientes psicóticos. En 1932 en su tesis de psiquiatría *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*(4), expone una concepción original de la paranoia aislando un tipo específico, una subclase a la que llamó la *paranoia de autopunición*, inédita entidad clínica que construye en base al estudio detallado de un caso que posteriormente devino paradigmático, se trata del caso Aimée. En su tesis integra a su concepción psiquiátrica sus primeras lecturas de Freud. Ello le permiten distanciarse de la psiquiatría organicista que era la tendencia dominante en la formación de esa especialidad en la Francia de los años 20 y 30, y acercarse al psicoanálisis donde participará activamente en su desarrollo. Sin embargo, sus impresiones sobre la paranoia tuvieron en el mundo literario y cultural de la vanguardia surrealista una mejor recepción que en la misma psiquiatría y el psicoanálisis francés de esos años. Tales investigaciones se encuentran en la base de su concepción de *yo* expuesta en 1936 y 1949 en el *Estadio del espejo* y en sus tesis sobre la función de la agresividad en 1948. Estos antecedentes van prefigurando el registro de los que más tarde se conocerá como *lo imaginario* y que en 1953 se articulará con *lo real* y *subordinará a lo simbólico*, en un planteamiento mayor dentro del psicoanálisis. Los denominados por Lacan *tres registros de la realidad humana*(5), la matriz conceptual con las cuales revisará los aportes de Freud y criticará la lectura promovida por la *Psicología del Yo* dentro del movimiento psicoanalítico de esos años introduciendo un nueva orientación del psicoanálisis. Pero será recién

entre los años 1955 y 1959 donde retomará de manera sistemática a las psicosis para desarrollar sus mayores contribuciones desde el psicoanálisis, especialmente en torno a la cuestión de la alucinación, de la función del delirio y las incidencias transferenciales, propondrá nuevos conceptos como metáfora delirante y forclusión del Nombre del Padre, claves para pensar su desencadenamiento y estabilización, abriendo las vías para un posible tratamiento psicoanalítico. Sin embargo, los aportes de Lacan no se reducen a este fecundo periodo de su enseñanza sino que se renuevan entre los años 1975–1976 donde la conceptualización psicoanalítica de las psicosis experimentarán un nuevo impulso y un cambio de giro. Un aspecto esencial en este nuevo movimiento será el estudio de la producción literaria del escritor irlandés James Joyce desarrollada ampliamente en el Seminario 23, *El Sinthome*(6). Joyce, si bien no presentó una psicosis desencadenada existen elementos tanto en su escritura como en ciertas experiencias de su biografía que dan cuenta de una forma de estructuración subjetiva cercana a la psicosis. En ese momento, Lacan sirviéndose de la topología de los nudos más que del estructuralismo lingüístico propone diversas formas de anudamientos en un más allá del Edipo, ampliando y enriqueciendo la clínica de las estabilizaciones y de las suplencias.

En ese sentido, se puede sostener que en Lacan existen dos clínicas de las psicosis, una que tiene como paradigma el caso Schreber y otra que toma a Joyce, ambas guardan entre sí relaciones de continuidad y de ruptura y siguen siendo en la actualidad objeto de controversia y de estudio.

Sin embargo, y más allá de Lacan, los psicoanalistas de la orientación lacaniana han continuado con el estudio y la clínica de las psicosis, profundizando los casos de psicosis no desencadenadas, llamados casos raros o inclasificables en sintonía con una época que también cambia y donde las formas de presentación clínica son diversas y muchas veces difíciles de diagnosticar,

aquí se destacan los trabajos de la Escuela de la Causa Freudiana, encabezados por Jacques-Alain Miller, Jean-Claude Maleval, Eric Laurent, Alexandre Stevens y otros, en lo que se ha denominado las *psicosis ordinarias*, iniciando en 1998 un activo programa de investigación teórico-clínico que continúa vigente tanto en Francia como en América Latina(7).

III. HACIA LACAN

Para esta breve comunicación nos centraremos exclusivamente en el periodo estructuralista, comprendido entre los años 50 y 60. Es decir, en lo expuesto en el *Seminario de Jacques Lacan: Las psicosis (1955-1956)* y el escrito *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis*(8) publicado inicialmente 1959 y luego en 1966 en la famosa compilación de artículos llamado *Escritos*. Ambos textos entregan los principales elementos teóricos y sus aportes clínicos más significativos respecto de las psicosis en lo que podríamos llamar la primera clínica de las psicosis.

Lacan realiza en esos años una revisión de la categorías que la psiquiatría utiliza para abordar los fenómenos psicóticos y al mismo tiempo una crítica a la forma como el psicoanálisis de esa época ha abordado las psicosis. Conviene recordar que durante mucho tiempo se sostuvo una incompatibilidad entre la técnica psicoanalítica y la psicosis. Lacan emprende la tarea de volver a las psicosis, pero redefiniendo la técnica y la teoría psicoanalítica. Para ello, necesita introducir lo que el denomina *una cuestión preliminar* antes del posible *tratamiento psicoanalítico* de las psicosis.

IV. EL PROBLEMA DE LA ALUCINACIÓN

Tres elementos clínicos y las relaciones que tienen entre sí ocuparán parte importantes de las enseñanzas de Lacan. Se trata de la alucinación psicótica, el delirio y la supuesta pérdida de la

realidad. Señalará que cuando se define tradicionalmente la alucinación como una percepción sin objeto (Esquirol) a menudo se salta un tiempo fundamental, el de saber cómo y de que está hecho lo percibido. El progresivo interés hacia quien es el que percibe (el agente o el yo) y en cómo lo percibe (la cualidad sensorial), descuida que la naturaleza de lo percibido es anterior a quien percibe. Lacan toma el camino inverso en el estudio de la alucinación: detenerse y estudiar cómo se configura la realidad de lo percibido. En dicho movimiento, lo esencial reside en la importancia asignada al hecho de que los seres humanos están inevitablemente afectados por el lenguaje, pero este no es considerado simplemente como una función instrumental destinada a la comunicación o reducida a su ejecución en el habla concreta, sino que es concebido como un sistema, una organización de signos y relaciones entre sí que anteceden a los sujetos. El lenguaje es concebido como una estructura simbólica y social donde lo humano ocurre y se precipita, sus unidades discretas son los significantes que presentan una relación arbitraria con el significado y que se organizan en una cadena que obedece a una lógica particular para el que habla.

Dado que primeramente y antes de hablar somos hablados por los otros y sumergidos sin saberlo a diversos discursos que anticipan la manera como nos pensamos y como organizamos nuestras experiencias, el lenguaje y su estructura nos estructuran. Por ello, será crucial establecer la forma en que cada cual se relaciona con lo simbólico, con el lenguaje y los significantes para determinar su particularidad, en dicho tránsito participan operaciones lingüísticas con importantes y determinantes efectos subjetivos. Todos estos elementos estarán presentes a la hora de examinar lo particular de la psicosis en su distinción con la neurosis.

La posición de Lacan respecto de la alucinación considera invertir la atribución subjetiva a dicho

fenómeno. Para el que habla entonces es la aparición de la alucinación en su discurso aquello que determina la posición que vendrá a ocupar el sujeto, y no simplemente detenerse en que el sujeto tiene alucinaciones que distorsionan la realidad, se trata justamente de atender cómo y cuándo la alucinación emerge. Todo parece indicar que ella se precipita allí donde un pensamiento falta, o siendo más precisos allí donde una significación desfallece. De este modo, Lacan va a sostener que la clave en la estructura de alucinación verbal (voces que hablan a un sujeto) no es la cualidad sensorial. El hecho que sea auditiva simplemente constata que ella se impone como una voz sin hablante ni sonido ya que aquello que la produce es efecto de la organización y de la lógica que estructura la cadena significante para ese sujeto, y esta no pasa ni por lo visible ni por lo escuchable. Su estudio entonces se dirige a las conexiones internas al significante en cuanto que estructuran al sujeto.

Conviene tener presente en esta consideración que *sujeto* es un concepto original y específico de la enseñanza de Lacan, ausente en Freud, pero que se desprende del énfasis en el discurso del paciente. La denominada *talking cure* destaca que es la palabra, el lenguaje y el discurso del paciente el campo de acción y de intervención del psicoanalista. Apoyados en que la única regla del analista es la de la asociación libre, se evidencia una preeminencia del tejido discursivo en la determinación de síntomas y formaciones del inconsciente, al mismo tiempo estas producciones surgen al margen del yo y sin embargo hablan y se escuchan por el analista, toman la forma de un decir que se dice sin saber y sin pensar. En ese sentido Lacan distinguirá entre el *sujeto* y el *yo*, el primero solo captado en el discurso más allá del yo que habla o piensa y Lacan lo caracterizará bajo la forma de un sujeto, pero siempre borrado o tachado, es decir, atravesado por una barra que hace imposible capturarlo como una esencia. Se trata de un sujeto siempre producido en la cadena discursiva, que se es-

capa a la captura fenoménica, pero que incide en el sentido de la cadena significante y que se capta en un intervalo de palabras o como Lacan lo precisará: entre significantes. Es con esas nociones que Lacan se acercará al inconsciente freudiano, por ello durante algunos años lo llamó *el sujeto del inconsciente*. En definitiva, el *sujeto* en psicoanálisis solo se escucha y su aparición depende del lugar desde donde el analista esté ubicado en su escucha, en ese sentido depende más de la ética del analista que de una mera aplicación técnica. Por ello, es solo bajo ciertas condiciones del diálogo analítico que este intervalo se produce, la escucha del analista lo señala a fin de introducir modificaciones en el discurso del paciente incidiendo en su sentido o sin sentido. El *yo*, por el contrario, está sostenido por identificaciones imaginarias, preso de la forma y de la imagen y anclado libidinalmente en el pensamiento, entregando una ilusión de unidad y dependiendo del otro en una relación marcada por la tensión agresiva. Si bien es el *yo* quien padece de los síntomas, ello no implica que para modificarlos sea necesario operar sobre sus funciones por medio de la reflexión o el *insight*, por el contrario, Lacan va a sostener en ese periodo que para modificar lo imaginario es sobre lo simbólico que hay que intervenir, atendiendo más a la estructura que a los contenidos producidos, en ese sentido dirá que "...ninguna formación imaginaria es específica, ninguna es determinante ni en la estructura, ni en la dinámica del proceso"(9).

La dependencia de lo imaginario respecto de lo simbólico se deriva de la fórmula lingüística que especifica que el significado o sentido depende del significante y de su articulación con otros significantes en una cadena, por ello, se trata de que la intervención del analista sea primordialmente sobre el significante y no sobre el sentido, única manera para que este se modifique. Pero antes se requiere conocer cómo para un sujeto se estructura su cadena, ello se obtiene entre

otras cosas a través tanto del discurso sobre los síntomas como de las fantasías.

Para Lacan, entonces se trata de *estructura* porque lo que está en juego en el psicoanálisis es el lenguaje y este se organiza como una estructura. La novedad de Lacan es que correlaciona la estructura del lenguaje pensada por la lingüística de Jakobson y también desde la antropología por Claude Lévi-Strauss, con las estructuras clínicas freudianas. Con todo ello, sostendrá que el inconsciente se estructura como un lenguaje.

Para la elaboración de la función del delirio y de la conformación de la realidad para el psicótico, el diálogo o el debate con Freud será imprescindible.

V. DEL COMPLEJO PATERNO AL SIGNIFICANTE DEL NOMBRE DEL PADRE

Sabido es que Freud intentó precisar mecanismos distintivos de los síntomas psicóticos y neuróticos; llegó a inferir operaciones psíquicas como resultado de su encuentro con problemas clínicos. Los síntomas neuróticos lo llevaron a hipotetizar un mecanismo específico en su formación que llamó *represión*, pero ¿qué pasó cuando Freud se encontró con el delirio o la alucinación? En el caso Schreber, Freud intentó concebir la paranoia con los mismos mecanismos de las neurosis, es decir la represión y la operación de la proyección. Su hipótesis del desencadenamiento de la enfermedad, que en un principio apareció como una hipocondría es que Schreber fue afectado ante el despertar de una pulsión homosexual, que intentó fallidamente sofocar mediante la represión, el deseo homosexual se habría activado en la relación transferencial con su médico, el Dr. Flechsig desplazando sobre su figura ancestrales mociones homosexuales pasivas hacia su padre. Flechsig en un comienzo transformado en un objeto amado habría mudado hasta convertirse en un objeto odiado y persecutorio presente en las iniciales formaciones

delirantes de Schreber. Mediante la proyección de tales mociones están habrían retornado no como una actitud homosexual hacia Flechsig u otros hombres sino bajo la forma de mandatos divinos que le llevaría a pensar en la fantasía de transformarse en una mujer sometida al coito con un Padre devenido más tarde un Dios gozador que utiliza su cuerpo como un objeto de la voluptuosidad a fin de procrear una nueva raza de hombres, posibilitando en Schreber un acceso delirante a una paternidad que para él había sido un imposible y una fuente de frustración. De esta forma, Schreber organiza estos elementos en un delirio que va de lo inicialmente persecutorio hacia uno de carácter redentor y mesiánico. Con este último logra una estabilización y un apaciguamiento temporal de los síntomas productivos. Se cumple en la formación delirante un trabajo de reconstrucción radical de la realidad para volverla habitable y no amenazante. Dice Freud: "Lo que nosotros consideramos la producción patológica, la formación delirante es, en realidad, el intento de restablecimiento, la reconstrucción"(10).

De este modo, Freud propone su interpretación del complejo y aparentemente ininteligible contenido de las formaciones delirantes. No obstante ese resultado, queda pendiente explicar el mecanismo de la formación delirante, no solo sus contenidos.

Allí radica un punto más problemático. La utilización de estos mecanismos en la formación de los síntomas paranoides le trae algunas dificultades, pues la represión resulta inadecuada para dar cuenta de lo específico de la psicosis en Schreber; Freud se ve forzado a señalar que: "No era correcto decir que la sensación interiormente sofocada fuese proyectada hacia afuera, más bien inteligimos que lo *cancelado dentro retorna desde afuera*" (Freud, 1990, p. 66).

A fin de aclarar estos puntos extendió su investigación de la formación delirante de Schreber en

lo que denominó el *complejo paterno*, es decir de lo gravitante del lugar del padre en la estructuración subjetiva, pero cumpliendo una función y organización diferente en la neurosis y la psicosis. Lacan lo llama "su referencia metódica al Edipo".

VI. LA FORCLUSIÓN DEL NOMBRE DEL PADRE

Ante la problemática de discernir la manera en que lo paterno interviene en la psicosis, Lacan introducirá una renovación del denominado complejo de Edipo y de castración propuestos por Freud. Es decir, examinará cómo funciona lo paterno en relación con la madre y el hijo a la luz de incorporar la función del lenguaje. Freud, al conceptualizar el Edipo, introdujo una limitación: darle una articulación esencialmente imaginaria, a pesar que percibió que lo paterno iba mucho más allá que la mera referencia al padre en tanto figura familiar. Su hipótesis respecto de su lugar en la cultura, la religión y la Ley, ubican lo paterno en una función más simbólica que imaginaria, es decir, allí se tratará siempre del padre en tanto muerto o más bien asesinado. Lo mismo ocurre con la referencia al falo implicado en el complejo de castración en ambos sexos.

Con estas nuevas referencias y énfasis Lacan se propone re-escribir la interpretación freudiana del sistema delirante de Schreber. En dicha reelaboración formaliza la función constituyente de lo simbólico a través de la introducción de la noción de Otro, que designa esa "otra escena" (*ein andere Schauplatz*) a la que alude Freud, un "otro lugar" donde el sujeto puede plantearse la pregunta por su existencia. ¿Qué soy ahí? respecto de cuestiones tan fundamentales como el sexo o lo muerte. En definitiva, el Otro es el lugar del inconsciente y sus leyes. La psicosis y sus producciones darán cuenta del modo en que el sujeto se relaciona con el lugar del Otro.

Un aspecto esencial que da cuenta de esa particular relación, será abordado con el concepto de Nombre del Padre, que resulta luego de distinguir entre el padre de la realidad familiar y la función simbólica que representa. Todo indica que en nuestra cultura aquel que encarna esa función nunca está a la altura, en ese sentido el padre es siempre carente, discordante o humillado o ausente. Y justamente los problemas más graves y con mayores efectos subjetivos devastadores ocurren cuando quien solo encarna esa función se la atribuye de manera omnipotente.

Lacan aborda al padre no a través de su realidad fenoménica, sino a través de la potencia de su nombre invocado por el otro, no de los atributos, méritos o fracasos en su ejercicio. Por ello, propone el concepto del Nombre del Padre, justamente para destacar que es su función aquello que participa en la vida psíquica de un sujeto. Como lo señala Jean Claude Maleval: "Se trata de una formalización del complejo de Edipo basada en el principio de su reducción a un proceso metafórico. El padre y la madre solo intervienen allí en cuanto significante"(11).

La clínica de las psicosis da cuenta que cuando su función es requerida ante una coyuntura vital o existencial, aparece un vacío, no se encuentra disponible el significante del Nombre del Padre en la estructura simbólica, en el lugar del Otro, en otras palabras la psicosis da cuenta de la *forclusión del Nombre del Padre en el Otro*.

Esto no significa que el psicótico no cuente con el significante "padre" o que el psicótico no pueda hablar de él, sino que no opera su función y en su lugar surgirán formaciones imaginarias o desde lo real como un modo de compensar el significante forcluido(12). Tal coyuntura puede ser sexual, social, transferencial, depende para cada sujeto, su invocación es heteróclita, es difícil calcular en que momentos de la biografía este significante sea requerido, por ello la importan-

cia del diagnóstico diferencial en la entrevistas preliminares.

El discurso psicótico quedará estructurado entonces sin un lugar que marque e inscriba simbólicamente el deseo. El significante del Nombre del Padre (no el padre imaginario), se encuentra forcluído, produciéndose una continuidad con el Otro. En la psicosis no hay corte con el Otro, en rigor no hay Otro, de ahí las dificultades transferenciales que Freud advertía en el tratamiento con los psicóticos y las características de su discurso así como la ocurrencia de los fenómenos psicóticos.

En el psicótico la falta de esta operación metafórica hace que las voces anticipen y comenten lo que se ha dicho o pensado y lo relevante es que no hay un sujeto que reconozca la voz como propia, es simplemente una voz que le habla y el mensaje en vez de volver invertido irrumpe directamente. Evidentemente aquí hay muchas variaciones clínicas, puesto que la paranoia y la esquizofrenia no son lo mismo, pero podemos suponer que la estructura discursiva psicótica en general permite que ante la falla en lo simbólico, lo real hable y lo imaginario eclosiona.

Lacan, en ese sentido, dice: “todo lo rehusado en el orden simbólico, en el sentido de la *Verwerfung* (forclusión), reaparece en lo real”(13).

El delirio viene a responder simbólicamente como una defensa frente a la irrupción del Otro, pero sin el Nombre del padre; tal construcción de metáfora delirante aparece sin un soporte significativo central, sin dirección, incoherente o cerrada en sí misma. Del mismo modo como la alucinación es sin un sujeto, solo voz y mirada que lo impelen profundamente sin escapatoria subjetiva.

ALGUNAS CONCLUSIONES PRELIMINARES

Lacan concluirá en este periodo que en las psicosis se aprecia una particular relación del sujeto

con el Otro muy distinta a las neurosis. El discurso del psicótico, revelará una lógica significativa diferente a la neurosis, es decir, la función del yo, del sujeto, del otro como semejante y el del gran Otro, o la batería de significantes se organizan de otro modo. En este periodo Lacan propone que psicosis y neurosis son estructuras clínicas excluyentes entre sí.

La estructura y economía psicótica, lejos de indicar simplemente un estado de fijación en alguna etapa del desarrollo de la libido, aparece como el resultado de lo que a partir de la lógica de la represión debería haber ocurrido con el Nombre del Padre; es decir, desde el *après coup* configuramos para el psicótico un: “aquí algo no pasó”. Freudianamente diremos: de la castración el sujeto nada quiere saber y con Lacan que el registro simbólico no se estructuró con el significante fálico en posición inconsciente debido a la forclusión del Nombre del Padre en el campo del Otro, lo que implica efectos en diferentes planos: a nivel del sentido de la realidad, del cuerpo, del deseo, de las relaciones con los semejantes, de la estructuración del yo, etc. Por todo ello, la psicosis daría cuenta de un efecto lógico en la estructura del lenguaje con consecuencias en el desarrollo subjetivo. Tal conceptualización implica que los fenómenos del lenguaje psicótico y las formaciones delirantes dejan de ser atribuibles a alteraciones de las facultades del yo, es decir homologables a los fenómenos de percepción, pensamiento, atención, etc. Se trata, de repensar estos fenómenos sacando del centro de la reflexión al sujeto considerado como una unidad y considerando la relación que tiene con el lenguaje.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lacan, Jacques, Ouverture de la section clinique en Ornicar? *Revue du champ freudien*, Avril 1977, p.12.

2. Lacan, Jacques, *Escritos I*. Edit. Siglo XXI, 1985. p.59.
3. Schreber, Daniel Paul, *Memorias de un enfermo nervioso*. Traducción de Ramón AlcaldeEditorial "Libros Perfil", Argentina, 1999.
4. Lacan, Jacques, *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. Ed. Siglo XXI, 1987.
5. Lacan, Jacques, Lo simbólico, lo imaginario y lo real, en *Los Nombres del Padre*. Paidós, 2005.
6. Lacan, Jacques, *El Seminario de Jacques Lacan, Libro 23, El Sinthome*. Edit. Paidós, 2006.
7. Jacques-Alain Miller y otros. *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*. Ed. Paidós, 2003, y *Las psicosis ordinarias*. Ed. Paidós, 2003.
8. Lacan, Jacques. De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis, en *Escritos II*, Ed. Siglo XXI. 1986.
9. Ídem, p. 527.
10. Freud, S. *Obras Completas*. Vol. XII. Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. Ed. Amorrortu, 1990, p.65.
11. Maleval, Jean-Claude, *La forclusión del Nombre del Padre*. Ed. Paidós. 2002, p.83.
12. Lacan extrae el término forclusión del derecho procesal para señalar una acción que no fue realizada en su momento y que ya no hay vuelta atrás. De esa forma traduce la expresión freudiana *Verwerfung* precisando que es un mecanismo distinto al de represión.
13. Lacan, Jacques. *El seminario de Jacques Lacan, Libro 3. Las Psicosis*. Ed. Paidós. p.24

Corresponedencia:
mreyesnet@gmail.com

“El pabellón N°6” de Antón Chéjov: moralidades que trascienden a la clínica

“Ward N ° 6” of Antón Chekhov: moralities that transcend the clinic

Sofía Baboun G.¹

*“El hombre que no percibe el drama de su propio fin
no está en la normalidad sino en la patología,
y tendría que tenderse en la camilla y dejarse curar”.*

C.G. Jung

RESUMEN

El presente artículo constituye un análisis crítico de la novela “El pabellón N° Seis” del médico, dramaturgo y escritor Antón Chéjov quien, desde un contexto situado en la Rusia Zarista, permite que el lector contemporáneo logre plantearse interrogantes en torno a cómo la práctica clínica psiquiátrica de esa época se replica en el mundo posmoderno circundante y hasta qué punto. Se utilizan para este análisis perspectivas teóricas tanto clínicas como filosóficas existenciales para intentar comprender la figura del médico junto con los aspectos éticos y morales.

Palabras clave: Ética, Moral, Chéjov, Dramaturgia, Práctica Clínica, Médico, Existencialismo.

ABSTRACT

This article is a critical analysis of the novel “The ward N ° Six” by the doctor, playwright and writer Antón Chéjov, who, from a context in the Tsarist Russia, allows the contemporary reader to ask questions about how the Psychiatric clinical practice of that time is replicated in the surrounding postmodern world, and to what extent. For this analysis, both theoretical and existential philosophical theoretical perspectives are used to try to understand the figure of the doctor along with the ethical and moral aspects.

Keywords: Ethics, Moral, Chekhov, Dramaturgy, Clinical Practice, Medical, Existentialism.

Se realiza análisis crítico en torno a la figura del médico a través de los años en un contexto hospitalario, donde el dramaturgo Antón Chéjov es el encargado de dar vida a un médico que será un catalizador de aspectos éticos y morales analógicos con la práctica clínica actual. Asimismo, un abordaje existencial se tornará fundamental para abarcar la temática expuesta.

¹ Psicóloga Clínica, Psicología Clínica Humanista Existencial, UCH. Psicóloga Centro MEMCH.

CONTEXTO E HISTORIA

Antón Chéjov (1860-1904) fue un médico, escritor y dramaturgo ruso, aunque en la medicina es donde más a gusto se sentía, de hecho, solía decir que era su esposa legal y la literatura tan solo su amante. Considerado como uno de los mejores escritores del realismo ruso, logró con audaz detallismo plasmar en sus obras lo sombrío de lo cotidiano en la vida, y al saber de medicina, con mayor detallismo fue capaz de plasmar los dolores y enfermedades del ser humano. Esto se ve en “El Pabellón N°6” en donde el lector logra conectarse con lo desgraciado de los personajes, su insondable sufrimiento, sus desvaríos, sus sentimientos de orfandad, esa cierta misantropía que se percibe en el hablar, la desazón que expresan en los diálogos, junto con una incompreensión por parte de ciertos personajes, que más adelante develaremos.

El Pabellón N°6 es una novela corta ambientada en la Rusia Zarista del siglo XIX, la cual sitúa al lector en un Hospital local, el cual es mantenido por un Zemstvo (organismo autónomo liberal que financiaba hospitales y centros de enseñanza a nivel provincial). Este Hospital se nos muestra descuidado, con un pobre financiamiento y escasos recursos; dentro de este Hospital, se encuentra el Pabellón número seis, destinado a enfermos mentales, un pabellón psiquiátrico. Es una habitación amplia, con camas fijas a las paredes y de un aspecto sombrío y repulsivo; y que mejor que citar al propio Chéjov para describir tal Pabellón: “*En el patio del hospital hay un pequeño pabellón rodeado de un verdadero bosque de cardos, ortigas y cáñamo silvestre. Su techumbre está oxidada, la chimenea medio caída, los escalones de la entrada se hallan podridos y cubiertos de hierba, y del yeso del enlucido no quedan más que las huellas. Su fachada da al hospital, y por la parte trasera empieza el campo, del que lo separa una valla gris coronada de clavos. Estos clavos, con las puntas hacia arriba, la valla y el propio pabellón tienen ese aspecto*

particular, triste y repulsivo, que en nuestro país solo se encuentra en los hospitales y las cárceles. Si no teméis que os piquen las ortigas, sigamos el estrecho sendero que lleva al pabellón y veremos qué pasa dentro. Abrimos la primera puerta y pasamos al zaguán. Aquí, junto a la pared y la estufa, hay verdaderas montañas de trastos y ropas. Colchonetas, viejas batas hechas un guiñapo, pantalones, camisas a rayas azules, zapatos rotos que no sirven para nada; todos estos harapos están amontonados, arrugados revueltos, medio podridos, y de ellos se emana un olor pestilente”.

Este hospital psiquiátrico está dirigido por el doctor Andrei Efímich Raguin, quien ama la erudición, la inteligencia y su anhelo es conocer a alguien con quien tener una buena conversación. El Dr. Raguin está al tanto de lo precario del pabellón, de la falta de materiales y el vago trato hacia los pacientes, pero éste no se inmuta, simplemente lo tolera; no tiene el suficiente carácter para dar órdenes y con sumisión pide el almuerzo y una cerveza por las tardes a la encargada de turno. A pesar de no amar su vocación, trabaja con recelo, desde la mañana hasta el atardecer y es bueno en lo que hace, diagnosticar. En el pueblo se rumoreaba que él era el mejor diagnosticando, y ahí partían ellas, las señoras del pueblo, las cuáles con certeza sabían que él tendría el diagnóstico correcto a sus dolencias.

El Dr. Raguin tiene tan solo un amigo, el jefe de correos Mijaíl Averíanich, la única persona en toda la ciudad quien no fastidia al Dr. Raguin con su compañía. Va generalmente a visitarlo, conversan en su despacho, mientras fuman y beben una cerveza, aunque generalmente, el Dr. Raguin es quien inicia la conversación y ya luego Mijaíl sigue por sí solo, hablando sin pausa alguna.

Cuando el Dr. Raguin está sin pacientes o sin la compañía de su amigo Mijaíl, éste se va a su des-

pacho, y pasa largas horas leyendo, deteniéndose en cada párrafo, como si lo saboreara y jugara con él en su paladar, para luego así, pasar al próximo párrafo; aunque luego de un tiempo, cesó de acudir diariamente al hospital, cansado de la cotidianidad y de atender maquinalmente a los pacientes; así se recluía en su hogar, a leer, pero en compañía de un vodka, su querido vaso de vodka, el cual hacía más tenues sus tardes, cansado del tedio de estar en un hospital falto de moral y calidez.

A falta de personal, llegó para ayudar el Dr. Jobotov, un joven médico que envidia en secreto al Dr. Raguin, y quien con gusto lo sustituiría; se molesta con la falta de procedimientos del hospital, pero prefiere callar, para no pasar a llevar al Dr. Raguin. También está el practicante Serguei, siempre bien vestido, ambicioso y muy religioso.

De regreso al pabellón número seis, nos encontramos con los internos, y Nikita. En la actualidad, Nikita vendría siendo algo así como un A.T (asistente terapéutico o de tratamiento), cosa que claramente no representa.

Nikita es un hombre muy alto y rígido, suele robarles a los internos y agredirlos si estos no se comportan, tanto física como verbalmente. Está siempre de pie vigilando que todos estén en sus lugares y no causando alboroto; lo que más tiene, es una gran falta de ética.

Dentro del pabellón, tenemos a cinco internos. El primero, es un hombre alto y flaco, que siempre está con la mirada fija en el vacío, día y noche está sumido en la tristeza, a veces menea la cabeza, emana un suspiro y ríe de manera agria; cuando ve a gente conversando, este se inmiscuye, mas si le preguntan, no contesta. Se alimenta solo si le dan de comer y beber, si no, es probable que moriría por inanición, se sospecha que tiene principios de Tisis, por su tos desgarrante, su extrema delgadez y el peculiar color de sus mejillas.

El segundo interno, es un viejo pequeño y “vivaracho”, el cual nunca deja de moverse, va todo el día de una ventana a la otra, o también, puede ser que esté sentado en posición de loto en su cama, por horas, silbando, cantando a mediana voz, o riendo suavemente. Por las noches se levanta a rezar, lo cual consiste en golpearse el pecho; su nombre es Moiseika y es judío, solo a él se le permite salir a la calle, y cuando lo hace, pide limosnas y comida, la cual comparte con sus compañeros, ya que a pesar de todo es muy servicial y gentil; le fascina hacer favores.

El tercer interno, es un hombre adiposo y sucio; se dice que ha perdido la capacidad de pensar y sentir. De él emana siempre un mal olor, y cuando Nikita lo golpea, este no se inmuta, no se mueve, se queda fijo, por más dolor que sienta.

El cuarto interno es un hombre que años anteriores sirvió a Correos y seleccionaba cartas. Siempre anda condecorado, con sus insignias. Su mayor anhelo, es ser más condecorado aun, y guarda con recelo, algo bajo su almohada, y a veces se pone a mirar por la ventana con “eso” entre sus manos.

El último y principal interno en esta historia, es Iván Dmítrich Grómov. Un joven diagnosticado con Manía Persecutoria, quien logra fascinar y deslumbrar al Dr. Raguin con sus conversaciones y reflexiones.

El Dr. Raguin empieza a ir seguido al pabellón número seis solo para conversar con Dmítrich; podían pasar horas y ahí estaban los dos, sentados uno junto al otro en la cama de Dmítrich.

El Dr. Raguin encontró en Dmítrich a esa persona con quien tener una buena conversación que tanto buscó. Dmítrich le preguntaba sobre lo que sucedía en el exterior, a lo que el Dr. Le respondía, y así hablaban de filosofía, del comportamiento humano, de la naturaleza del alma, de la cotidianidad, si acaso ellos que estaban

encerrados eran los locos o viceversa; una cosmovisión que deslumbraba al solo escucharse.

El Dr. Raguin empieza a cuestionarse y reflexionar en torno a la existencia, su existencia, y así empieza a ir todos los días al pabellón; deja las charlas con su amigo Mijaíl las cuales ya no le satisfacían, le molestaban, le daba rabia escucharlo. Así, el Dr. Jobotov junto al director, le hacen un examen de realidad, al cual el Dr. Raguin responde bien, por lo que no encuentran criterio suficiente para internarlo, pensando que estaba “loco”. A lo que su amigo Mijaíl lo lleva de vacaciones, aunque estas no sirvieron, de hecho, molestaron más aun a el Dr. Raguin. De este modo, el Dr. Jobotov le empieza a dar medicamentos y logra internarlo en contra de su voluntad, ya que lo llevó engañado al pabellón. El Dr. Raguin, ya interno, es golpeado por Nikita y pronto muere de apoplejía en el pabellón número seis.

MÉDICO Y PACIENTE

Chéjov, con esta interesante obra literaria, nos da a conocer su cosmovisión. En Dmítrich vemos a esta especie de loco cuerdo, quién tuvo una vida llena de sufrimientos, víctima de un sistema de salud precario y sombrío, insensible y brutal que lo tendrá encerrado de por vida; así se nos da una mirada analítica y sumamente crítica que se relaciona de un modo inminente con la figura del doctor. Esto hace surgir la interrogante acerca del cuidado que debe tener la figura del médico en torno a la relación con sus pacientes, el saber poner límites, los mecanismos utilizados en tal relación, así como el fenómeno de la transferencia, inherente- hasta cierto punto- en la relación médico paciente. En el texto, se logra apreciar la transferencia entre los dos personajes principales, el médico psiquiatra Raguin, y el paciente Dmítrich, lo que nos lleva a destacar la importancia del conocimiento que debe haber acerca de la transferencia en la práctica psiquiátrica. Durante cualquier proceso terapéutico, lo que se encuentra almacenado en el inconsciente

se encuentra en constante movimiento, haciendo emerger diversos contenidos a la conciencia, aunque en este proceso es cuando surgen los diversos mecanismos de defensa como la represión y las resistencias, repitiéndose y actuándolas constantemente. De este modo, lo que se transfiere es aquel contenido inconsciente que se repite y el cual no se está llevando a la conciencia, ya sea una emoción, vivencia o experiencia. El médico es quien recibe esto, y en este caso, el psiquiatra Raguin está en una constante transferencia y contratransferencia con Dmítrich, lo que incita la repetición y bloqueo por parte de ambas partes, negando así la posibilidad de “sanación”, ni del uno ni del otro. El Dr. Raguin no fue consciente de este proceso, entrando en una especie de recursividad con Dmítrich. ¿Quién es el paciente y quién es el médico? La respuesta a esta interrogante es compleja, y queda abierta.

Desde una mirada fenomenológica, el momento terapéutico se basa en un contexto único compuesto por la interacción intersubjetiva continua de –en este caso- dos “fenomenologías” diferentes. Tanto el paciente como el médico en calidad de sujetos, se encuentran sumergidos en el flujo inevitable de sus experiencias respectivas de la situación relacional, así como con respecto al otro en el correr de cada sesión. El Dr. Raguin pudo apreciar los contenidos del mundo interno de Dmítrich tal como este los comunicaba con palabras y manifestaciones intencionales, esto Raguin lo percibió teniendo consciencia de su propio mundo interno y del mundo compartido de significados que se fueron desarrollando a lo largo de todas las conversaciones con Dmítrich; en este sentido, todo lo explorado por ambos no tuvo una independencia de sí, es decir, no fue un proceso propio de Dmítrich, ya que Raguin se sumergió en ese proceso, hizo “simbiosis”, fue un proceso vincular al principio, que los involucró a ambos, para ya luego seguir cada uno con sus campos fenoménicos, es decir, Dmítrich siguió con sus ideas fijas, y Raguin intentaba hacer suya la vivencia de Dmítrich, buscando validez y

aprobación de su mundo psíquico e interno. Se da pie entonces a la intersubjetividad del proceso en el que se comparten nuestros conocimientos con otros en el mundo de la vida.

A momentos se nos muestra un Raguin ensimismado en su figura de médico, pero a medida que avanza la historia, se nos muestra a un Raguin que poco a poco va tomando la forma de paciente, de querer ser escuchado y hablar, hasta el punto de olvidar la razón y lo que esta mueve, evidenciando así una detención en su desarrollo personal. Respecto a esto último, otra interrogante ve la luz ¿Fue acaso, una detención de su ciclo vital el hecho de ahondar en su existencia, sus emociones, sus deseos más ocultos y reprimidos? Desde la psiquiatría, se podría hablar de un quiebre, dado que luego vino la “enfermedad”, pero desde una visión más existencialista, este quiebre al que se hace referencia, se podría ver como el inicio de una búsqueda, búsqueda que consistió en el intento de descifrar la existencia, y con ella, su esencia. Como dice Heidegger *“Todo preguntar es un buscar, pero una búsqueda que señala en dirección de lo preguntado”*.

Búsqueda que fue compartida, obviando títulos y estatutos, tan solo dos seres humanos que al fin y al cabo buscaban lo mismo, pero uno de estos, el Dr. Raguin, tan solo se dio cuenta de esta búsqueda cuando su vida se vio carente de sentido, y ya luego, vino la muerte. Citando a Séneca *“La muerte es un castigo para algunos, para otros un regalo, y para muchos un favor”*. Para Raguin, quizás la muerte ya tan solo fue un favor; no fue castigo dado que Raguin al estar privado de su conversación con Dmítrich, no era feliz; tampoco fue un regalo, ya que no era algo que buscara como principal objetivo en ese momento; pero sí fue un favor, ya que en las condiciones en las que se encontraba, a causa de todo el contexto, de nada servía vivir sin esa búsqueda que tanto anhelaba y al ser privado de encontrar respuesta, tan solo la muerte sería un favor para él.

EL MÉDICO Y SU DIAGNÓSTICO

Cabe mencionar a priori, que el Dr. Raguin, fue quien en un principio internó a Dmítrich cuando este empezó a padecer de manía persecutoria. Citando al Dr. Raguin cuando fue a visitarlo: *“Es imposible hacer nada cuando la gente quiere volverse loca”*.

Claramente jamás el Dr. Raguin se hubiese imaginado que “esa persona que quería volverse loca” sería quien lo inspiraría y haría replantearse totalmente su vida, hasta el punto de la “locura” e “internación”. Pero ¿fue aquello del Dr. Raguin una locura, un “desvarío”? Quién puede decir que se volvió loco, o si acaso fue tan solo una neurosis depresiva; el hecho de replantearse lo mundano de la existencia, la frialdad y la falta de escrúpulos por parte del hospital bien puede ser pensado por otro sin necesariamente llevarlo a la locura. Además, el Dr. Raguin bebía, y nunca estuvo feliz de estudiar medicina, llevando así de por vida ese vacío existencial que intentó llenar con las conversaciones que mantenía con Dmítrich. Raguin estaba en cierta heurística, ese arte de buscar y querer encontrar, pero en este caso, referido a una heurística existencial, ya que, de conocimientos teóricos, Raguin ya estaba saturado, un erudito *per se*. Raguin estaba en un momento de intereses emancipatorios, basados en la búsqueda de autonomía y libertad, del ser; esa necesidad de liberar a los demás de ideas o creencias que él encontraba falsas o erróneas estaba latente, así como erradicar la distorsión en la comunicación que se daba en el hospital, junto con coercitividad en lo social.

El Dr. Raguin constantemente utilizaba como mecanismo de defensa la racionalización, para poder subsistir y existir en esa vida carente de sentido alguno la cual llevaba, hasta que conoció a Dmítrich. Se puede ver de diversos modos al Dr. Raguin, ya sea como un hombre que trabaja en algo que no le apasiona, que bebe alcohol para ahogar su consciencia, y lee para

escapar de la realidad, su realidad, un neurótico depresivo del siglo XXI; o podemos a ver a un hombre, que encuentra en un paranoico a alguien con quien hablar, a alguien con quien filosofar, alguien que se muestra tal cual es. Lo que da pie a que Raguin empiece a cuestionarse su vida y la vida en general. El por qué seguir por algo que no se quiere, el por qué acatar y obedecer, el por qué dejar de lado la felicidad, la propia felicidad.

La cotidianeidad mecanicista era algo que molestaba demasiado al Dr. Raguin, algo que se da hasta el día de hoy en la sociedad; el poder encontrar el objeto de nuestros afectos. Ese tedio que produce el día a día, la desidia implícita en la rutina, lo que hace al ser humano, personificado por el Dr. Raguin conectarse con ese nihilismo que está latente, y buscar, buscar esa verdad que tanto se anhela, pero se cree, ha desvanecido.

De este modo, surge la pregunta ¿Cuál es la hipótesis diagnóstica más plausible para el Dr. Raguin?

Desde una visión fenomenológica y apreciando en su totalidad el estado psíquico del Dr. Raguin, se podría decir que padece de una neurosis depresiva. Esto dado que, respecto a la constitución de su vivencia, el criterio de intencionalidad de su conflicto psíquico tiene a la cabecera una leve conciencia de que algo le sucede. Esto se observa en el relato que da en los diálogos con Dmítrich, en donde empieza a cuestionarse sobre la vida que lleva y logra darse cuenta del conflicto psíquico que le provoca el hecho de tan solo cuestionarse acerca de lo que se vive en el hospital, lo precario y la falta de humanidad por parte de los funcionarios. Así decide buscar respuestas en la filosofía, refugiarse en ella y llegar a la conclusión, de que de un modo inminente pronto él mismo será parte de la enfermedad colectiva que poco a poco azota a la humanidad (su visión de humanidad). Respecto al criterio de comunicabilidad, la expresión de

su propia vivencia, se logra ver cómo en un primer momento Raguin utiliza un lenguaje comunicativo, interesándose en hablar, pero sin una preocupación propiamente tal como para que el otro logre entenderle, esto podemos apreciarlo cuando Raguin comenta que en veinte años no ha encontrado más que a una persona inteligente en todo el pueblo, y que esa persona es un lunático; así, de un modo u otro, intenta dar a entender que lo que padece, no se orienta a una enfermedad mental en sí, sino algo más existencial basado en la conciencia que posee en torno al saber que en toda su vida jamás había logrado reflexionar de un modo tan fundamental como hasta el momento en que inicia sus diálogos nocturnos con Dmítrich, considerándolo de una magna inteligencia; así Raguin se cuestiona lo banal de la vida y la realidad psiquiátrica en torno a ésta, logrando nuevas ideas y teorías a su saber. Es menester mencionar también, a modo de apoyo al diagnóstico, que el examen de realidad que se le hizo da cuenta que su juicio de realidad está mantenido, respondió correctamente a las preguntas temporo-espaciales. El fenómeno global observado en Raguin, muestra como progresivamente se va desinteresando de ciertas cosas, tales como el viaje a Varsovia con su amigo, en donde no le producía mayor interés el hecho de que las *strippers* visitadas se quitaran la ropa frente a sus ojos, pero su argumentación era razonable desde su percepción, la cual consistía en que aquello era algo banal, que rodea al mundo y así pone de manifiesto su deseo de estar solo. En su discurso neurótico, se logra apreciar un gran contenido tanto filosófico como existencialista, aunque no hay que dejar de mencionar los rasgos previos a su encuentro con Dmítrich; Raguin bebía alcohol recurrentemente y aunque siempre fue algo retraído e introvertido, luego de conocer a Dmítrich se empezó a retraer más aún, exacerbando así sus rasgos depresivos premórbidos.

Como se planteó en un inicio, es una hipótesis diagnóstica, abierta a refutaciones, dado que es

menester el no tiranizar el diagnóstico, no darle esa calidad de imperialista dentro de un contexto que se supone, es terapéutico.

Mas, dicho todo lo anterior, es menester plantear el supuesto de si acaso, el Dr. Raguin fue enfermado, fue una víctima. A lo largo del relato, Raguin se muestra con síntomas de agobio, tedio, cansancio, estrés, astenia, jaquecas, nerviosismo, bradipsiquia a momentos, así como luego taquipsiquia; esto podría hablarnos de un malestar en torno al hospital y cómo este y su empleo tuvieron repercusión en su día a día; esto nos da pie a comprender que entre los motivos causantes de tales síntomas, podría encontrarse el modo poco humanitario de trato del hospital, la falta de comunidad en torno al protagonista y el maltrato observado por Raguin. Dicho esto, la aporía es inminente, ya no había salida para Raguin, era algo intransitable, induciendo así su búsqueda a un escape, en este caso, Dmítrich, quién de uno u otro modo, lo acompañó en un camino el cual tenía por salida la muerte, mas la muerte como una liberación de malestar, el hundirse en el océano de la vacuidad del pensamiento, el dejar de preocuparse por esa sensatez que a momentos se desvaneció, el dejar de frenar aquellos impulsos a veces necesarios para sentirse libre –enfermedad como privación de libertad-, simplemente dejarse inundar por la pasión, emoción y locura que tanto se temen, para luego así sentirse libre, dejando de estar, pero sin dejar de ser. Cómo dice Albert Camus en *Carnets* “Solo hay una libertad para convenir en buenos términos con la muerte. Después de esto, todo es posible”.

APRECIACIONES MORALES

Esta obra nos muestra sin pena, el como un médico se preocupa por su paciente, por el contenido de su relato; y cómo un escritor, Chéjov, logra plasmar lo médico en la literatura, plasmó a la perfección sus alteraciones patológicas transformándolas en letras; como vemos la relación mé-

dico paciente inherente en la bioética. Con esto último, cabe mencionar cómo la ética se hace presente hasta en esta historia. Primero tenemos a un médico que se olvida de los límites que implica ser una figura de autoridad en términos de salud; y un hospital que pasa a llevar los derechos humanos de sus internos. Raguin estaba tan inmerso en su vacío interno que, al encontrar respuestas en el relato de su paciente, dejó de lado su labor, “se sacó el delantal blanco”, obvió la salud mental de su paciente, y poco a poco se vio inmerso en conversaciones de las cuales no pudo huir. Quizás hizo falta un psiquiatra mentor al cual Raguin pudiese haber acudido al percatarse de estas ganas voraces por estar con Dmítrich, o supervisión por parte del hospital; así como la supervisión que no hubo en torno al trato de los internos. No hay que olvidar, que los médicos que le hicieron el examen de realidad al Dr. Raguin fueron escuetos en su modalidad diagnóstica, la exploración psicopatológica fue pobre, careciendo de fiabilidad al quedarse tan solo con esa prueba de realidad, dejando como válido algo que no lo es, algo que hasta el propio Raguin notaba, de hecho, en los inicios de su relato, comenta que los médicos psiquiatras residentes nada sabían de psiquiatría; en ningún momento se vio que fuesen recurrentemente al pabellón número seis a ver a los internos, simplemente, no iban.

Los golpes, los robos y la despreocupación por parte de los funcionarios hacia los internos son una cuestión desgarrante pero no obsoleta. El hecho de tener cuidadores que golpean a un psicótico cuándo éste se descompensa nos habla de falta de educación, el cómo enfrentar tales hechos. Chéjov refleja a la perfección tales abusos y debería servir de inspiración y enseñanza para promover cursos de perfeccionamiento respecto al trato y cuidado de pacientes internos en situaciones de crisis, así como promover la confianza y supervisión entre médicos, el apoyo como algo fundamental.

Vemos también en la historia una crítica del funcionar de los hospitales de la Rusia Zarista, pero lo lamentable, es que no difiere demasiado de los hospitales de ciertos lugares del mundo en donde por falta de recursos o de vocación-interés por parte de algunos, siguen funcionando de la misma manera; pero específicamente, la forma de tratar a los enfermos. Cuantos “Nikita” existen hoy en día, que se aprovechan del enfermo, vulnerando sus derechos a la vista y paciencia de todos.

En esta cita del texto se ve algo de lo expuesto anteriormente: *“Quienes en razón de su cargo deben tratar con los sufrimientos ajenos, por ejemplo, los jueces, los policías y los médicos, con el tiempo, por la fuerza de la costumbre, se insensibilizan hasta tal extremo que, aunque lo quisieran, no pueden mirar a sus clientes más que de un modo formal; por otra parte, no se diferencian en nada del mujik que, en el corral, degüella carneros y becerros sin reparar en la sangre. Con esa actitud formal e insensible hacia la persona, para desposeer a un inocente de todos sus derechos y bienes y condenarlo a presidio, el juez no necesita más que una cosa: tiempo. Solo tiempo para observar ciertas formalidades, por lo cual le abonaban su sueldo, y luego todo había terminado”*.

¿ACASO LO CITADO ANTERIORMENTE NO TIENE RAZÓN ALGUNA?

Al tratar con el sufrimiento de otro a lo largo de toda la vida en una profesión, se suele ver como algunos se insensibilizan al respecto y dejan de ver a ese otro como ser humano y lo empiezan a ver como un mero número más en la lista. O como en el caso del protagonista, se conectan demasiado y pasan a hacer suyos tales sufrimientos; por eso hay un límite que hay que respetar, una brecha; no hay que dejar de sentir por completo, pero tampoco sentir en totalidad. En el Dr. Raguin vemos como no pudo encontrar el equilibrio y se conectó en exceso con el dolor de

su paciente, o en Nikita, que no hubo conexión alguna con los internos a su cargo, vulnerando sus derechos y tratándolos como un mero número; así lo esencial reside en encontrar el equilibrio, pero el trabajo no es personal únicamente, sino colectivo. Un hospital es un organismo compuesto de diversas entidades las cuales en conjunto logran la estabilidad, pero si un aspecto de este, ya sea el más mínimo, no cumple con lo básico estipulado como no vulnerar los derechos del paciente, es imposible que funcione bien en su totalidad, ya sea desde la limpieza hasta el trato a los internos, todo forma parte de un sistema, sistema que es fundamental en el ser humano ya que sin salud se hace imposible el poder seguir; y todo este desconcierto se ve en el relato de Raguin, como cuando dice que su única enfermedad fue que en veinte años, solo encontró a una persona inteligente, y la única que halló, estaba loca.

El sinsentido se hace presente, ese abismo indiferenciado que subyace la realidad, de un sinfondo en donde el lenguaje solo puede involucionar; cuando el lenguaje se ve amenazado y el sentido tan solo delimita; mas tan solo desde este sinsentido se será capaz de dar una donación de sentido, ya que es en el caos y la confusión en donde se puede crear para dar pie a la expresión. El sinsentido es la esperanza de libertad, verdadera libertad, que servirá para incitar a percibir el mundo circundante como un particular albergue de múltiples sentidos que están en nuestras manos, para usarlos en nuestra existencia y sus diversos ámbitos.

Al final de la historia, lo que se ve es que nadie está a salvo del encierro, ni el médico, que se supone es una figura profesional primordial, una pieza de este rompecabezas sanitario, que a momentos parece trabajar para una maniobra psicosocial y política de control, manejo y poder. Se puede vislumbrar el poder sancionador y represivo en donde las divergencias psíquicas y las desviaciones de tipo conductual se castigan

con reclusión. Como plantea Foucault *“Hay que admitir que el poder produce saber; que poder y saber se implican directamente uno al otro; que no existe relación de poder sin constitución correlativa de un campo de saber ni de saber que no suponga y no constituya al mismo tiempo relaciones de poder”* (Foucault, 1982).

CONCLUSIONES

Esta obra ejemplar de Chéjov aparte de evidenciar un gran contenido valórico, filosófico y existencial, nos muestra la grandiosidad literaria de este escritor. Chéjov se enfrentó a la nada y al vacío, descubrió la libertad en su obra literaria y en sus palabras la verdad, su verdad, de la cual hemos sido testigos. Aquello sin explicación, raro, grandioso que se encuentra en nuestro interior, en la imaginación *per se*, lo hemos logrado apreciar en esta obra; sublime, si se toma en cuenta que el modernismo y lo contemporáneo de la sociedad nos hace olvidar aquello. Simbólicamente hablando, Chéjov da un mensaje de esperanza; ya que al morir el protagonista Dr. Raguin, nos devela la muerte simbólica de todo lo nefasto, oscuro y triste visto en su obra; pensar la muerte como una promesa, un vaticinio de un nuevo comienzo o punto de inicio, ya sea en la medicina, en la vida hospitalaria o hasta en el existencialismo, eso queda a interpretación propia. La viveza y sinceridad con que está escrita da fácilmente pie a conectarse con lo interno de los personajes, sus divergencias ya sean psíquicas o no, sus deseos, sus miedos y sobre todo, conectarse con el trasfondo del relato y pensar en él. Además, se ve que la búsqueda existencial no está obsoleta y que al parecer siempre estará, y en este caso, no solo la vemos en los personajes, sino en el mismo Chéjov, que, de una forma u otra, nos devela su mundo interno a través de esta obra que da pie a una insondable reflexión.

En torno a la empatía, esta se ve mermada en el relato, no está presente en la forma en que se trató a los internos, ni en cómo se abordaban sus

patologías; así como la falta de profesionalismo práctico, preparación y disposición no fueron suficientes, dando pie a diagnósticos equívocos. La empatía es fundamental en la práctica clínica, ya que todos hemos estado enfermos, y si no, se estará; no se puede ser egoísta y excluir al otro en su calidad de enfermo, hay que solidarizar y acompañarlo en esa vivencia, tomando en cuenta que el “otro” es mucho más que la vivencia en sí; es alguien que es y está en el mundo, mundo que compartimos y que, aunque se quiera, no se le puede excluir. Esto es fundamental tomando en cuenta los principios básicos, como es el querer ayudar a sanar al otro; otro que padece, que sufre y que todo lo que le sucede tiene repercusión en su vida, repercusiones que a la vez, si no se trabajan, pueden poner en riesgo esa vida, esa existencia, ese estar.

Desde una mirada Jaspersiana, Chéjov nos muestra sin tapujos la existencia del ser en su mundo, la expresión de su alma en sus palabras y el modo de plasmarlas; adentrándonos en su tono, estilo y su tan particular atmósfera, que a pocos deja ajenos, todo se queda en la expresión. Vemos al hombre y como este se comporta *en su mundo*, y a la vez en su filosofía; de este modo estimo certero finalizar con este extracto de “Psicopatología General” de Karl Jaspers, el cual no es lejano a la realidad de la psiquiatría actual.

“...Pero la exclusión de la filosofía es funesta, no obstante, para la psiquiatría...La actitud interior del médico es dependiente de la especie y del grado de un autoesclarecimiento, de la fuerza y de la claridad de su voluntad de comunión, de la presencia de una substancia de fe dirigente, humana, llena de contenido. Por tanto, la filosofía crea el espacio en el que tiene lugar todo saber, adquiere medida y límites y el terreno, en que puede mantenerse volverse práctico, recibe así contenido y significación” (Jaspers, 1913, pp, 848)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Camus, A. El mito de Sísifo. Argentina: Losada, 1953.
2. Camus, A. Carnets. T.2. Madrid: Alianza, 1985.
3. Chéjov, A. Novelas Cortas. México: Porrúa, 1993.
4. Deleuze, G. Lógica del sentido. Barcelona: Paidós, 2005.
5. Foucault, M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Argentina: Siglo veintiuno editores, 1976.
6. Husserl, E. Invitación a la Fenomenología. Barcelona: Paidós, 1992.
7. Jaspers, K. Psicopatología General. 2ª ed. México: Fondo de Cultura Económica, 1913.
8. Jung, C. G. La psicología de la Transferencia. España: Paidós Ibérica, 1983.
9. Yáñez, A. El tiempo y lo imaginario. México: Fondo de Cultura Económica, 2011.

Correspondencia:
sophiebaboun@gmail.com

Historia de la Psiquiatría Argentina

History of Argentinian Psychiatry

Enrique Escobar M.¹

RESUMEN

Los pueblos primitivos reconocían y trataban trastornos mentales. Al comienzo del siglo XIX se fundó la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires donde estudiaron los futuros alienistas bajo la influencia de la escuela francesa. En ella se formaron sucesivos médicos alienistas como Diego Alcorta, Ventura Bosch, Domingo Cabred, José Ingenieros, Guillermo Vidal y Enrique Pichón Rivière. La primera tesis de Diego Alcorta "Disertación sobre la Manía Aguda" fue publicada en 1827. En ese mismo siglo se fundaron los primeros asilos. Ya en el siglo XX aparecerá la psiquiatría alemana, las terapias farmacológicas, las terapias cognitivo conductuales, y las tentativas de desinstitucionalización como parte de la psiquiatría comunitaria. Entre tanto el movimiento psicoanalítico se desarrolló con gran facilidad en la segunda mitad del siglo XX fundándose la A.P.A. el 15 de Diciembre de 1942. Guillermo Vidal participó en la publicación de Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina y de la Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Edmundo Fischer en 1964 ordena una ciencia psicofarmacológica. Las corrientes antipsiquiátrica, comunitarias y conductuales no parecen importantes en la psiquiatría argentina.

Palabras clave: Evolución, Psiquiatría, Argentina.

ABSTRACT

Primitive town recognized and treated mental disorders. At beginning of XIX century was founded Medicine Faculty of Universidad de Buenos Aires. There studied the future alienist influence for french experience as Diego Alcorta, Ventura Bosch, Domingo Cabred, José Ingenieros, Guillermo Vidal y Enrique Pichón Rivière. The first thesis of Diego Alcorta "Dissertation over Acute Mania" was published on 1827. On there same century was founded the firsts asylum. Already in XX century appeared german psychiatric, pharmacology therapy, cognitive – conductual therapy and attempt to deinstitutionalization as part of Therapeutic community. Meanwhile psychoanalytic movement it development with grand facility on second half of XX century establishing the APA on 15 December of 1942. Guillermo Vidal participated on publication of Acta Psiquiátrica y Psicológica of Latin American and Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. In 1964, Edmundo Fischer puts psychopharmacology in place. Antipsychiatry, community therapy and conductual therapy do not appear to not appear to have to have a significant role in Argentinian psychiatry.

Keywords: Evolution, Psychiatric, Argentine.

¹ Psiquiatra. Arturo Ureta 1511, Vitacura, Santiago

INTRODUCCIÓN

La influencia extranjera en la psiquiatría chilena estudiada en otro trabajo, reveló que predominó la escuela francesa al comienzo del siglo XIX, luego la alemana en el XX y, mucho menos relevante, la española (1,2). Sin embargo, antes de terminar el siglo XX y claramente en el siglo XXI predomina la de los EEUU. Interesados en conocer lo sucedido en otros países latinos hemos decidido ir estudiándolos - comenzando con Argentina - mediante la literatura correspondiente y los medios digitales a nuestro alcance.

DESARROLLO

La Independencia del Imperio Español se consolida desde 1816 debiendo incluso rechazar dos expediciones inglesas. Los antiguos indígenas son exterminados, hecho que influye en la reducida población. Solo Buenos Aires supera los 40000 habitantes mientras que otras, de cierta importancia, son Córdoba, Rosario y Mendoza. Por ese motivo, solo en la capital se construye un hospital general - El hospital San Martín - en 1611 al cual se adosa una loquería; una sala para enfermos mentales poco usada por que los familiares prefieren que vivan en sus hogares a excepción de los violentos. Sus habitantes criollos, es decir mezcla de los españoles con mujeres indígenas van conformando la población del país y utilizan para sus enfermos mentales diversos tipos de terapia que a continuación describiremos.

Antes de su exterminio, los indígenas, los guaraníes, los quechuas y los araucanos distinguían algunas enfermedades mentales como la expansiva, la melancolía, la embriaguez alcohólica y la psicosis. Su tratamiento fundado en la teoría de la posesión de espíritus malignos es tratada con ceremonias donde el brujo y el paciente bailan bajo la influencia de drogas como la Belladona, la Coca y la Datura, rica esta última en Alcaloides (3).

Cuando se trata de españoles, el tratamiento está a cargo de sacerdotes buscando la curación mediante la oración, distinguiendo tres grupos de enfermos: los furiosos recluidos, tratados con rudeza y tortura, ayunos y baños; los deprimidos residen en su casa y los tranquilos, algunos graciosos, servirían al Inca primero y luego al Virrey como bufones.

En 1748 se reemplaza el antiguo hospital por uno nuevo el Hospital de Santa Catalina atendido por religiosos de Nuestra Señora de Belén. La gente pudiente mantiene a sus enfermos instalados en la casa o en el campo pues por vergüenza no los llevan al Hospital. José Ingenieros calcula que en total existen 200 pacientes en Buenos Aires alrededor del año 1810. En vista de la ausencia de médicos, el virrey Vértis obliga a un médico embarcado, Miguel O'Gorman a quedarse en Buenos Aires para atender a los pacientes. También crea un Protomedicato que forme más médicos a cargo también del Dr. O'Gorman quien había estudiado en París y Reims logrando acreditar su título en Madrid. El protomedicato desaparece 1822 y pasa a formar parte de la Universidad de Buenos Aires durante el gobierno de Bernardino Rivadavia. El profesor de medicina era Cosme Argeyich y su primer egresado fue Diego Alcorta cuya tesis "Disertación sobre la Manía Aguda" publicada en 1827 fue la primera publicación de Sudamérica donde se estudia la anatomopatología y la enfermedad mental respectiva. Alcorta nació en Buenos Aires el 11 de Noviembre y falleció en la misma ciudad el 7 de Enero de 1842 (4). De origen humilde, fue gracias a la ayuda filantrópica que pudo iniciar sus estudios humanísticos con Francisco Argerich y de Medicina entre 1823 y 1827 recibiendo con la tesis ya citada. En ésta afirma que la enfermedad de naturaleza orgánica necesitaba una psicoterapia como tratamiento principal. La tesis de Alcorta conocedor de la obra de Pinel, se centra en la nosografía y en la clínica más que en aspectos terapéuticos o el tratamiento moral. Además de alienista, estudió y enseñó filosofía en la Univer-

sidad de Buenos Aires y también fue parlamentario. Su pensamiento filosófico tenía la influencia John Locke y Etienne Bonnet de Condillac.

Alcorta también estudió y enseñó filosofía (entonces se llamaba ideología) en la Universidad junto a Juan Crisóstomo Lafinur y Juan Manuel Fernández de Agüero. Ascendido al poder el tirano J. M. Rosas, gobierno que se extiende de 1829 a 1852, prohíbe a las sociedades filantrópicas que ayuden a administrar hospitales y luego reduce el financiamiento estatal, abandonándose toda actividad de salud pública y llevando al deterioro de los hospitales. Los pacientes psiquiátricos viven encerrados sufriendo la más grave miseria que describen Meléndez y Coni (5).

Desde la segunda mitad del siglo XIX, la medicina europea se hace presente en Argentina siendo conocidos el químico Lavoisier, la anatomía de Castells y de Lavaca y la medicina clínica de Cullen y de Grégori. Destituído Rosas se dicta una Constitución en 1853. El segundo alienista, el Dr. Ventura Bosch, nació en el 14 de Julio de 1814 en Buenos Aires y falleció en esa misma ciudad, víctima de la epidemia de cólera contra la cual luchaba, el 7 de Febrero de 1871. Terminados sus estudios humanísticos ingreso a estudiar Medicina graduándose en 1835. Participó de la docencia incluso antes de recibirse. Viajó a Europa en 1851, volviendo al terminar la dictadura de Rosas (6,7). Junto a una política, Tomasa Vélez Sársfield, crean en 1854 el primer establecimiento público para enfermos mentales imbuidos de la influencia francesa con Pinel y Esquirol que reciben 68 enfermos y a principios del siglo XX albergará a 2000 enfermos. Luego fue nominado como el Hospital Braulio A. Moyano para mujeres implementando medidas de rehabilitación con Osvaldo Eguía (1826 -1897) que será el maestro de Domingo Cabred. En cuanto a los varones que son recibidos gracias a la iniciativa del mismo Bosch en el hospicio San Buena Ventura que cambiará su nombre hasta el actual Hospital J. T. Borda a partir de 1967. Am-

bos hospitales se financiaron con la intervención de Bosch que pertenece a una sociedad filantrópica e influye en la Sociedad de Beneficiencia para financiar los dos hospitales. Según Bosch los pacientes deben trabajar en talleres y realizar prácticas religiosas, pues la locura sigue relacionada con el pecado. Hacia el fin del siglo XIX acuden a Argentina bastantes emigrantes a los que no les es fácil conseguir trabajo, engendrándose nuevos problemas en los centros urbanos y en la atención sanitaria.

En 1892, Domingo Cabred nacido en Corrientes 1859 y fallecido en Buenos Aires en 1929 se recibió como Doctor en Medicina en la Universidad de Buenos Aires en 1881, con una tesis titulada "Contribución al estudio de la locura refleja", especializándose en el tratamiento de los enfermos mentales, quienes en esa época eran llamados alienados. Realizó viajes a Europa, donde estudió en universidades y clínicas en Alemania, Austria y Francia, además de representar a la Argentina en diferentes congresos. Representó a su país en el Congreso Nacional de Antropología Criminal realizado en 1896 en Ginebra, Suiza. Fue allí donde propuso una moción, la cual fue aprobada, en la que sostenía que los alienados delincuentes, refiriéndose a aquellos enfermos mentales que hubieran cometido un delito, no debían ser alojados en secciones especiales de las cárceles, sino que debían ser tratados en hospicios y en instituciones especializadas. Esta idea propuesta por Cabred se mantiene vigente en la actualidad (8). Así logró reconocimiento a nivel nacional e internacional. Escribió artículos y folletos acerca de enfermedades mentales, algunos de los cuales fueron coescritos con los doctores Ángel H. Roffo, José Tiburcio Borda y Morixe. Cabred trabajó como practicante durante tres años en el Hospicio de Mujeres y posteriormente como médico interno en el Hospicio de las Mercedes para hombres, del cual fue director desde 1892. Fue aquí donde implementó nuevos tratamientos, y donde mejoró otros. Propuso la creación de un Curso de Clínica Psiquiátrica

para la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires creado en 1886 siendo el Dr. Lucio Meléndez el primer profesor y también director del Hospicio de las Mercedes, sucediéndolo Cabred, al ganar un concurso como profesor titular en 1892. Cabred era considerado como un neurólogo ilustre en los círculos científicos del ámbito nacional, siendo homenajeado en varias ocasiones. Una de ellas fue su nombramiento como miembro de honor del Departamento Nacional de Higiene. motivado por sus estudios realizados, en los que sostenía que el consumo excesivo de alcohol destruía y dañaba al hombre y a su personalidad. Cabred escribió diecinueve publicaciones, entre las que se pueden hallar su tesis, algunos artículos y discursos y charlas para conferencias (9). En 1899 contrató al Dr. Christofredo Jakob para crear el Instituto de Neuropatología que formó a varios discípulos. La obra de Cabred fue inagotable creando en otras regiones del país hospitales, colonias y centros de profilaxis y tratamiento.

Otro personaje argentino fue José Ingenieros nacido en Italia, en Palermo, el 24 de abril de 1877 y fallecido en Buenos Aires el 31 de octubre de 1925. Fue médico, psiquiatra, psicólogo, criminólogo, farmacéutico, sociólogo, filósofo, masón, teósofo, escritor y docente. En 1893 ingresó como alumno a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, de la que se recibió en 1897 de farmacéutico y en 1900, de médico con su tesis "Simulación en la lucha por la vida". En 1903, la Academia Nacional de Medicina lo premió por el texto "Simulación de la locura" (10). Fue nombrado jefe de la Clínica de Enfermedades Nerviosas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. En 1904 ganó la suplencia de la cátedra de Psicología Experimental en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Para esa época ya era conocido en los círculos literarios. En 1898 escribió por primera vez para la revista Teosófica Philadelphia, para la cual escribirá en varias ocasiones. En sus publicaciones,

Ingenieros mostraba un rechazo por las posturas científicas oficiales - señalándolas como dogmáticas - y proponía una actitud más abierta en la investigación psicológica. Fue nombrado jefe de la Clínica de Enfermedades Nerviosas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. En 1904 ganó la suplencia de la cátedra de Psicología Experimental en la Facultad de Filosofía y Letras de la misma Universidad. Se convirtió en un destacado miembro de la Cátedra de Neurología a cargo de José María Ramos Mejía y en el Servicio de Observación de Alienados de la Policía de la Capital, del cual llegó a ser su director. Entre 1902-1913 dirigió los archivos de Psiquiatría y Criminología y se hizo cargo del Instituto de Criminología de la Penitenciaría Nacional de Buenos Aires, alternando su trabajo con conferencias en universidades europeas.

Entrando al siglo XX vemos que si bien la influencia francesa sigue presente a través de Bumke y Roques de Fursac, la obra de Henry Ey los relegará a un segundo plano. A continuación, aparecerá la psiquiatría alemana con K. Jaspers y su Psicopatología General, la obra de los dos Bleuler, el pensamiento de Kleist y Leonhard, la presencia de Binswagner, las terapias cognitivo conductuales, y las tentativas de desinstitucionalización (11).

Sin embargo es el movimiento psicoanalítico el que se desarrolla con gran facilidad a mediados del siglo XX. Un grupo pionero donde destacan D. Liberman, A. Garma, H. Etchegoyen, E. Pichon-Riviére y otros, funda en 1942 la Asociación Psicoanalítica Argentina Sin embargo, en los setenta, durante la dictadura militar hubo escisiones. (12). En efecto, surge la corriente inspirada por Jacques Lacan que se consolida después de la conferencia de Oscar Massott: "Jacques Lacan y el inconsciente en el fundamento de la filosofía" que impulsa la fundación de la Escuela Freudiana de Buenos Aires a lo que sigue una serie de fragmentaciones. En 1985 de acuerdo con la International Psychoanalytic Association, sin contar

a los lacanianos, Argentina es después de EEUU, el país con mayor número de psicoanalistas.

Frente a un desmesurado psicologismo, en algunos lugares surgió una suerte de reacción biológica, como genuina actitud de muchos psiquiatras que querían encontrar el fundamento biológico de las enfermedades mentales. Esta postura se orientó hacia la neuroanatomía y neuropatología ya en las décadas del 30 al 50, hacia la neuropsicofarmacología en la década del 60, la neurofisiología en la década del 70 y la neuroendocrinología y neuroimagenología en la década del 90. Desde Alemania fue contratado a fines del siglo XIX, el profesor Christofedo Jakob (1866-1956), quien fundará la escuela latinoamericana de patología cerebral más importante de la primera mitad del siglo XX. Edmundo Fischer (1904-1974) médico psiquiatra húngaro, que llegó a Argentina en 1950 y luego ya nacionalizado generará este emprendimiento. Falleció en 1974 al final de una obra extraordinaria en el plano de la psicofarmacología incipiente. En 1964 produce el primer texto sobre psiquiatría biológica "Farmacoterapia de las Enfermedades Nerviosas y Mentales", junto a Ciafardo, ordenada ya como una ciencia psicofarmacológica, por lo enjundioso de su bibliografía y por la claridad de su presentación, ordenada ya como una ciencia psicofarmacológica (13).

Un personaje muy importante del siglo XX fue Guillermo Vidal nacido en Buenos Aires el 13 de junio de 1917 y fallecido el 19 de Enero del 2000. Cuando pequeño, su familia emigró a España (Orense) y él estudió su ciclo secundario en Santiago de Compostela. De vuelta a América residió en Asunción (Paraguay), donde se graduó como médico en 1943. Una figura importante académica que el reconoció como su único maestro fue el doctor Andrés Rivarola Queirolo: "un humilde y talentoso neurólogo paraguayo", "Su trato con el enfermo dejó una muy fuerte huella en mí". "Junto con él montamos, probablemente, la primera experiencia de psiquiatría

comunitaria en esta parte de América (1944-1947). Después les tuve más bien aprensión a los maestros". (14).

En marzo de 1947, una guerra civil que duró 9 meses asoló Paraguay y Vidal, emergió como guerrillero: se fue al frente sur, saliendo de Paraguay, pues sus enemigos triunfaron.

Volvió a Argentina y se encontró con que nadie hacía en aquella época todavía electroshock con pentotal y con drogas curarizantes y fue así que tuvo la satisfacción de enseñar a profesores de psiquiatría cómo se aplicaba electroshock de manera más científica.

Su carrera lo lleva a ascender a Jefe del Manicomio Nacional, Médico Forense y Secretario de los "Anales de la Facultad de Ciencias Médicas" En la entrevista con Alarcón reconoce que el psicoanálisis fue importante para él durante un largo tiempo, pero a punto de recibirse como tal en una entrevista con un dirigente de la Asociación Psicoanalítica Argentina aludió elogiosamente a Jung lo que significó el rechazo de la Asociación. Posteriormente se definió como un psiquiatra de orientación existencial con trasfondo biológico.

Vidal, a fuerza de tenacidad y firmeza, a tropezones y a golpes, con errores nacidos de una inextinguible búsqueda de la excelencia, fundó primero Acta Neuropsiquiátrica Argentina (1954), rebautizada después como Acta Psiquiátrica y Psicológica Argentina (1962) y finalmente Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina (1964).

Desde la tribuna de Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, su obra magna, había comenzado en 1954 su pregón incansable, su trabajo pionero de didáctica original y corajudo, el cultivo de una esperanza que nada tuvo de ilusión ni de utopía.

Merecen, destacarse asimismo, entre las publicaciones de Acta, tres monografías que en su tiem-

po marcaron rumbos: "Epidemiología del alcoholismo en América Latina" (1967), "Patología y terapéutica del grupo familiar" (1970), "Temores y fobias" (1981), obras todas ellas de conspicuos investigadores hispanoamericanos.

Guillermo Vidal publicó en Acta la recensión de dos libros del profesor Honorio Delgado: *Curso de Psiquiatría y El médico, la medicina y el alma*. En cartas cercanas a esas notas Delgado agradece sentidamente. Sobre el Curso dice: "Es tan entusiasta y tan cordial que me ha emocionado hondamente, comprendiendo el grado de amistad con que corresponde a la mía" (15).

Otro psiquiatra significativo fue Enrique Pichon-Rivière que nació el 25 de junio de 1907 en Ginebra, Suiza, siendo sus padres franceses (madre oriunda de la ciudad de Lyon y padre oriundo de la Bretaña francesa. Nuestro autor falleció en 1977 (16). Su padre había tenido dos hijas y tres varones de un primer matrimonio; al fallecer su esposa, contrajo segundas nupcias con la prima hermana de su mujer. Enrique será el único hijo nacido de este segundo matrimonio y, en consecuencia, el más joven de la familia. En el año 1910, su familia llega a Buenos Aires para posteriormente trasladarse al Chaco, y otras provincias porque los negocios que intenta su padre fracasan. Cursa sus estudios secundarios en la ciudad de Goya. En 1924 comenzó sus estudios de medicina en la ciudad de Rosario, terminándolos en 1936 en la ciudad de Buenos Aires. En Rosario trabajó un tiempo como "instructor de modales" para trabajadoras sexuales de origen polaco en un prostíbulo. Una vez recibido, entre los años 1938 y 1947 se desempeñó como Jefe interino del Servicio de admisión del Hospicio de Las Mercedes, hoy conocido como Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial "José Tiburcio Borda", trabajando en el lugar durante 15 años. Posteriormente estudia antropología, carrera que abandona para dedicarse de lleno a la psiquiatría y al psicoanálisis. Inició sus prácticas como psiquiatra en El Asilo de Torres, ubicado en

cercanías de Luján, provincia de Buenos Aires. Posteriormente, se mudó a Buenos Aires, donde trabajaría en otro sanatorio y como periodista en el diario "La Crítica" (1930-1931); en este periodo se interesó por la poesía, poniendo especial atención en los poetas malditos franceses y en Isidore Ducasse.

La historia de la Asociación Psicoanalítica Argentina tiene sus raíces en la historia del movimiento psicoanalítico internacional. El 15 de diciembre de 1942 firmaron el Acta Inagural de la Asociación Psicoanalítica Argentina Ángel Garma, Celes Ernesto Cárcamo, Marie Langer y Arnaldo Rascovsky, Enrique Pichón-Rivière de la que posteriormente el último se alejaría, interesado en el aspecto social y la actividad de los grupos en la sociedad, llevándolo a trabajar en la Escuela de Psicología Dinámica, luego denominada Escuela de Psicología Social (17). Siendo un psiquiatra y psicoanalista en el hospicio de Las Mercedes de Buenos Aires, Enrique Pichón-Rivière descubrió que el código, el sentido de los delirios y síntomas psicóticos de sus pacientes puede hallarlos en la estructura familiar. O sea que la clave de las significaciones específicas de ese paciente lo posee la familia, esa estructura que trasciende la individualidad y que tiene efectos de constitución sobre la misma (18). Señala Pichon Rivière que su vocación por las Ciencias del Hombre surgió de la tentativa de resolver el conflicto entre dos culturas: la europea, su cultura de origen, y la guaraní, de la que fue testigo desde los 4 años, cuando su familia emigra al Chaco, hasta los 18 años. "Se dió así en mí la incorporación, por cierto que no del todo discriminada, de dos modelos culturales casi opuestos. Mi interés por la observación de la realidad fue inicialmente de características precientíficas y, más exactamente, míticas y mágicas, adquiriendo una metodología científica a través de la tarea psiquiátrica" (19).

En la cultura guaraní, la concepción del mundo es mágica y está regida por la culpa, y la "internalización de estas estructuras primitivas que

orientó mi interés hacia la desocultación de lo implícito, en la certeza de que tras todo pensamiento que sigue las leyes de la lógica formal, subyace un contenido que, a través de distintos procesos de simbolización, incluye siempre una relación con la muerte en una situación triangular.

Su interés por la difusión de las ciencias humanistas lo llevó a publicar revistas con la inclusión de consejeros de los países latinoamericanos en el Comité de Redacción que mejoraron la calidad y el prestigio que alcanzaron a fuerza de tenacidad y firmeza, a tropezones y a golpes, con errores nacidos de una inexhausta búsqueda de la excelencia. Así nació Acta Neuropsiquiátrica Argentina (1954), rebautizada después como Acta Psiquiátrica y Psicológica Argentina (1962) y finalmente Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina (1964). Acta se vio enriquecida por nuevas secciones, más y mejor material de lectura, cierto aire periodístico y la colaboración de profesionales de la talla de Juan Marconi, Carlos Alberto Seguin, Javier Mariátegui, Humberto Rosselli, Gonzalo Adis Castro, Carlos A. León, Stanislav Krinsky, Raúl H. Vispol y otros.

Más aun, el 16 de agosto de 1966 se constituyó formalmente la "Fundación ACTA, Fondo para la Salud Mental y la revista se incorporó como órgano de la misma. Se aspiraba a que la nueva institución no fuera una sociedad de beneficencia sino una empresa de bien público, que produjera y fomentara salud mental de la mejor calidad. En el espíritu de esta empresa se aunaron afanes científicos y humanitarios -Vidal en cuerpo y alma- para brindar a la comunidad servicios que, hasta ese momento, no había sido administrados ni por el Estado ni por la iniciativa privada (20).

La Antipsiquiatría consecuencia del impacto de la revolución farmacológica, la hegemonía de una psiquiatría de orientación biológica y el lucro desatado de las empresas farmacéuticas en

el campo de la Salud mental, son los procesos sociales que determinan la realidad actual de la dominación de la subjetividad. En ese marco histórico, desde la acción política de movimientos de usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría, desde la crítica en el plano científico y técnico, desde la denuncia de la mercantilización del sufrimiento y sus efectos sociales, una nueva y radical antipsiquiatría está emergiendo (21).

El diagnóstico de "locura", añade Szasz, ha sustituido, en nuestra civilización occidental, a la "posesión". La bruja, los poseídos, molestaban, y eran, por tanto, eliminados por los inquisidores en nombre de la verdadera fe. Hoy, los psiquiatras son los nuevos inquisidores, y proceden a una eliminación semejante, pero ahora en nombre de la "verdadera" ciencia. Antaño se creía en la religión; hoy en la ciencia. "La fabricación de la locura", obra escrita por Szasz en 1970 dio inicio a la nueva disciplina de la historia crítica de la psiquiatría.

La crítica antipsiquiátrica ha sido así punto de fijación privilegiado de un imaginario político de la liberación vivido en la época bajo la forma de una sensibilización exacerbada ante la represión. La psiquiatría ha representado una figura paradigmática del ejercicio del poder, arcaica en su estructura, rígida en su aplicación, coercitiva en su objetivo. Ha sido una especie de cristalización de las más difusas formas de rebelión contra la autoridad vividas en la familia y en otras instituciones (22).

La Argentina no fue ajena a todo este movimiento. En esa época se sucedieron experiencias de comunidades terapéuticas "permitidas" hasta cierto punto por el gobierno de Onganía, durante la gestión del Coronel Esteves a cargo del Instituto Nacional de Salud Mental. Raúl Camino en Colonia Federal (Entre Ríos) y Wilbur R. Grimson en el Hospital Estévez (Lomas de Zamora).

En ese contexto, en octubre de 1970 David Cooper realizó su primer viaje a la Argentina en el que dio conferencias y conoció a quienes trabajaban en el país para decidir más adelante residir definitivamente en el país.

En nuestro país (Argentina) la enorme influencia del psicoanálisis ha generado la idea errónea de que para resolver los problemas “en profundidad” es necesario hacer terapia durante muchos años. A diferencia del psicoanálisis, privilegamos la adquisición de nuevas habilidades sobre el hábito frecuente de remitirse al pasado por el pasado mismo, haciendo de la infancia un fundamento del conjunto de la existencia humana. El tratamiento cognitivo conductual es breve y focalizado. Se orienta a aprender nuevas habilidades para enfrentar las situaciones ansiógenas (adquisición de conductas más hábiles, relajación, cuestionamiento de pensamientos negativos). Existe una Revista de Terapia Cognitivo Conductual primero impresa y ahora digital, pero no encontramos comunicaciones de trabajos clínicos en el medio digital (23).

CONCLUSIÓN

El estudio descrito confirma hasta cierto punto similitudes con nuestro país. En ambos países predominan en los primeros siglos de vida independiente la psiquiatría europea y en el actual la norteamericana. En Argentina encontramos un desarrollo marcado del psicoanálisis y también del estudio de la historia de la psiquiatría que incluso cuenta con una revista especializada. Otras corrientes parecen tener pocos adeptos como la antipsiquiatría y las terapias conductuales.

REFERENCIAS

1. Escobar E. Aportes al nacimiento de la psiquiatría chilena bajo la influencia de la psiquiatría internacional *Anales de Historia de la Medicina* 2010; 20(2)21-32.
2. Pallavicini J. Influencia de España en la psiquiatría chilena *Rev. Psiquiatr. Clín.* 1993; 30(1):1-9.
3. Stagnaro J.C. Historia de Psiquiatría Argentina Aspectos de la Psiquiatría de Europa y en América en Postel J, Quétel C. Nueva Historia de la Psiquiatría México: Fondo de Cultura Económica 2ª ed. 2000. pp. 433 - 434.
4. Alcorta D. Biografía en http://es.wikipedia.org/wiki/Diego_Alcorta visto el 15 de marzo de 2015.
5. Meléndez L., Coni E. “Consideraciones sobre estadísticas de la enagenación mental en la provincia de Buenos Aires” en *Congrés International de Sciences Médicale, Amsterdam* 1882.
6. Bosch V. Biografía en http://divulgacion.famaf.unc.edu.ar/?q=view_anios/Siglo%20XIX%20%28a%C3%B1o%20desconocido%29 visto el 18 de Marzo de 2015.
7. Bosch V. Historia Psiquiatría Argentina en Postel J, Quétel C. Nueva Historia de la Psiquiatría; Fondo de Cultura Económica México, 2000 2ª. ed. en español pp. 438-439.
8. Cabred D. Biografía en http://es.wikipedia.org/wiki/Domingo_Cabred visto el 16 de marzo de 2015.
8. Cabred D. Historia Psiquiatría Argentina en Postel J, Quétel C. Nueva Historia de la Psiquiatría ; Fondo de Cultura Económica México, 2000 página: 441.
9. Meyer L. Historia de la Psiquiatría Latinoamericana en Vidal G. Alarcon R. Lolás F *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría Macropedia II* pp. 732-736.

10. Ingenieros J. La locura en la Argentina en Obras completas vol. 12, Buenos Aires L. J. Rosso 1919 en: Historia Psiquiatría Argentina en Postel J, Quétel C. Nueva Historia de la Psiquiatría ; Fondo de Cultura Económica México, 2000.
11. Rojas C. Definición, contenido y límites de la psiquiatría contemporánea. Salud Mental 35(3):181-188 may./jun. 2012.
12. Puig I. Historia del Psicoanálisis en la Argentina en http://www.wpanet.org/uploads/Sections/Mass_Media_Mental_Health/historia-del-psicoanalisis.pdf
13. Monchablón A. La Psiquiatría biológica latinoamericana Alcmeon Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica 14(4): 5- 14 junio 2008.
14. Alarcon R. Vida, Pasión y Muerte de Guillermo Vidal Revista de Neuro-Psiquiatría 63(3-4):129-137, Septiembre-Diciembre, 2000.
15. Mariategui J. Guillermo Vidal, Honorio Delgado y la Revista de Neuro-Psiquiatría 63(3-4):127-128, Septiembre-Diciembre, 2000.
16. Pichon-Rivière E., Biografía en http://es.wikipedia.org/wiki/Enrique_Pichon-Rivi%C3%A8re visto el 13 de Marzo de 2015
17. Pichon Rivière E. El proceso grupal : del psicoanálisis a la psicología social. Publicación Buenos Aires : Nueva Visión, 1985.
18. Pichon Rivière E. Psicología de la vida cotidiana Publicación Buenos Aires : Nueva Visión, 1985.
19. Pichon Rivière E. La psiquiatría, una nueva problemática : del psicoanálisis a la psicología social. Publicación Buenos Aires : Nueva Visión, 1994
20. Historia Asociación Psicoanalítica Argentina en <http://www.apa.org.ar/historia/> visto el 15 de marzo de 2015.
21. Slucchi S. Antipsiquiatría en <http://psiquiatriahistorica.blogspot.com/2006/10/la-antipsiquiatra-me-llamaron-loco-y.html> <http://psiquiatriahistorica.blogspot.com/2006/10/la-antipsiquiatra-me-llamaron-loco-y.html> visto el 14 de Marzo de 2015.
22. Vásquez A. *Antipsiquiatría; deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la razón psiquiátrica* en <http://www.observacionesfilosoficas.net/antipsiquiatra-deconstruccion.htm> visto el 14 de Marzo de 2015
23. Szasz T. *Antipsiquiatría* en <http://es.wikipedia.org/wiki/Antipsiquiatra> visto el 14 de Marzo.
24. Primero G. *Terapia Cognitivo-Conductual en Argentina* en <http://www.ansiedadyvinculos.com.ar/> visto el 14 de marzo de 2015.

Correspondencia a:
dreescobarm@gmail.com

Impacto de la depresión materna sobre el desarrollo del lenguaje

Impact of maternal depression on language development

Camila Abrigo H.¹

RESUMEN

El sistema de comunicación humano, comienza su desarrollo desde el nacimiento. Durante los primeros años nuestro sistema lingüístico evoluciona, sumando vocabulario, dificultad gramatical, diferentes usos, etc. Es por lo anterior, que la cantidad y calidad de estimulación en el periodo pre-lingüístico es muy relevante, como también el procesamiento que lleva a cabo el sujeto y finalmente el significado que le entrega. En el periodo señalado anteriormente, quien tiene un rol fundamental en el cuidado del menor, es la madre. La depresión post parto es el trastorno psiquiátrico más común del periodo postnatal, y en general, es enmarcado y discutido por la literatura, dentro de los 6 meses posteriores al nacimiento. Si tomamos en cuenta que la madre debe hacerse cargo, cuidar y vincularse con un recién nacido, se consigue entender que este tipo de trastorno psiquiátrico puede afectar negativamente el cuidado del menor, y por lo tanto, gran parte de la estimulación cognitiva y lingüística mencionada previamente. Esta revisión expone parte de la evidencia disponible en la literatura acerca de la depresión materna, tanto postparto como también aquel trastorno psiquiátrico que se extiende más allá de los 6 meses, y su relación con el desarrollo comunicativo del niño.

Palabras clave: Comunicación, desarrollo lenguaje, depresión post-parto, cuidado niño

ABSTRACT

The human communication begins at birth. In the first years, our linguistic system evolves, adding vocabulary, grammatical difficulty, different uses, etc. Due to the above, that the amount and quality of stimulation in the pre-linguistic period is very relevant, as well as the processing carried out by the subject, and finally the meaning that he gives. In the period indicated previously, the mother plays a principal role in the care of the child. Postnatal depression is the most common psychiatric disorder of the postnatal period, and although is discussed by literature, it is framed within 6 months after birth. If we take into account that the mother must take care and bond with her child a baby, we understand that this type of psychiatric disorder can negatively affect the care of the child, and therefore, much of the aforementioned cognitive and linguistic stimulation previously. This review sets out some of the evidence available in the literature on maternal depression, both postpartum as well as psychiatric disorder that extends beyond 6 months, and its relationship with the child's communicative development.

Keywords: Communication, language development, postpartum depression, child care.

¹ Laboratorio de Psiquiatría Traslacional, Departamento de Psiquiatría Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El sistema de comunicación propio de los seres humanos, comienza a desarrollarse mucho antes que se traduzca en la interacción verbal que ocurre entre dos individuos. Se ha comprobado que desde el nacimiento, los individuos tenemos preferencia por escuchar lenguaje hablado, por sobre sonidos análogos no verbales (1).

El desarrollo del vocabulario comienza en los primeros dos años de vida, antes que el menor ingrese a la etapa pre-escolar. Por lo tanto, la cantidad y la calidad de estimulación durante el periodo prelingüístico es muy relevante, así como también el procesamiento de este *input*, y el significado que adquiere para el sujeto. Lo descrito anteriormente, está definido por una serie de factores intrínsecos y extrínsecos; dentro de estos últimos, se encuentra el ambiente y la relación que entabla el niño con su entorno más cercano.

Los primeros años de vida, en la mayoría de los casos, están invadidos por estímulos lingüísticos que provienen principalmente de la madre, padre, hermanos, tíos, abuelos, etc. Y que se dirigen directamente hacia el menor, lo cual tiene un fuerte impacto en el desarrollo del lenguaje propio del niño. Sumado a lo anterior, esta etapa de la vida, marca un hito importante dentro del desarrollo cerebral, ya que se produce un *peak* de las conexiones sinápticas de corto alcance.

Quien tiene un rol fundamental en el cuidado del niño, especialmente durante la etapa pre-lingüística, es la madre. Y es este factor, la calidad del cuidado materno, el que estaría fuertemente asociado con el desarrollo posterior del lenguaje.

En este contexto podemos situarnos en varios escenarios no ideales, donde la estimulación lingüística es escasa o simplemente no existe.

La depresión postparto (DPP) es el trastorno psiquiátrico más común del periodo postnatal. De hecho, estudios realizados en distintos países, reportan aproximadamente un 7% de mujeres que han sufrido un episodio de depresión mayor en los 3 meses posteriores al parto.

En Chile, en el año 1992, Alvarado y cols. Informan una incidencia de un 8.8% y una prevalencia del 20% aprox. (2).

La mayor parte de los criterios diagnósticos, considera como DPP aquel cuadro que ocurre durante el primer año, especialmente antes de los 6 meses.

Kammerer y cols., encontraron un 9.1% de mujeres que alcanzaron el puntaje para "depresión" en la escala EPDS (Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh), a las 8 semanas postparto. Sin embargo, solo un 3.4% del total de la muestra, calificaron dentro de esta patología exclusivamente en la etapa de postparto. Es decir que la mayoría de las mujeres que se encontraron deprimidas posterior al parto, también lo estaban en el periodo prenatal (3). Lo anterior es avalado por un meta análisis realizado por Robertson y cols., donde uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de depresión postparto, era la ansiedad o depresión durante el embarazo. Sumado a esto, se encontró que alguna historia de enfermedad psiquiátrica, eventos de la vida (tristes y/o traumáticos) y escaso apoyo social, son también factores de riesgo relevantes (4).

Tal como ocurre con aquellos cuadros depresivos en cualquier momento de la vida, la DPP causa en la madre síntomas como tristeza, indiferencia, irritabilidad y pesimismo. La diferencia fundamental, es que en la etapa postparto, la madre debe hacerse cargo, cuidar y vincularse con un bebé. Por lo tanto, este tipo de trastorno psiquiátrico, tiene el potencial de afectar negativamente el cuidado del menor.

NEUROBIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN POST PARTO

En la publicación de Kammerer y cols., señalan que durante el embarazo se produce un gran aumento de estrógeno y progesterona, niveles que decaen violentamente cuando se produce el parto. Las hormonas mencionadas, tienen efectos en el locus coeruleus y el rafe, estructuras relacionadas al control del humor y ánimo. Es por lo anterior que esta baja en los niveles de estrógeno y progesterona, tendría un efecto notorio en el funcionamiento cerebral (3).

Sumado a lo anterior, en la investigación realizada por Bloch y cols., señalan que además del rol importante que tienen las hormonas sexuales en la etiología de la DPP, encuentran que aquellas mujeres con una historia previa de DPP, muestran mayor susceptibilidad a la baja de estas hormonas comparado con mujeres que no tienen ese historial. Esto postula que mujeres con una predisposición a la depresión, serían más sensibles a fluctuaciones en los niveles de hormonas esteroides (4).

Por otra parte, el eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA), también cambia su fisiología durante el embarazo. En este periodo se produce hipercortisolemia y en la etapa de postparto se produce la caída en los niveles de cortisol. Lo anterior puede contribuir en algunas mujeres a síntomas de ansiedad durante el embarazo, y depresión luego del parto (3). Se señala que existe también una posible vulnerabilidad a nivel genético, además de características de la personalidad (resiliencia principalmente), y que no es por el funcionamiento gonadal, o del eje HPA únicamente que se darían los síntomas ansiosos y/o depresivos.

Por ejemplo, en cuanto a modificaciones epigenéticas, Guintivano y cols. En el año 2014, encontraron patrones alterados en la metilación de ADN en mujeres con depresión postparto en

comparación con mujeres en un estado de ánimo eutímico. Los investigadores siguieron prospectivamente el embarazo y postparto de mujeres, con y sin historia de DPP, y dieron cuenta de niveles alterados de metilación de CpG en dos genes (HP1NP3 y TTC9B), en los casos de DPP. Los genes mencionados anteriormente, están implicados en la señalización mediada por estradiol: receptores ER β (el primer gen mencionado) y en la plasticidad hipocampal (el último gen mencionado). El hecho de que estas modificaciones epigenéticas estén asociadas con la plasticidad relacionada al estradiol, da mayor fuerza a la teoría de que la caída del estradiol está relacionada a la DPP en mujeres vulnerables (5).

Además de las hormonas esteroidales, el neuropéptido oxitocina, ha ganado atención de diferentes investigadores por su posible participación en la depresión; sin embargo, los resultados varían entre estudios. Se ha encontrado baja concentración de esta hormona en el plasma de mujeres en su último trimestre (6), pero así también se ha mostrado no ser una solución a la DPP el administrar oxitocina, ya que resulta en la baja de ánimo (7). Esto último se puede deber a que la oxitocina es un fuerte inhibidor del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA).

Por lo tanto, la interacción de los factores mencionados anteriormente (hormonas esteroidales, eje HPA y oxitocina) pareciera ser más compleja que considerar la acción de cada uno por separado.

En cuanto a los estudios imagenológicos realizados a mujeres con y sin depresión, Laurent y Ablow estudiaron la reacción de madres ante el sonido del llanto de sus propios bebés. Su principal hallazgo, fue que mientras en mujeres sin depresión se activan redes neurales que han sido previamente identificadas como normales en madres (área límbica, regiones subcorticales, cortex dorsomedial prefrontal, ínsula y giro fusi-

forme), el grupo de estudio con DPP no mostró una activación diferente al comparar el llanto de sus hijos con un sonido control (9).

En otro experimento, con los mismos grupos de estudio anteriores, los investigadores midieron la reacción de las mujeres ante expresiones faciales emocionales de sus hijos, obteniendo nuevamente que las madres con depresión activan en menor medida ciertas áreas, esta vez el cíngulo anterodorsal cuando eran expuestas a la expresión facial de estrés, y en el área orbitofrontal e ínsula cuando eran expuestas a la expresión facial de alegría (10). Es importante mencionar que los grupos de estudio de Laurent y Ablow, eran mujeres con más de un año de postparto

En la actualización chilena sobre DPP del año 2015, se refieren al abordaje del cuadro, el cual en primera instancia, es la psicoterapia; tanto por razones de eficacia comprobada, como por el riesgo de efectos secundarios del uso de psicofármacos durante la lactancia. Solo en el caso de DPP moderada a severa, se recomienda el uso de antidepresivos del tipo inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), ya que son de escaso impacto para el bebé (11).

DEPRESIÓN POSTPARTO Y DESARROLLO LINGÜÍSTICO DEL NIÑO

Valla y cols., sugieren dentro de su investigación una correlación entre altos niveles de síntomas depresivos a los 4 meses postparto y niveles descendidos de habilidades lingüísticas en los menores (a los 12 y 24 meses). Concluyen además, que síntomas depresivos que persisten por dos meses durante los primeros seis meses de vida, están significativamente correlacionados con bajas habilidades lingüísticas al año; sin embargo, no determinan otros efectos a largo plazo (12).

Los hallazgos descritos previamente se condicen con investigaciones anteriores. El estudio realizado por Quevedo y cols., indica que aquellos ni-

ños de madres con depresión durante el periodo postnatal (30 a 60 días postparto), presentaban un riesgo mayor de problemas en la adquisición de lenguaje a los 12 meses.

Por otra parte, se encontró una diferencia significativa en los puntajes en la escala de lenguaje, entre los niños de madres con una depresión persistente, comparados con aquellos que estuvieron expuestos a la depresión materna en un solo punto del primer año, o que no estuvieron expuestos a ningún cuadro depresivo (13).

Aunque las consecuencias negativas en el desarrollo del lenguaje del niño parecen lógicas por la falta de *input* lingüístico, existen variados resultados entre los estudios del área. Algunos reconocen una correlación entre la depresión materna y la alteración del desarrollo del lenguaje en el niño, otros no encuentran resultados significativos, y otras investigaciones asocian la depresión materna con menor desempeño cognitivo, solo en ciertas condiciones específicas. Algunos autores explican que estas diferencias pueden estar dadas por otros factores relevantes en el desempeño cognitivo de los niños, como es la posible cronicidad del cuadro, o la interacción de la depresión con otros factores de riesgo como por ejemplo el nivel socioeconómico. Stein y cols., concluyen en su propio estudio, que existe una correlación directa entre un nivel socioeconómico bajo, y el pobre desarrollo del lenguaje. Por otra parte, discuten el efecto indirecto que tendría la depresión materna sobre el desarrollo lingüístico, por medio del impacto que ejerce en la calidad del vínculo y cuidado de la madre al hijo (14). Tomando la evidencia anterior se puede sugerir que, la ausencia de otra figura que establezca este vínculo, cumpliendo con el rol y cuidado materno (padre, abuela, etc.), sería un factor de riesgo importante para que se vea alterado el desempeño del menor en habilidades cognitivas, entre ellas el lenguaje y comunicación.

Væver y cols. en una investigación publicada el presente año, agregan otra posible razón por la cual se da la falta de consenso entre los diferentes trabajos. Se refieren a que el momento en que se evalúan los desempeños cognitivos de los niños es relevante. Es decir, que la depresión maternal, es en general un cuadro que se da durante los primeros tres meses y se resuelve antes de los 6 meses, por lo que aquellos trabajos enfocados a investigar el neurodesarrollo de niños desde el año de vida en adelante, y que son la mayoría de las investigaciones, es muy probable que no encuentren efectos a largo plazo. Esto se debería a la existencia de factores protectores que disminuyen los efectos negativos que pudo haber tenido la depresión posparto (como lo señalado anteriormente acerca de otra figura de importancia que realice el cuidado y la estimulación necesaria)

Por otra parte, concluyen de su propia investigación, que la depresión postparto puede tener un efecto "agudo" en el desarrollo cognitivo del menor, pero que no se prolonga necesariamente más allá del año de vida (15).

CONCLUSIONES

Es probablemente la diada que se forma entre madre-hijo, la relación que impacta en mayor medida el normal desarrollo de habilidades cognitivas básicas y superiores.

Considerando que los dos primeros años son críticos para el desarrollo del lenguaje; es posible plantear que el desempeño en habilidades lingüísticas, y por lo tanto, el adecuado desarrollo de la comunicación, se verá afectado por la depresión maternal que se extienda, al menos, por este periodo (dos años posterior al nacimiento), o con recaídas recurrentes durante el mismo. Es decir, las alteraciones lingüísticas presumiblemente estarán presentes en hijos de madres con cuadros depresivos más extensos que la depre-

sión postparto típicamente definida hasta los 6 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vouloumanos A., Werker JF. Listening to language at birth: evidence for a bias for speech in neonates. *Dev Sci* 2007, 10: 159-164.
2. Alvarado R., Rojas M., Monardes J., Neves E., Olea E., Perucca E., *et al.* Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. *Rev Psiquiatr* 1992, 3: 1168-1176.
3. Kammerer M., Taylor A., Glover V. The HPA axis and perinatal depression: a hypothesis. *Arch Womens Ment Health* 2006, 9: 187-196.
4. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry* 2000, 157: 924-930.
5. Guintivano J, Arad M, Gould TD, Payne JL, Kaminsky ZA. Antenatal prediction of postpartum depression with blood DNA methylation biomarkers. *Mol Psychiatry* 2014, 19:560-567.
6. Stuebe AM, Grewen K, Meltzer-Brody S. Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. *J Womens Health (Larchmt)* 2013, 22: 352-361
7. Mah BL, Van Ijzendoorn MH, Smith R, Bakermans-Kranenburg MJ. Oxytocin in postnatally depressed mothers: its influence on mood and expressed emotion. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2013, 10;40: 267-272
8. Robertson E., Grace S., Wallington T., Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum de-

- pression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004, 26: 289–295.
9. Laurent HK., Ablow JC. A cry in the dark: depressed mothers show reduced neural activation to their own infant's cry. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2012, 7: 125–134.
 10. Laurent HK., Ablow JC. A face a mother could love: depression-related maternal neural responses to infant emotion faces. *Soc Neurosci* 2013, 8: 228-239
 11. Mendoza C., Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chil* 2015, 143: 887-894
 12. Valla L., Wentzel-Larsen T., Smith L., Skogbrott M., Slinning K. Association between maternal postnatal depressive symptoms and infants' communication skills: A longitudinal study. *Infant Behav Dev* 2016, 45: 83-90.
 13. Quevedo LA., Silva R. A., Godoy R., Jansen K., Matos MB., Tavares Pinheiro, KA., Pinheiro RT. The impact of maternal post-partum depression on the language development of children at 12 months. *Child Care Health Dev* 2012, 38: 420–424.
 14. Stein A., Malmberg LE., Sylva K., Barnes J., Leach P., FCCC team. The influence of maternal depression, caregiving, and socioeconomic status in the post-natal year on children's language development. *Child Care Health Dev* 2008, 34: 603–612.
 15. Smith-Nielsen J., Tharner A., Krogh MT., Væver, MS. Effects of maternal postpartum depression in a well-resourced sample: Early concurrent and long-term effects on infant cognitive, language, and motor development. *Scand J Psychol* 2016, 57: 571–583.

Correspondencia:
abrigo.camila@gmail.com

El juego Go como estrategia terapéutica de rehabilitación neurocognitiva

The Go-game as a therapeutic strategy of cognitive remediation

Renate Reisenegger B.¹

RESUMEN

La demencia es un síndrome cada vez más presente en nuestra sociedad que afecta principalmente a personas mayores de 65 años, generándoles grandes dificultades para vivir el día a día con normalidad. Existen ciertas drogas utilizadas para combatir este síndrome; sin embargo, debido a sus efectos secundarios y a sus altos costos, es necesario encontrar estrategias distintas para combatirlo. Debido a esto se propone el juego Go para disminuir o prevenir los síntomas de este síndrome. El Go ha sido utilizado hace miles de años como una actividad para el cerebro, especialmente en China, Japón y Corea, principales exponentes del Go. Se trata de un juego de tablero cuyas reglas básicas son bastante simples, pero las estrategias que se ocupan son extremadamente complejas. Existen varios estudios que muestran las ventajas de practicar el Go y hay evidencias de que este juego genera plasticidad cerebral y posiblemente una mejoría en pacientes con enfermedad de Alzheimer, el subtipo de demencia más común. Aún se requiere realizar más estudios al respecto, pero existen indicadores de que esta podría ser una opción conveniente para tratar o prevenir la demencia.

Palabras clave: Demencia, Enfermedad de Alzheimer, Go, Baduk, Cerebro, Humanos

ABSTRACT

Dementia is a syndrome increasingly present in our society, which mainly affects people older than 65 years, causing them great difficulties to live day to day with normality. There are certain drugs used to fight this syndrome, however, due to its side effects and high costs, it is necessary to find different strategies to combat dementia. Because of this, the Go game is proposed to decrease or prevent the symptoms of this syndrome. Go has been used for thousands of years as an activity for the brain, especially in China, Japan and Korea, the main exponents of the Go game. It is a board game whose basic rules are fairly simple, but the strategies dealt with are extremely complex. There are several studies that show the advantages of Go practice, and there is evidence that this game generates brain plasticity and possibly an improvement in patients with Alzheimer's disease, the most common subtype of dementia. Further research is still needed, but there are indications that this may be a convenient option for treating or preventing dementia.

Keywords: Dementia, Alzheimer's disease, Go, Baduk, Brain, Humans

¹ Programa de Fisiología y Biofísica, ICBM, e Instituto de Neurociencia Biomédica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

La demencia es un síndrome caracterizado por el deterioro progresivo de las funciones cognitivas, las que incluyen dificultades en memoria, lenguaje y comportamiento, dificultando las actividades de la vida diaria. La enfermedad de Alzheimer (AD) es el subtipo de demencia más común, seguido de la demencia vascular, demencia mixta y demencia con cuerpos de Lewy (1). El principal factor de riesgo de este síndrome es la edad, por lo que se ha visto un aumento importante de la prevalencia de demencia con el envejecimiento de la población. El costo del cuidado de estos pacientes es muy alto y los síntomas son muy incapacitantes, por lo que existe un interés internacional para encontrar formas de diagnosticar e intervenir tempranamente la enfermedad y así poder ralentizar este deterioro progresivo que sufren los pacientes.

Actualmente existen ciertas drogas eficientes en función al costo para la demencia, cuyo énfasis es el de mejorar o mantener las funciones cognitivas luego del daño neuronal, más que alterar la patogénesis subyacente que provoca la enfermedad (1). Sin embargo, la compra de los fármacos sumado al hecho de tener que contratar a un externo para que cuide del paciente cuando este se vuelve dependiente o el hecho de ingresarlos a una institución, hacen que el costo mensual para un paciente chileno ascienda hasta los 956 dólares (645.000CLP) mensuales (2), lo que comparado con un sueldo mínimo de 264.000CLP termina siendo algo muy difícil de llevar para la mayoría de las familias chilenas. Además, los medicamentos existentes tienen una gran cantidad de efectos secundarios, tales como vómitos o alucinaciones (3). Por lo mismo, es imperioso encontrar estrategias no farmacológicas económicamente beneficiosas que permitan disminuir el deterioro cognitivo en pacientes con demencia, para así disminuir tanto los altos costos de los tratamientos actuales como los severos efectos adversos que pueden provocar.

Se ha visto que más años de educación se relacionan con una menor incidencia de Alzheimer, en donde existe un riesgo de 2 a 4 veces mayor para la gente con menos educación (4), posiblemente relacionado a una reserva cognitiva que crece al tener mayor educación. Hace años se comenzó a recomendar a los adultos mayores, que hicieran actividades mentalmente desafiantes para reducir el riesgo de demencia (3), pensando en que el “entrenamiento mental” serviría para disminuir el deterioro cognitivo. Adicionalmente, algunos estudios han mostrado que los adultos mayores tienen menos demencia si es que participan en actividades intelectualmente desafiantes (3,5). “an alternative model suggested the findings were also consistent with the hypothesis that high-ability individuals lead intellectually active lives until cognitive decline in old age limits their activities. Cognitive performance depends both on the demand characteristics of the task and the abilities of the individuals performing the task” (Jenkins, 1979). Debido a esto, se propone ocupar el Go como una estrategia terapéutica, ya que se ha practicado como una “actividad para el cerebro” desde hace miles de años (3).

El Go (también conocido como Igo, Baduk o Weiqi dependiendo del idioma) es un juego de tablero de estrategia para dos personas que se originó en China hace más de 5000 años. Cada jugador debe ir colocando alternadamente las piedras de su propio color (blanco o negro) en las intersecciones de un tablero de 19x19 líneas, con el objetivo de encerrar la mayor cantidad de territorio posible al final del juego. En la **Figura 1** se muestra una partida finalizada. Las reglas del Go son bastante simples, sin embargo, las estrategias son extremadamente complejas. Hasta el 2015 no se había logrado inventar una inteligencia artificial capaz de ganarle a un profesional de Go, y recién en el año 2016 el programa Alpha Go logró vencer al mejor jugador del mundo basándose en el aprendizaje automático (machine learning).

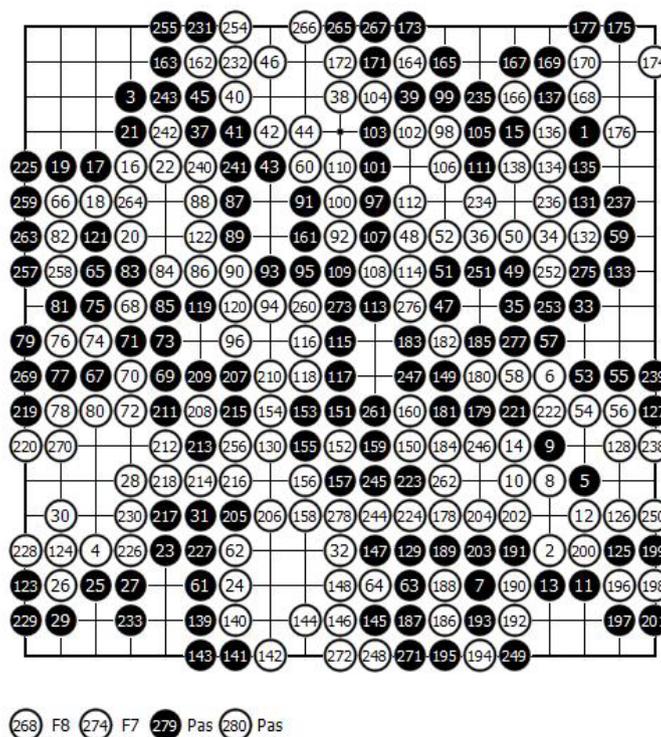


Figura 1. Partida de GO finalizada. Los números indican el orden de las jugadas. Las intersecciones vacías rodeadas por piedras de un mismo color son lo que se considera como territorio.

En distintas investigaciones se ha estudiado de qué manera afecta el Go a nuestro cerebro, y se han encontrado resultados bastante interesantes. Por ejemplo, se ha visto que el realizar esta actividad involucra una gran cantidad de áreas corticales generalmente relacionadas con la atención, percepción espacial, imaginación, manipulación y almacenamiento de la memoria de trabajo, recuperación de la memoria episódica y resolución de problemas (6), que es algo que uno buscaría tener en un “entrenamiento mental”. Igualmente, se mostró por tractografía que los expertos de Go desarrollan una mayor conectividad estructural fronto-cíngulo-estriado-talámica, estructuras que estarían relacionadas con los procesos cognitivos de percepción espacial, atención, memoria de trabajo, control ejecutivo y resolu-

ción de problemas (7). Esto indica que el estudiar Go sí provoca plasticidad cerebral, por lo que sería una opción para revertir parte de los daños ocasionados por la neurodegeneración que ocurre en la demencia.

Existen fuentes que dicen que nunca ha habido un profesional de Go que haya desarrollado Alzheimer, a pesar del largo tiempo que se lleva jugando (8), lo cual sería un indicio de que se puede haber encontrado una forma de prevenir esta enfermedad tan significativa para nuestra sociedad. Si esto fuera cierto, quizás podría ser explicado por los cambios en la conectividad cerebral que acabamos de mencionar. Sin embargo, considero que habría que realizar un estudio más serio para poder asegurar esto.

Como se menciona más arriba, mayor educación genera una mayor reserva cognitiva, lo que se relacionaría con un menor riesgo a desarrollar demencia, sin embargo, el entrenamiento cognitivo no mostraría los mismos resultados, ya que tiene efectos demostrables en el desempeño y función cerebral, pero específicamente en las habilidades entrenadas, y aún no se sabe si tiene algún efecto sobre la incidencia de demencia (4). Si el Go funcionara de la misma forma, serviría solo como prevención para este síndrome, para tener esta reserva, pero no como tratamiento a utilizarse en casos de pacientes que ya tienen demencia.

No obstante, un estudio reciente mostró que el jugar Go diariamente en pacientes con Alzheimer provoca una mejoría en la enfermedad, lo que se podría explicar por el aumento medido en los niveles de BDNF, el cual se encuentra disminuido en personas con Alzheimer (3).

Por otro lado, el efecto que se vio en los jugadores expertos de Go puede deberse más al hecho de estudiar algo, más que estudiar específicamente Go. Como se mencionó antes, más años de educación están relacionados con menor incidencia de Alzheimer, así como otros tipos de demencia (9). Los expertos de Go llevaban 12 años estudiando intensamente el juego para convertirse en profesionales, por lo que podría ser que estudiar intensamente 12 años de algo distinto, generara los mismos cambios cerebrales mencionados.

Concluyendo, existen varios indicios que revelan que este complejo juego podría utilizarse tanto para prevenir, como para tratar la demencia, sin embargo, faltan varios estudios por hacer para poder verificar esto. Probablemente, lo más fácil para confirmar su rol en la prevención del síndrome, sería hacer un estudio con la mayor cantidad de profesionales de Go mayores a 65 años posible, para comprobar si realmente no existe ninguno que haya desarrollado demencia. Se

podría realizar esto mismo con jugadores *amateurs*, para ver si es necesario un entrenamiento tan intenso como el de los profesionales para que haya neuroprotección. Luego faltaría realizar estudios longitudinales con adultos mayores, con y sin demencia (no solo AD), haciendo grupos experimentales que jueguen Go y otros controles que no lo hagan, para ver si efectivamente este juego puede disminuir el progreso de la enfermedad.

AGRADECIMIENTOS:

Se agradece a Rodrigo Nieto por gestionar la difusión científica de este trabajo y al Club Tengen de Go por enseñarme este gran juego.

REFERENCIAS:

1. Robinson L, Tang E, Taylor J-P. Dementia: timely diagnosis and early intervention. *Bmj*. 2015;350(jun15 14):h3029–h3029. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.h3029>
2. Valenzuela C. La demencia en Chile cuesta 6,6 millones de pesos anuales [Internet]. 2015. Available from: <http://www.med.uchile.cl/2015/junio/10924-la-demencia-en-chile-cuesta-66-millones-de-pesos-anuales.html>
3. Lin Q, Cao Y, Gao J. The impacts of a GO-game (Chinese chess) intervention on Alzheimer disease in a Northeast Chinese. *Front Aging Neurosci*. 2015;7(August):1–10.
4. Gatz M. Educating the Brain to Avoid Dementia: Can Mental Exercise Prevent Alzheimer Disease? *PLoS Med*. 2005;2(1):38–40.
5. Hultsch DF, Hertzog C, Small BJ, Dixon RA. Use It or Lose It: Engaged Lifestyle as a Buffer of Cognitive Decline in Aging? A central theme. *Psychol Aging*. 1999;14(2):245–63.

6. Agu H, Chen X, Zhang D, Zhang X, Li Z, Meng X, et al. A functional MRI study of high-level cognition II. The game of GO. *Neuroimage*. Elsevier Inc.; 2005;25(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.04.014>
7. Lee B, Park JY, Jung WH, Kim HS, Oh JS, Choi CH, et al. White matter neuroplastic changes in long-term trained players of the game of “Baduk” (GO): A voxel-based diffusion-tensor imaging study. *Neuroimage*. 2010;52(1):9–19.
8. Bradley MN. THE PLEASURABLE WAY TO A SUPERIOR MIND [Internet]. 2004. Available from: <http://users.eniinternet.com/bradley/Mind.html>
9. Sharp ES, Gatz M. The Relationship between Education and Dementia An Updated Systematic Review. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2011;25(4):289–304.

Correspondencia a:
rreisene@uc.cl

COMENTARIO SOBRE LA PINTURA DE LA PORTADA



CAMPOS DE TRIGO BAJO UN CIELO NUBLADO. VINCENT VAN GOGH (1853-1890)

Referirnos a Vincent van Gogh, su extensa obra, 900 cuadros y 1800 dibujos, junto con su biografía, de especial interés para el mundo de la Salud Mental, dista del propósito de esta reseña. Nos centraremos en su cuadro cuyo nombre es simple y descriptivo, pero a su vez, sumamente expresivo; “Campos de trigo bajo un cielo nublado”. Obra que corresponde al último periodo de Vincent van Gogh, previo a su muerte, en Auvers-sur-Oise, localidad cerca de París. Apreciamos notoriamente, el contraste marcado y fuerte entre el azul y el amarillo; el cielo y el campo de trigo. Un campo de trigo con colores verdes en caminos, árboles y zona, que podrían representar la vitalidad e intensidad intercalada en este campo de trigo. Pese al colorido intenso, hermoso, que atrapa y nos detiene a vivir la experiencia que invita esta obra frente, logramos notar que este campo de trigo, posee escasos espacios de serenidad, y la mayor parte del campo parece intranquilo, Es un campo de trigo con movimiento, quizás el viento o los propios sentimientos turbulentos de Vincent. Anuncia una coexistencia entre lo vivo y sereno, que choca bajo un cielo de un azul cada vez más oscuro que tato hermoso, aplasta el campo de trigo en movimiento. La nube central del cuadro, nube señal, hacia la izquierda, posee una estela que nos habla de su propio movimiento, ¿hacia otro campo de trigo más apacible? ¿o anticipa su cuadro “Campos de trigos con cuervos” que resulta anunciante de un estado melancólico y de soledad? Como observadores nos quedamos con nuestra experiencia personal vivida, y suscitada frente a “Campos de trigo bajo un cielo nublado”. Nos interesó detenernos en esta pintura de colores hermosos y bien logrados, con un cielo azul cada vez más intenso contrastado con un campo de trigo intranquilo, nos remueve, invita a quedarnos ahí mientras nos anticipa otro lugar cuyo estado desconocemos. “Campos de trigo bajo un cielo nublado” atrapa, resulta hermoso y transporta a un estado de serenidad, vitalidad, intercalado con turbulencia, intranquilidad emocional y con nubes que pueden anunciar lluvia.

Dra. Carolina Zárate P.

Rev. Psiq. Clín. 2016; 54(1-2): 59

Instrucciones a los autores

1. Esta revista se guía por los “Requisitos Uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas” del Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas, los que se pueden consultar en Ann Intern Med 1997; 126: 34-47 y Rev Chil Neuro-Psiquiat 1998; 36: 9-20.
2. Salvo excepciones calificadas por el Comité Editorial, los trabajos deben ser originales e inéditos (salvo resúmenes de congresos), estar escritos en español y deben ajustarse a las normas de publicación de la revista. Los trabajos que cumplan con los requisitos formales serán sometidos a arbitraje por expertos. La revista se reserva el derecho de hacer modificaciones de forma al texto original.
3. Debe enviarse el trabajo en formato word y pdf vía email a jmedel@hcuch.cl. Se solicita a los autores conservar copia de su trabajo. Debe tener el siguiente formato: tamaño carta, hojas numeradas en su borde inferior derecho, sin membretes, márgenes de al menos 2,5 cm en todos sus bordes, doble espacio, letra de 12 puntos. La extensión del texto no debe sobrepasar las 12 páginas, salvo en los trabajos de revisión, en donde se permiten hasta 15 páginas.
4. En la página inicial se escribirán el título del trabajo, breve pero informativo, en español e inglés, nombre de pila y apellidos de los autores, lugar de trabajo, nombre y dirección del autor que se ocupará de la correspondencia relativa al manuscrito.
5. La segunda página debe incluir un resumen en inglés y otro en español de no más de 250 palabras abarcando introducción, métodos, resultados y conclusiones, además de 3 a 10 palabras clave (key words), que pueden ser elegidas en la lista del Index Medicus (Medical Subjects Headings).
6. Los autores no están obligados a un formato uniforme, pero en los artículos de observación y experimentales se recomienda el empleo de secciones que llevan estos encabezamientos: introducción, métodos, resultados y discusión. Cuando se efectuaren experimentos en seres humanos, explicar que los procedimientos respetaron las normas éticas concordantes con la Declaración de Helsinki (1975), modificadas en 1983, y que fueron revisados y aprobados por un comité ad hoc de la institución en que se efectuó el estudio.
7. Tanto las tablas como las figuras deben presentarse en hojas separadas, indicando la posición aproximada que les corresponde. Las figuras se identifican con números arábigos y texto en su borde inferior, en tanto que las tablas con números arábigos y texto en su borde superior. Las tablas y figuras deberán tener un título claro y conciso.
8. Las referencias bibliográficas deben limitarse a los trabajos citados en el texto, de preferencia no exceder las 40 y numerarse consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto. Tanto en el texto, como en los cuadros y en los pies de epígrafes de las ilustraciones, las referencias se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias citadas

solamente en cuadros o ilustraciones se numeran siguiendo una secuencia que se establecerá por la primera mención que se haga en el texto de ese cuadro o esa figura en particular.

9. La forma de citar revistas es: autores, título del trabajo, nombre de la revista según abreviatura del Index Medicus, seguido del año; volumen: páginas inicial y final. Consulte la lista de revistas indexadas en Index Medicus que se publica anualmente en el número de enero y como separata o en el sitio <http://www.nlm.nih.gov> de la World Wide Web. La forma de citar libros es: autores, título del libro, ciudad en la que fue publicado, editorial y año. Limite la puntuación a comas que separen los autores entre sí.

Ejemplos:

1. Vargas L. Componentes del estrés en seres humanos. Rev Méd Chile 1981, 108: 44-51.
2. Pumarino H, Pineda G, editores. Hipotálamo e Hipófisis. Santiago: Editorial Andrés Bello, 1980.
3. Brink G. Trastornos de la vigilia y el sueño. Rev Chil Neuro-Psiquiat 1965; 4: 14-21.
4. Matte I. Estudios de psicología dinámica. Santiago: Ediciones de la Universidad de Chile, 1995.
5. Nichols WC. Perspectivas de la terapia. En: Roizblatt AS (Ed.) Terapia familiar y de pareja. Santiago: Mediterráneo, 2006. pp. 77-92.

Si el número de autores es inferior o igual a seis deberán mencionarse en su totalidad; si es superior a seis deben nominarse los primeros seis y añadir la expresión *et al.* en cursiva.

Mayores detalles y ejemplos sobre el modo correcto de citar referencias se encuentran en las versiones publicadas en: <http://vwww.uchile.cl/bibliotecas/servicios/referencias-bibliograficas.pdf>

Expresar sus agradecimientos solo a personas e instituciones que hicieron contribuciones sustantivas a su trabajo.

10. Los autores declaran eventuales conflictos de interés (relación laboral, recibir recursos económicos) con instituciones que pudiesen ser afectadas por conclusiones del artículo, o no tiene conflicto de intereses.

Antes de enviar el manuscrito

Controle haber cumplido con los siguientes requisitos:

Hoja de título

- Título
- Autor o autores
- Lugar de pertenencia
- Dirección de correo electrónico

Resumen

- Controle que no tenga más de 200 palabras
- No utilice abreviaturas

Resumen en inglés

- Título en inglés
- Controle que el número de palabras sea igual o menor a 200
- No utilice abreviaturas

Cita correcta de la bibliografía

- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una de las citas indicadas en el texto tiene su correspondiente referencia en el apartado de bibliografía?
- ¿Las referencias están citadas de acuerdo al reglamento de publicaciones?

Figuras

- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una está correctamente citada en el texto?
- ¿Se acompañaron los pies o leyendas indicando a qué figura corresponde cada uno?
- ¿La tipografía utilizada es legible una vez reducida la figura al tamaño de una o, a lo sumo, dos columnas de la revista?

Tablas

- ¿Están numeradas?

