

REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA INTERNACIONAL

Acerca de dos mentes. Un antropólogo observa la psiquiatría norteamericana Of two minds. An anthropologist looks at american psychiatry

T.M. Luhrmann. Vintage, Nueva York, 2000

Pocas propuestas podrían resultar tan interesantes como punto de partida para un estudio sobre las diferentes corrientes ideológicas que dominan la psiquiatría norteamericana contemporánea como la que se plantea en *Of two minds*. En 1989 la antropóloga T. M. Luhrmann inició un trabajo de campo que habría de prolongarse por cuatro años durante los cuales atestiguó la formación de los residentes inscritos en distintos programas de psiquiatría en los Estados Unidos; asistió a sus clases, a los días de visita médica y participó en su rutina diurna y sus noches de guardia; visitó diversas unidades de atención psiquiátrica tanto ambulatoria como hospitalaria; estuvo presente en numerosas entrevistas a pacientes para su ingreso hospitalario; inició un proceso de psicoterapia con una frecuencia de dos veces a la semana por tres años; dio seguimiento a ocho pacientes de psicoterapia bajo la supervisión de un psicoanalista; asistió a los congresos de la American Psychiatric Association y de la American Psychoanalytic Association y viajó a lo largo de Estados Unidos realizando entrevistas a directores de hospitales psiquiátricos, encargados de programas de especialidad en psiquiatría, residentes y psiquiatras en activo. *Of two minds* plantea de manera documentada la existencia no de una, sino de *dos* psiquiatrías, cada una poseedora de un paradigma propio para el entendimiento de la enfermedad mental, de quienes la padecen en particular y del ser humano en general. Una se encuentra estructurada a semejanza del modelo biomédico y otra se sustenta en el modelo psicodinámico de los padecimientos mentales. Luhrmann registra la *conversión* de los futuros especialistas a una u otra de estas psiquiatrías; contrastando los testimonios de los residentes al principio y al final de su primer año de especialidad, la autora realiza una crónica no solo del proceso de adquisición de habilidades y conocimientos que ocurre durante su entrenamiento (como el adaptarse a un sistema de categorías diagnósticas que les permiten “ver” la enfermedad mental cuando está presente), sino también del de adaptación a las demandas exigidas por una especialidad que funciona de una manera muy singular en comparación con otras áreas de la medicina. Desde el desconcierto que ocasiona el tener que recurrir a un sistema nosológico basado en criterios operacionales y la inexistencia de estudios para-clínicos de utilidad diagnóstica hasta la confrontación con las reacciones emocionales generadas por la atención de pacientes psiquiátricos. A los médicos cuya preparación ha seguido Luhrmann se les exige ser igualmente aptos en la práctica de la psicoterapia y en la de la psiquiatría biomédica; se les entrena en el uso de ambas pero se asume una distinción entre ellas. Se trata de herramientas diferentes con usos diferentes. No es de extrañar, entonces, que algunos de estos médicos recurran al modelo biomédico (aquel que esencialmente explica los trastornos mentales como alteraciones de la fisiología cerebral) como un asidero que les permite continuar sintiéndose capaces de resolver trastornos *corporales* de manera expedita mediante el uso de la farmacología, mientras que otros encuentran insuficientes las explicaciones biológicas y se inclinan por el ejercicio de un modelo psicodinámico en el que la enfermedad mental no puede explicarse a menos que se atienda a la biografía del sujeto y a su entorno social. Luhrmann encuentra que el psiquiatra orientado al modelo biomédico piensa en términos de *enfermedades*, estableciendo una frontera clara entre éstas y la salud. En cambio, un psiquiatra “psicodinámico” lo hace en términos de las relaciones que sus pacientes establecen con otras personas, de sus emociones y de los motivos inconscientes que afectan su comportamiento. En este caso no existe una diferencia clara entre salud y enfermedad.

En otros capítulos de su libro la autora de *Of two minds* describe el *ethos*, la *mística* y el estilo de trabajo en diferentes unidades de atención psiquiátrica, permitiéndonos ser testigos de las aproximaciones terapéuticas con las que son atendidos los pacientes bajo concepciones distintas de la enfermedad mental. Las dinámicas entre los miembros de los equipos de trabajo cambian, lo mismo que los modos lingüísticos y hasta el tipo de humor “políticamente correcto” aplicable a la psicopatología. De esta manera, Luhrmann nos permite entrar en contacto con la actividad profesional cotidiana y la idiosincrasia de psicoanalistas, psicoterapeutas y psiquiatras “biologistas”, sin olvidar realizar la exposición de un panorama histórico (siempre útil) que nos permite entender cómo surgió esta bifurcación de paradigmas a la que se hace referencia y de qué manera se ha dado la pérdida de terreno que en la práctica psiquiátrica (especialmente hospitalaria) ha sufrido el modelo psicodinámico en los últimos treinta años (a la sombra de los

avances de las neurociencias pero sin perder de vista el papel que ha jugado el *managed care* para que las compañías de seguros consideren cada vez menos restituibles los costos del tratamiento psicoterapéutico). Sorprende tanto la claridad con que la autora describe los principios prácticos de la psicoterapia psicodinámicamente orientada (pocos textos son tan claros al respecto pues la autora incluye la voz de psicoanalistas experimentados y residentes que asisten a psicoterapia y supervisan sus propios casos clínicos), como la minuciosidad casi periodística con la que investiga la actividad profesional de los psiquiatras dedicados a la investigación básica y clínica. Su interés no es el de responder a la pregunta de cuál aproximación a la enfermedad mental es la correcta (si es que hay una), sino cómo cada una de ellas funciona como una “cultura” para los psiquiatras y para los pacientes. Dice la antropóloga en su libro: “Quería saber cómo estas diferentes aproximaciones cambiaban la forma en la que los psiquiatras percibían, sentían, pensaban...”. Las *dos* psiquiatrías de las que escribe Luhrmann poseen una visión distinta del sufrimiento generado por la psicopatología, por lo que la concepción que la sociedad tiene de la enfermedad mental adquiere una dimensión moral al influir en la experiencia que los pacientes psiquiátricos, y el público en general, tienen de su propio padecimiento (por una parte el modelo biológico ha contribuido a combatir el estigma asociado a la enfermedad psiquiátrica pero al mismo tiempo nos desensibiliza del drama de la locura) y en la representación que tenemos de nosotros mismos como individuos. Entiende que tras la enfermedad mental hay un sustrato orgánico, pero que limitarse a percibir la locura sólo como un *desarreglo cerebral* equivale a no validar a los pacientes psiquiátricos como personas. Su tesis más arriesgada es que un psiquiatra se convierte en una persona distinta dependiendo del paradigma que decida seguir; distinta en tanto que cada una de estas aproximaciones a la enfermedad mental ofrece un marco normativo diferente al momento de establecer una relación de empatía con los pacientes, pues los límites de la *responsabilidad* y la *intencionalidad* de éstos respecto a su padecimiento no tienen la misma extensión según los cánones de los modelos biomédico y psicodinámico de los trastornos psiquiátricos. Lo anterior tiene implicaciones mayores, pues finalmente estamos hablando del modo en que un paciente aprende a vivir con su padecimiento.

El objetivo final del libro de Luhrmann es atestiguar, desde su posición como antropóloga, la manera en que un conjunto de ideas y prácticas pueden cambiar a una persona (lo que ella llama la “transformación de la subjetividad”). En el caso de su libro, estas personas son los psiquiatras mismos. Nadie mejor que un *outsider* para lograr ser imparcial, y Luhrmann lo logra de manera fascinante. Para quienes se dedican a la atención de la salud mental, *Of two minds* es sin duda un libro obligado.

(Emilio Márquez Orta)

Arte versus estigma. Una perspectiva histórica Art Against Stigma. A historical perspective

*Editado por Hans-Otto Thomashoff y Norman Sartorius
Editorial Schattauer, Stuttgart, 2004*

La editorial alemana Schattauer publica este trabajo realizado en conjunto por veinte colaboradores -entre los que se encuentran renombrados psiquiatras, historiadores del arte, terapeutas y artistas- bajo la coordinación de los doctores Hans-Otto Thomashoff (secretario de la sección de Psicopatología de la Expresión de la Asociación Mundial de Psiquiatría) y Norman Sartorius (director de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud y anterior presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría) como parte de un esfuerzo del proyecto *Art Against Stigma* (www.artagainststigma.org) el cual es apoyado por el Programa Internacional en contra del Estigma y la Discriminación debido a la Esquizofrenia (www.open.thedoors.com) de la Asociación Mundial de Psiquiatría. El proyecto *Art Against Stigma* está encabezado por el Dr. Sartorius y promueve el uso del arte como forma de expresión y como medio para la recuperación de la autoestima en pacientes con enfermedades psiquiátricas.

La selección de textos de *Art Against Stigma* no pudo haber sido más afortunada, incluyéndose en este volumen escritos de autores como Vittorino Andreoli (*La tercera vía de la psiquiatría*, editado en México por el FCE), Juan José López-Ibor (antiguo presidente de la Asociación Mundial Psiquiátrica), Héctor Pérez-Rincón (miembro de la Sección Arte y Psiquiatría de la Asociación Mundial Psiquiátrica), Juan E. Mezzich (actual presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría), Carlos Carbonell (presidente de la Sección Arte y Psiquiatría de la Asociación Mundial de Psiquiatría) y el mismo Hans-Otto Thomashoff. Los capítulos que se reúnen en *Art Against Stigma* corresponden a diferentes aproximaciones al tema de la creatividad/creación artística y su relación con las enfermedades mentales.

Tomando en cuenta que no son pocos los conceptos erróneos que se tienen al respecto (como suponer que la enfermedad psiquiátrica es fuente *per se* de creatividad), *Art Against Stigma* resulta un afortunado texto introductorio para toda persona interesada en el tema del arte psicopatológico, la psicopatología del arte y la psicopatología de la expresión (términos incluidos en el brillante capítulo del profesor López-Ibor titulado *Del arte psicopatológico a la dignidad del paciente mental*). El punto convergente de esta obra es promover la valoración del proceso creativo de los pacientes psiquiátricos de manera independiente a cualquier consideración sobre la psicopatología que les afecta. Tal y como apunta el profesor López-Ibor: "...[la] creatividad pertenece a la persona, no a la enfermedad...". En esta misma línea, Johan Feilacher, en su texto *Dreamscapes*, apunta que debe importarnos más el genio del artista que su condición psiquiátrica. Hans-Otto Thomashoff hace lo propio en el capítulo *Una obra de arte es una obra de arte quienquiera que la haya creado* (el título habla por sí mismo) y Carlos Carbonell realiza una breve crónica de la evolución en los conceptos relacionados con la creación artística de pacientes psiquiátricos (desde la exposición pictórica "Arte Degenerado" realizada en la Alemania nazi hasta la fundación de la "Compagnie de L'Art Brut" por Dubuffet). A lo que se nos invita en estos capítulos es a evitar caer en la visión maniquea heredada de los conceptos de Cesare Lombroso según los cuales la psicopatología es prácticamente una vía gratuita hacia la expresión artística. Esto de ninguna manera pretende ignorar la forma en que la enfermedad mental influye sobre el proceso creativo (en ocasiones mermándolo y en otras haciéndolo florecer) y es Leo Navratil quien hace una puntual observación de este efecto al describir la producción de sus pacientes de la siguiente manera: "...su arte está ligado a su estado psicótico de conciencia y representa un aspecto de su enfermedad mental." El doctor Thomashoff continúa este tratamiento de la reciprocidad entre creación y enfermedad mental al ilustrarnos -literalmente- el caso del pintor austriaco de principios del siglo XX Richard Gerstl y la transmutación que su obra sufrió durante el episodio depresivo que culminó con el suicidio del artista. James F. Kadlec hace algo similar al centrarse en la obra pictórica de Richard M. Lachman, y Walter Pöldinger expone detalladamente los matices que la melancolía suele imprimirle al arte (no sólo en el caso de la pintura, sino también de la música y la literatura). Por otra parte, Götz Fabry, en el capítulo que dedica al estudio de la obra de Picasso, nos advierte de otro de los excesos en los que es fácil caer al referirnos al tema de la creatividad y la enfermedad mental y que se refiere a la pretensión de utilizar diagnósticos médicos, en este caso psiquiátricos, como método exclusivo de análisis de las obras de arte. Meter Gorsen en su discusión sobre el *Art Brut* nos dice lo artificial que resulta el comparar el arte moderno con los trabajos de pacientes psiquiátricos, pues si bien existen elementos comunes entre la generación del objeto de arte y del síntoma psiquiátrico (Fabry nos remite a los conceptos de "fisionomización", "formalización" y "simbolización" propuestos por L. Navratil y que son comunes al arte moderno y la esquizofrenia), el artista, a diferencia del enfermo mental, puede llevar a cabo de manera regulada una "regresión al servicio del ego" (referencia de Fabry a E. Kris). En sentido estricto, esta afirmación equivaldría a rechazar como arte las creaciones de los individuos mentalmente enfermos. Sin embargo, si retornamos al texto de Andreoli leemos que "la decisión de incluir un trabajo dentro del campo del arte debe enfocarse al trabajo mismo y, por lo tanto, cualquier criterio de inclusión o exclusión debe dirigirse al trabajo y no a las características psicológicas del autor." En todo caso las voces más autorizadas para opinar acerca del tema del arte y la psicopatología son las de los creadores mismos -las "personas artísticamente dotadas con enfermedades mentales" de quienes habla Feilacher- y las de los profesionales de la salud mental involucrados en el uso del arte como proceso terapéutico. Al respecto, en *Art Against Stigma* se incluyen las colaboraciones de Don Taylor, Yasuhiro Tamanaka, Diane Waller y Magdalena Tyszkiewikz. Don Taylor sufre de esquizofrenia y es un reconocido autor de trabajos realizados mediante el ensamblaje de piezas de madera (en su capítulo *Soy un artista* nos relata parte de su experiencia como paciente y como creador); el doctor Yamanaka aporta los casos de cinco pacientes psiquiátricos y la interpretación que cada uno de ellos hace de sus propias pinturas realizadas durante sesiones de terapia del arte; la profesora Waller relata la importancia que ha cobrado a lo largo de los últimos años el uso de la terapia del arte en el tratamiento de pacientes psiquiátricos, y la doctora Tyszkiewikz enlista los beneficios que sus pacientes han obtenido a través del trabajo artístico. En otros sentidos, Juan E. Mezzich y Cathy Tasman llevan a cabo un interesante ejercicio académico en el que proponen el uso de las artes visuales como medio para la descripción de estados psicopatológicos; Jennifer y Henning Christoph reflexionan, a través de la obra de Simon Soha, sobre la visión que algunas culturas africanas tienen del arte y de la locura, y Héctor Pérez-Rincón revisa la relación entre la experiencia corporal de la pintora mexicana Frida Kahlo y su obra (otra aproximación al tema por el mismo autor lo encontramos en *Eros y Psiqué*, editado por la Universidad Nacional Autónoma de México y JGH editores). Finalmente, a todo lo reseñado hay que agregar la fina impresión de 103 imágenes de dibujos y pinturas que aparecen a lo largo de los capítulos de esta obra cuya esencia tal vez pueda resumirse en las palabras de Gretchen Hurlburt quien en su capítulo sobre el papel del arte en la resolución de la enfermedad mental apunta: "El arte ofrece sustancia a las experiencias individuales y los espectadores validan la expresión de esas experiencias por el artista."

(Emilio Márquez Orta)

“La locópolis de Mixcoac” en una encrucijada política: reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933

Cristina Sacristán, en Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la ciudad de México. Coordinadores: Cristina Sacristán y Pablo Picatto. Instituto Mora, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas. México, 2005.

Recientemente encontré el recorte de un artículo que apareció el 19 de mayo del 2001 en el periódico *Reforma*, titulado *La psiquiatría. Especialidad en tela de juicio*. En la nota se hace mención de internamientos supuestamente injustificados de personas “sanas” en instituciones psiquiátricas. Aunque difícilmente podemos considerar al *Reforma* como un diario sensacionalista, el texto al que hago mención es marcadamente parcial. El que un periodista decida escribir una columna en la que se presenta a la psiquiatría como una herramienta más de abuso de autoridad, no significa que éste sea el estatus de la especialidad, pero nos hace reconocer que ésta se ha visto sometida a un proceso constante de escrutinio por parte de la opinión pública en general y de la prensa en particular.

La relación entre la psiquiatría y la opinión pública siempre ha sido compleja. Si a dicha diada agregamos los intereses de personajes pertenecientes a las estructuras del poder, los vectores en juego establecen dinámicas aún más difíciles de descubrir a primera vista. Veamos, entonces, el hecho del cual parte el estudio de Cristina Sacristán “*La locópolis de Mixcoac*” en una encrucijada política: reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933.

El 2 de octubre de 1932, el general José María Tapia, presidente de la Beneficencia Pública, realizó una visita al Manicomio General de la Ciudad de México, mejor conocido como La Castañeda. Durante esta visita, Francisco Pascual Bonillas, uno de los internos del asilo, logró denunciar ante el general Tapia las irregularidades de su internamiento, detrás del cual se escondía una medida represiva por parte del director de la Escuela de Ciegos (Bonillas era invidente y asistía a dicho plantel), cuya destitución había sido solicitada por un grupo de alumnos organizados por el afectado, y quienes se quejaban de los malos tratos recibidos por la autoridad escolar. El general Tapia promovió una investigación y el asunto trascendió hasta llegar a las redacciones de los principales periódicos capitalinos.

El Manicomio de La Castañeda recibió en pocos días una andanada de severísimas críticas como probablemente nunca antes le había ocurrido. El escándalo terminó por esclarecerse en los tribunales donde figuras de la talla del doctor Samuel Ramírez Moreno tuvieron que presentar su declaración.

Al final del entuerto, la nueva administración de La Castañeda (entonces ya a cargo del doctor Manuel Guevara Oropeza) tuvo que revisar y modificar el procedimiento de admisión de pacientes, de manera que desapareciera la posibilidad de internar a una persona sin una estricta evaluación médica.

La tesis que plantea Cristina Sacristán es que el “escándalo Bonillas” se trató más de una batalla política que de una genuina discusión pública sobre el problema de los trámites de hospitalización en La Castañeda. Es decir, una reforma psiquiátrica de la importancia que representaba la modificación de los criterios de ingreso de pacientes al Manicomio General de la Ciudad de México, tuvo como catalizador una disputa dentro de las altas esferas del poder, evidenciando, tal como lo apunta la autora, la debilidad que en aquel entonces adolecía la psiquiatría nacional ante el Estado mexicano.

Resulta que el 2 de octubre de 1932, el hasta entonces Presidente de la República, ingeniero Pascual Ortiz Rubio, abandonó el país luego de haberse visto obligado a renunciar a su cargo debido a las presiones y maniobras políticas del general Plutarco Elías Calles (recordemos la entonces popular frase “Aquí vive el presidente, pero el que manda vive en frente”). Ortiz Rubio fue relevado por Abelardo L. Rodríguez, quien nombró presidente de la Beneficencia Pública al ya mencionado general José María Tapia. El anterior encargado de la Beneficencia, de la cual dependía la dirección de La Castañeda, había sido el propio hermano del ex presidente Ortiz Rubio. De acuerdo a Cristina Sacristán, estos acomodos políticos sirvieron de ambiente propicio para que se desencadenaran los sucesos ya descritos. No es difícil imaginar que el general Tapia haya intentado modificar la pobre imagen que ante la opinión pública tenían los hospitales a su cargo (a la cual no ayudaba en nada el internamiento irregular de Bonillas) atribuyendo, de antemano, las deficiencias encontradas a la administración anterior.

Cristina Sacristán resalta que, con la aparición de las notas periodísticas que documentaban la desventura del alumno de la Escuela de Ciegos, los psiquiatras de La Castañeda vieron en el asunto una oportunidad para intentar liberar a la especialidad de su subordinación al Estado y normar su funcionamiento de acuerdo a criterios exclusivamente médicos.

El panorama descrito en los párrafos anteriores plantea una suerte de choque de fuerzas entre psiquiatría, opinión

pública, prensa y poder político. Tenemos, de acuerdo a lo que expone Cristina Sacristán, a un grupo de especialistas quienes habían visto en la prensa un vehículo donde promover prestigio, estatus social y legitimidad para la psiquiatría; una opinión pública en ciernes que aprovechó el momento para asumir el papel de “interlocutor del poder”; una prensa escrita, entendida ya como una vía para la expresión de ideas, y una esfera política inestable, más preocupada de su permanencia en el poder que por el bienestar de los estratos más desprotegidos de la sociedad.

Como ya sabemos, el resultado final de esta historia fue la modificación del reglamento de internamiento de pacientes del Manicomio de La Castañeda. En apariencia, los sucesos que desencadenaron este avance en el proceso de “institucionalización de la psiquiatría” son fácilmente identificables. Cristina Sacristán argumenta en *“La locópolis de Mixcoac” en una encrucijada política: reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933* que los engranes que permitieron estas modificaciones se activaron como respuesta a motivaciones ajenas al campo de la psiquiatría o de la desinteresada expresión de la opinión pública a través de la prensa. Haciendo un estudio de caso del “secuestro” de Francisco Pascual Bonillas en La Castañeda, la autora se extiende a la esfera pública para lograr dilucidar la influencia de las disputas políticas de la época en la consolidación de la psiquiatría como especialidad médica en México.

(Emilio Márquez Orta)

El enamoramiento y el mal de amores

Alberto Orlandini

Colección La Ciencia para todos.

Coedición Fondo de Cultura Económica, SEP, CONACYT. 2003

El amor es uno de los elementos emblemáticos de la vida.

*Breve o extenso, espontáneo o minuciosamente construido,
es de cualquier manera un apogeo en las relaciones humanas.*

Mario Benedetti

El Amor nos ha tocado y fascinado a todos por lo menos una vez en la vida, nos ha transformado y brindado una oportunidad de crecimiento; de la misma manera todos hemos sufrido del desamor y sus torturas. Sin embargo a pesar de la casi universalidad e intensidad del fenómeno en la cultura occidental contemporánea, el amor ha sido un tema poco estudiado por la ciencia, pero es sin duda un fenómeno de interés profesional para los especialistas en la salud y la patología mental, que se supone algo sabemos de los afectos y las relaciones interpersonales.

Alberto Orlandini, un psiquiatra argentino formado en Cuba, se interesa por el tema y realiza una revisión superficial, acrítica y un tanto desorganizada sobre el fenómeno del amor desamor.

A lo largo de veintiocho capítulos y un glosario de términos, Orlandini recopila y resume algunos de los escritos e investigaciones relativas al amor, incluyendo estudios propios sobre el enamoramiento en adolescentes, pero especialmente se vale de innumerables citas textuales de pasajes literarios, desde *El Quijote* y *La Celestina* hasta *El amor en los tiempos del cólera* y otros fragmentos de novelas de los escritores del *boom* latinoamericano; así mismo cita refranes populares y dichos de primera mano de ciudadanos comunes que opinan sobre el tema en cuestión.

En el primer capítulo relata algunas definiciones del amor como la de Platón, para quien este sentimiento es “locura divina”, o la de Marcel Proust para quien el amor es un fenómeno regido por leyes mágicas y no racionales, por lo que no se debe intentar comprenderlo.

El autor asevera que “la psiquiatría moderna considera al amor como un tipo de placer derivado de experiencias gratificantes entre los amantes”.

En capítulos siguientes escribe acerca de los componentes del amor de acuerdo con varios autores. Cita a Robert Stenberg quien visualiza los elementos del amor como los tres lados de un triángulo: pasión sexual, intimidad amistosa y decisión de compromiso, que sólo juntos forman la figura.

Orlandini señala que *el erotismo* es uno de los elementos fundamentales del enamoramiento; es desencadenado por características del ser amado que resultan atractivas. El erotismo es un componente de la pasión, donde el individuo desea la fusión corporal con el ser amado, pero también incluye el pensamiento continuo y las fantasías con el objeto amoroso, la posesión de éste y el desconsuelo que provoca la ausencia. El segundo elemento fundamental del amor, listado por el autor, es *la ternura*, asociada con sentimientos de dulzura, cuidado y protección hacia el otro. Este ingrediente

está presente en los amores serenos, maritales o de compañeros, y es más fuerte en estas etapas que la pasión y el erotismo.

A la par de los anteriores, se encuentra *la amistad*, cuyos componentes fundamentales son la confianza y la fe. Significa la coincidencia de intereses, ideas, gustos, proyectos, aventuras y se alimenta de los acontecimientos trascendentes y cotidianos de la vida. De acuerdo con Alberoni, citado por el autor, la amistad le da a la relación amorosa el vínculo de fe, confianza mutua, respeto y libertad al amado.

Como otro elemento esencial de la relación amorosa, Orlandini hace referencia al *compromiso de pareja*, en el cual existe un acuerdo sobre el tiempo de duración de la relación, acerca de la fidelidad (no necesariamente negociada para siempre), sobre las reglas de convivencia, de autonomía y dependencia, de confianza y comunicación.

En otro capítulo el autor aborda de manera superficial, prácticamente a modo de mención, algunas de las teorías del origen del enamoramiento. Una de las referidas es la del escritor Marcel Proust para quien el amor es consecuencia de una necesidad interna, tan biológica como el hambre, sin importar el objeto amado: “ En la juventud es tan intensa la sed de amor que no importa el brebaje que se beba para calmarla”.

Uno de los capítulos más interesantes, es el dedicado al cortejo, donde reseña resultados de investigaciones relativas a las señales de búsqueda amorosa desde la perspectiva filogenética y también histórica. Menciona la importancia de los sentidos para la percepción de estímulos que envía la pareja durante el cortejo a través de señales visuales, auditivas y olfatorias. Resalta la eficacia de formas, tamaños y colores de ciertas partes del cuerpo para producir atracción en el otro, haciendo especial hincapié en los ojos, labios, cabello, senos y glúteos en el caso de las mujeres y de los ojos, hombros, labios y aroma en el caso de los hombres. La sonrisa junto con la mirada son señales aparentemente sutiles pero determinantes en el coqueteo. Otro aspecto importante, es el lenguaje corporal, la gesticulación, los movimientos de las manos, del cabello, las piernas, el caminado, el baile.

A la par de estas descripciones, Orlandini hace referencia a la censura del resaltamiento de estas señales de cortejo en ciertos momentos de la historia. Relata por ejemplo, que en la Edad Media, los directores espirituales católicos, recomendaban a las jóvenes caminar con pasos pequeños, sin movimiento de caderas y con la mirada dirigida al suelo; criticaban el baile porque conocían el poder seductor de los movimientos del cuerpo y exigían el uso de velos que cubrieran cara y cabello, para ocultar el poder seductor de las facciones y los gestos.

En el capítulo sobre el *Desenamoramiento*, el autor realiza un listado de causas por las que el amor puede terminar, como la domesticación del amante, la cotidianidad, la presencia de expectativas no alcanzadas, la infidelidad, el maltrato físico o emocional, así como la permisividad de la influencia negativa de personas fuera de la relación, que intentasen sabotearla. Las características del desenamoramiento, consisten en la pérdida de la satisfacción, placer y alegría generados por el encuentro con el otro, desatención a las necesidades del antes amado, intolerancia a los errores irrelevantes, escasez de comunicación, así como búsqueda de nuevos intereses afectivos o sexuales.

Según el autor, el proceso de desenamoramiento se presenta de manera diferente entre los distintos individuos; los sujetos agresivos manifiestan odio, ofensas y descalificaciones; los deshonestos ocultan la verdad del desamor por diversas razones, mientras que los maduros mantienen relaciones de respeto y aprecio evitando dañarse a pesar del fin del amor.

Otro capítulo interesante, es el referente a *Las enfermedades del enamoramiento*, en que se consideran éstas como formas de amor patológico, donde se sufre más de lo que se goza y hay una exageración en la idealización; consecuentemente, el desmoronamiento del ídolo ante la realidad causa mayor dolor. En estas relaciones la desconfianza, los celos y la absorbencia de la pareja, crean una relación posesiva y castrante.

Señala diversos tipos de amores malsanos, como el *narcisismo morboso*, donde el sujeto se toma a sí mismo como objeto amoroso, incapaz de amar a los demás; es un amor envidioso del éxito y las necesidades del compañero. El narcisista es pobre en afectos, se mantiene distante emocionalmente, carente de interés, compromiso y entrega con el otro. Es poco celoso a causa de su distanciamiento emocional, y en cuanto a la sexualidad, es incapaz de involucrarse íntimamente con el amante.

En la *depresión por amor*, llamada también melancolía erótica, se da un estado de nostalgia por un amor no correspondido o imposible, por desenamoramiento del amado o por separación del amante. Se presentan de manera característica los síntomas de un episodio depresivo.

En el último capítulo Orlandini realiza una revisión de cómo se ha dado el fenómeno del amor en diferentes momentos de la historia. En la primera parte escribe sobre las formas en que algunos animales se relacionan con individuos del sexo opuesto; es interesante que entre los primates se den conductas de cortejo y mantenimiento de relación semejantes a las humanas, donde la ternura, el cuidado y el sexo son elementos importantes.

Posteriormente resume algunos de los hallazgos de la famosa antropóloga Margaret Mead en la comunidad primitiva de Samoa, donde las relaciones amorosas comienzan abiertas y libremente en la adolescencia temprana, la virginidad carece de valor excepto en las hijas de los jefes de las tribus – *el asunto importaba por la transferencia del liderazgo* – se acepta la poligamia y la separación no está estigmatizada (Las cursivas son mías). [Recientemente se ha descubierto que esa situación idílica era falsa y que las informantes engañaron a la inocente y crédula Mead. Ed.]

En otro subcapítulo se habla del amor clásico en Grecia y Roma, ambos caracterizados por matrimonios arreglados, sin amor, donde los fines eran la procreación y el mantenimiento de la casa. La mujer no era considerada

merecedora de amor, a diferencia del hombre que despertaba este sentimiento, especialmente en su época adolescente y de manera preferencialmente homosexual, guiado por un amante de mayor edad.

A diferencia de las libertades sexuales de la época y las culturas clásicas, el erotismo en la Edad Media se vio totalmente censurado por la Iglesia Católica. Se temía a las mujeres porque las creían portadoras de lujuria y brujería, de hecho el autor señala que no fue sino hasta el concilio eclesiástico del año 585, cuando se reconoce que la mujer tiene alma y es un ser humano semejante al varón, sin embargo, siguió ocupando un lugar inferior en las diferentes áreas de la vida.

El amor conyugal estaba representado por el varón-amo y la mujer-esclava. “La represión erótica se basaba en la educación mojigata, los cinturones de castidad, las salas de tortura y los tribunales de la Santa Inquisición”.

En estas sociedades de matrimonio por interés donde la mujer era vista como moneda de comercio para alianzas de poder y adquisición de tierras, el amor sólo podía darse en el adulterio. Este tipo de amor se conoce como amor cortés. Se concebía como un amor libre, esforzado, riesgoso y con escasa retribución. Posteriormente, este modelo de amor pasa a la literatura como una forma de educación para las damas, “quienes debían dosificar sus entregas” y para los caballeros como una enseñanza de la forma de conquistar el alma y la mente de ellas con base en el galanteo y las buenas maneras.

El *amor Victoriano*, presente en la sociedad occidental, especialmente la europea, desde la segunda mitad del siglo XIX, hasta la década de los años veinte del siglo pasado, se caracterizó por matrimonios de conveniencia, donde el coito debía de ser rápido, se condenaba la masturbación, así como los temas sexuales en la vida cotidiana y en el arte, y se recurría incluso a prácticas como la extirpación del clítoris. Esto condujo a una doble moral ante la imposibilidad de acabar con el erotismo.

La revolución sexual tuvo su apogeo en la década de 1970, condujo a diferentes formas de relaciones de pareja, con permisividad de la sexualidad infantil y adolescente, pérdida de la importancia de la virginidad femenina, establecimiento de parejas sin vínculos jurídicos y relaciones de pareja más democráticas.

El autor concluye el libro con la visión del amor a finales del siglo XX, citando a “algunos pesimistas” quienes consideran que el amor romántico está muriendo por el “narcisismo patológico, la ambición de éxito y el estrés psicológico”.

Vale la pena señalar que a lo largo del libro el autor establece una serie de etiquetas preconcebidas y parciales sobre conductas en el amor y el erotismo, mencionando conductas negativas en “las histéricas”, “las coquetas”, “los narcisistas”, “la morbosa mujer de carrera”, “las terribles hembras masculinizadas”. Estos términos se alejan de la objetividad científica y ponen de manifiesto sus propios prejuicios.

Si bien se trata de un obra de divulgación, el autor revisa el tema de manera superficial, especialmente le resta importancia a la aproximación neurobiológica al fenómeno amoroso. El autor no se arriesga a dar una definición propia, ni intenta dar una visión integrativa de dicho fenómeno. Sin embargo, considero que esta lectura brinda elementos racionales para acercarse al fenómeno del enamoramiento y su contraparte. Ofrece incluso elementos psicoeducativos, que pueden facilitar el duelo en una persona que sufre *mal de amores*, tras saberse muerto para siempre en el ser amado.

Esta lectura también nos lleva a considerar que el amor es un proceso dinámico, que requiere de múltiples factores para iniciarse y más aún, para perpetuarse. Nos ofrece elementos para reflexionar, que aunque el desamor puede ser un doloroso final, el Amor es el proceso más vivo, mágico, intenso, enriquecedor, creativo y maravilloso de la vida.

(Cristina Lóyzaga Mendoza)

Los trastornos delirantes en la vejez

Miguel Krassoievitch. Ed. Desclée de Brouwer, Bilbao, 2004

Este espléndido libro, si es que se permite la expresión para referirse a una obra de la bibliografía científica, es el último de una trilogía que comenzó en 1988 con *Demencia senil y presenil* y que continuó con *Psicoterapia geriátrica* en 1993. El texto inicia con varias consideraciones y precisiones a propósito de la inacabada discusión sobre la clasificación de las enfermedades mentales actualmente en uso, y que por motivos ahistóricos y ateóricos, según Germán E. Berrios, ha ignorado la presencia de síntomas que en el pasado eran objeto de discusiones clínicas muy amplias. El autor evidencia con mucha claridad la insuficiencia de los dos sistemas internacionales de clasificación actuales, el DSM-IV y la CIE-10, para caracterizar la psicopatología que suele presentarse en la vejez, y en especial en lo relativo

a las alteraciones del contenido del pensamiento y de la sensopercepción, en términos que no sean los del modelo categórico de la esquizofrenia.

A continuación se refiere a la dificultad que eso representa para llevar a cabo estudios epidemiológicos que nos permitan conocer con mayor precisión la frecuencia de presentación de los trastornos delirantes de la vejez y en dónde nuevamente se expresan las discrepancias de las posturas teóricas de los grupos de investigación históricamente dedicados al estudio de la psicopatología de la senectud. En lo que sí parecen coincidir, en cambio, es en que los porcentajes de prevalencia no son para nada despreciables, es decir, no se trata en modo alguno de padecimientos excepcionales por lo raro, sino que aún no contamos con herramientas nosográficas consensuadas para enunciarlos y describirlos. En este sentido, la obra reseñada cumple una función importantísima, porque nos ayuda a reunir elementos semiológicos muy útiles para sistematizar nuestra práctica clínica psicogeriatrica, independientemente de que los marcos de clasificación no sean aún los más adecuados.

Tres parecen ser los factores que influyen en el carácter insuficiente de los sistemas de clasificación aludidos con respecto a la psicopatología de la vejez: la extrapolación a la vejez del modelo adultomorfo, la naturaleza esencialmente descriptiva de las clasificaciones y la exclusión de la polimorbilidad, que finalmente conducen al empobrecimiento del diagnóstico, además de ensombrecer el cuadro clínico. Por lo anterior no es de extrañar que en estas condiciones se justifiquen posiciones como las de Felix Post (1992) quien insiste en que “los clínicos deberían estudiar la naturaleza de los delirios y las alucinaciones de la vejez con mayor intensidad y con más sofisticación que en el pasado en forma independiente de la presencia o ausencia de la patología cerebral confirmada o de componentes afectivos”. En este tenor, Krassoievitch se da a la tarea de revisar y actualizar el tema de los delirios en la vejez, para lo cual repasa la evolución histórica de algunos de los conceptos y constructos existentes. Así, reconoce la necesidad de hacer una distinción entre los trastornos que se presentan en la edad madura y los que corresponden a la vejez propiamente dicha, sin que esto impida discutir los parámetros utilizados para diferenciar una etapa de la otra. Ubica también que en décadas anteriores, dada la corta esperanza de vida, los trastornos relacionados con la senectud podrían iniciarse a los 45 años, edad que en 1980 establecía el límite para hacer el diagnóstico de esquizofrenia. De hecho, esa edad era precisamente la que se tomaba en cuenta para hablar del inicio de la involución o presenilidad. La parafrenia tardía y la melancolía involutiva son ejemplos concretos de trastornos ligados a la edad que se ubican en la edad madura y la vejez.

Ya mencionado con anterioridad, Krassoievitch hace especial referencia a las dos principales corrientes relacionadas con el tema de los trastornos delirantes seniles: las escuelas anglosajona y francesa. Así encontramos que juntas y por separado mantienen las categorías nosológicas que han utilizado desde su origen, al margen de que puedan incluirse o no en las clasificaciones internacionales disponibles.

El autor nos demuestra por otra parte que el modelo de la esquizofrenia no basta para caracterizar e incluir a todas las alteraciones delirantes y alucinatorias de la tercera edad, lo que ha dado lugar a la formulación de nosografías muy interesantes y trascendentes, como las desarrolladas por Halberstadt (1934), Naudascher (1939) y Dias Cordeiro (1972). Del primer autor destaca de su obra *Las psicosis seniles*, la división de los variados cuadros clínicos de los trastornos psicóticos de la edad presenil en tres grupos: la melancolía, los delirios y las demencias. En cuanto a este último grupo Halberstadt se refería, ya desde su época, no a las demencias orgánicas, sino a aquellas psicosis que evolucionan al deterioro como la esquizofrenia. Asimismo destacó con mucha claridad cuestiones que siguen siendo total y absolutamente vigentes como la multiplicidad y el intrincamiento de las causas, así como el polimorfismo de la expresión de estos padecimientos.

Con respecto a Naudascher, que abrevó en las psiquiatrías alemana y francesa, Krassoievitch refiere que utilizó, para su interesante clasificación de los trastornos delirantes involutivos preseniles, tres coordenadas que también son un referente vigente para el ejercicio clínico. Las dos primeras se relacionan con la edad de aparición (presenil y senil) y la estructura del delirio (paranoica, parafrénica y paranoide), y la tercera trata de la ausencia o presencia de trastornos demenciales. Lo que queda claro es que la sistematización y la síntesis logradas por este autor francogermano, en cuanto a los conocimientos disponibles en su época, han servido de modelo a quienes han seguido trabajando sobre estas patologías. En referencia a estos últimos, el texto de Krassoievitch incluye una referencia directa a otro de los más significativos y relativamente recientes investigadores de los estados delirantes en la vejez: José Dias Cordeiro. Como estudiante de la Clínica Universitaria de Bel-Air en Ginebra y bajo la dirección de Julián de Ajuriaguerra, Dias Cordeiro publicó, entre 1970 y 1972, varios trabajos relacionados con los estados delirantes de inicio tardío. En el texto que lleva este mismo título, Ajuriaguerra, Dias Cordeiro y Burgermeister proponen una clasificación de los estados delirantes en cuatro grupos que, al igual que el anterior, constituyen un referente clínico vigente, no sólo por la escasez de otras propuestas sino porque verdaderamente se trata de una división muy completa para su empleo en la cotidianidad clínica:

1. Las psicosis agudas y subagudas (por ejemplo, los estados confusionales y el síndrome de Charles Bonnet en su forma aguda).

2. Las formas delirantes de las melancolías tardías (como las ideas delirantes hipocondriacas y las ideas de negación).
3. Los delirios crónicos tardíos.
4. Las ideas delirantes que acompañan a los estados demenciales.

En cuanto al tercer grupo, las aportaciones más significativas que hace Dias Cordeiro son las descripciones y la inclusión de los delirios de perjuicio o intrusión (erotomaniaco y del compañero tardío), así como los desconocimientos sistemáticos (la negación del deceso y el delirio de longevidad). Otras aportaciones igualmente relevantes son las siguientes consideraciones:

1. La expresión psicopatológica del delirio varía en función de los elementos mnésicos, tímicos o de desaferentación sensorial (yo diría también social).
2. La nosografía de los estados delirantes tardíos se debe abordar considerando esencialmente si el trastorno delirante se asocia o no a otro trastorno psíquico.
3. Los estados delirantes tardíos se caracterizan fundamentalmente por un poliformismo psicopatológico y por una ausencia de especificidad en cuanto a la forma y a los contenidos expresados con respecto a una situación dada; por ejemplo, una demencia, un trastorno de la conciencia o una "psicosis funcional".

Si bien el autor cierra la parte dedicada a la evolución histórica que ha tenido el tema con esta cita de Dias Cordeiro, después de leer lo que constituye el estado actual que guardan los trastornos delirantes en la vejez, es claro que no ha habido grandes cambios, no obstante la incorporación de adelantos, como la tecnología en neuroimágenes, por lo que esencialmente, como ya se dijo, se mantienen las posturas de los dos más grandes grupos de estudio de Europa. Por un lado, los anglosajones con su insistencia en usar el concepto de parafrenia tardía ligado a la idea de la aparición de la esquizofrenia en forma tardía. Por otro, la corriente francesa que propugna por la caracterización clínica de la variedad de trastornos delirantes y alucinatorios de origen en la vejez y cuyo parentesco con la esquizofrenia les sigue pareciendo más que dudoso.

En la segunda parte del libro, dedicada a la etiopatogenia, nos encontramos que la personalidad premórbida es otro aspecto en que no existe ningún avance ya que hasta la fecha esta sigue siendo inespecífica. Igualmente llama la atención el papel de la desaferentación de los pacientes con trastornos delirantes, en el sentido de que el aislamiento social, y no la sordera, es el factor más relevante para una eventual aparición del trastorno. Si bien no se puede decir que todas las disminuciones sensorio-perceptivas que acompañan al envejecimiento determinen necesariamente una predisposición a sufrir trastornos delirantes, lo real es que las características de personalidad de tipo evitativo o esquizoide sí predisponen, junto con la patología sensorial, principalmente auditiva y visual, a presentarlos en muchos de los casos.

El capítulo dedicado a los aspectos psicodinámicos de los trastornos delirantes constituye sin duda una aportación esencial para la comprensión del fenómeno, al tiempo que nos provee de una herramienta fundamental para abordar de manera integral su estudio y manejo. Por ejemplo, toda vez que el temor por la pérdida o la separación y la respuesta a ellas están muy influidos por experiencias previas de este tipo y por la calidad de las relaciones que ha tenido anteriormente el paciente, concluye que los ancianos se sienten amenazados por tres tipos de situaciones:

1. Las pérdidas de cualquier índole, desde la pérdida personal (como la muerte del cónyuge) hasta la pérdida de la autoestima.
2. Los ataques que consisten en agresiones externas capaces de producir una herida narcicista, con el dolor que de esto resulta.
3. Las restricciones resultantes de cualquier fuerza externa que limite la satisfacción de impulsos y deseos.

A falta de un modelo específico del envejecimiento desde la perspectiva psicodinámica, llama la atención el abordaje de la explicación por medio de las teorías desarrolladas por Melanie Klein. Con base en la descompensación paranoide de la depresión, Klein nos aproxima a una mayor comprensión de la fenomenología y la expresión clínica de estos trastornos. Según el autor, la descompensación paranoide puede producirse cuando el paciente deprimido proyecta su culpa en los demás, lo que la lleva a transformarse en angustia persecutoria, en tanto el objeto evocador de la culpa se torna perseguidor.

Con respecto a los delirios relacionados con la demencia, se menciona que en el sujeto demente -en tanto que su pensamiento retorna a un nivel figurativo, es decir, dependiente para la realidad de las percepciones-, las ideas delirantes se manifiestan a partir del momento en que falla la percepción. En cualquier circunstancia, la función del delirio se debe entender como adaptativa y con una expresión determinada por cualquiera o todos los mecanismos de defensa siguientes: la negación, la regresión, el desplazamiento y la proyección. De hecho, los dos últimos mecanismos son los que se observan en especial en los delirios de persecución y de perjuicio.

La convicción delirante de sufrir daños físicos y morales no es sólo una vivencia persecutoria en los ancianos, sino también una forma de luchar contra el aislamiento y la depresión. La función del delirio, concluye Krassoievitch en su libro, sería entonces la de rellenar el vacío producido por el aislamiento y restituir el sentido de la existencia, tanto en la vivencia interna como externa, tal como si hubiera nacido un nuevo individuo en un mundo diferente. Es posible, por qué no, que lo anterior ayude a explicar las dificultades que se observan al tratar de modificar un

trastorno delirante por medio del tratamiento biológico o, en palabras de Nacht y Racamier: “más vale delirar que estar solo”. Desde esta perspectiva se entiende muy bien la insistencia del autor en que, sin ideas nosográficas preconcebidas, tratemos siempre de describir las imágenes clínicas que expresen nuestros pacientes.

En tanto el delirio y las alucinaciones exhiben una pérdida relativa del control sobre la realidad y las instancias encargadas del control (la vigilia, el sensorio, la función intelectual, la afectividad y la personalidad) se coordinan dinámicamente para permitir la adaptación al medio. La alteración en una o varias de ellas es susceptible de provocar un trastorno delirante. Sin embargo, en realidad, la falla de una sola puede no ser suficiente, como en el síndrome de Charles Bonnet, en que el defecto visual provoca las alucinaciones visuales sin actividad delirante, por lo que el autor considera que, a la alteración de una de las instancias de control, es necesario que se agregue la falla de otra.

En el caso particular del discutido delirio de negaciones, o de Cotard, Krassoievitch presenta muy bien los argumentos que permiten integrar las dos posturas existentes. Por un lado está la exposición clásica de los síntomas y, por otro, los resultados de los trabajos más recientes, como el de Berrios y Luque (1995), que llevan a considerar el delirio de negaciones como el indicio de una depresión o de la gravedad de la misma.

Continuando con la presentación de los síndromes delirantes de la vejez denominados clásicos, Krassoievitch se ocupa de dos síndromes interesantes: el delirio erotomaniaco de Clérambault y el delirio dermatozoico de Eckbon.

En cuanto al primero, destaca la división de las formas observadas, toda vez que sigue siendo una referencia vigente: la forma “pura” de la erotomanía, que pertenece al grupo de los delirios pasionales, y la forma sintomática, que se asocia a otro padecimiento psicótico. Si bien la nomenclatura “oficial” del DSM-IV la incluye en los trastornos delirantes, la verdad es que la forma primaria de la erotomanía reúne buena parte de los criterios clínicos formulados por Clérambault, como atinadamente lo señala el autor.

Para seguir con la descripción de este delirio, es interesante observar que, aun siendo poco común su aparición, la presencia de ideas erotomaniacas en los ancianos no es un hecho excepcional. Según Krassoievitch, el síndrome erotomaniaco se puede comprender como un intento por restaurar y revalorar al sujeto, sobre todo en el nivel corporal, ya que, mediante la creencia delirante de ser amado y deseado por otra persona, el anciano trata de negar su propia decadencia física.

Por lo que toca al delirio dermatozoico de Eckbon, nos encontramos con que nuevamente no es una excepción respecto de la ubicación nosológica. De esta forma, según el autor, son objetables los cuestionamientos al cuadro clínico, sobre todo porque, para algunos autores, el delirio corresponde a los síntomas de la paranoia tal y como fue descrita por Kraepelin y, aun cuando haya sido objeto de múltiples denominaciones sinónimas, lo real es que hoy en día conserva una de sus principales líneas que es su carácter primario.

De cualquier forma, el autor también nos alerta sobre la posibilidad de aparición de ideas delirantes de infestación en tres entidades psicopatológicas: la depresión, la esquizofrenia y la demencia. En la patología orgánica se han identificado en las neoplasias, la policitemia y la insuficiencia cardíaca, sin descartar otras que cursan con marcado prurito, como la insuficiencia renal, la diabetes y la cirrosis hepática.

Mención especial requiere el espacio brindado a la descripción del síndrome de Charles Bonnet, otro trastorno muy peculiar. Al igual que el delirio dermatozoico de Eckbon, dicho síndrome tampoco es referido al psiquiatra en la proporción que se esperaría, toda vez que se trata de una alteración relacionada con alguna oftalmopatía y que tiene la particularidad de presentarse en sujetos ancianos sin deficiencia mental, pero con probables alteraciones vasculares.

En un sentido psicodinámico, es interesante la consideración sobre las “visiones” del síndrome ya que, según esta lectura, podrían corresponder a una realización alucinatoria del deseo de no estar solos y, en consecuencia, funcionarían como un equivalente visual del síndrome del compañero tardío.

En la parte relacionada con el análisis de las semejanzas y las diferencias entre ambas funciones sensoriales, es interesante la exposición de la teoría de la liberación perceptiva propuesta por West (1962) y Cogan (1973). Esta plantea que, en condiciones normales, la entrada de las aferencias sensoriales inhibe las huellas mnésicas almacenadas en los circuitos neuronales, que siempre están preparados para reactivarlas, si la entrada de los estímulos se reduce. En un estado de conciencia conservado y mediante una activación cortical suficiente, se produce una liberación y percepción consciente de estos engramas almacenados. Sin embargo, y por lo menos hasta ahora, es muy difícil englobar los dos síndromes alucinatorios (visual y auditivo) en una causalidad común. Está además la agravante especial de que la sordera surte mayores efectos negativos sobre la personalidad, entre otras razones porque priva al sujeto del medio de comunicación más humano, amén de que el sistema auditivo no tiene la facultad de producir fácilmente fenómenos alucinatorios.

Sin duda, las consideraciones vertidas respecto de los estados delirantes resultan muy valiosas para entender al mismo tiempo las manifestaciones de los cambios sensoriales que se presentan en el proceso de envejecimiento normal.

Quizá el capítulo más corto, aunque no por ello menos relevante, es el destinado a los aspectos del tratamiento. En él se señalan pautas generales que deben normar la conducta terapéutica hacia los ancianos. En este sentido y en relación con los trastornos delirantes, lo más importante es la disposición para comprender el fenómeno delirante

más que el manejo biológico o mejor aún, junto con el tratamiento psicofarmacológico, ya que el abordaje integral (que incluye, por supuesto, el examen físico) es fundamental para disminuir la discapacidad.

En lo que respecta al tratamiento farmacológico, mención especial requieren los antidepresivos y su asociación con los neurolépticos, sin dejar de tener en cuenta los efectos colaterales y las características de los organismos viejos.

Tal vez la única observación crítica que puede hacerse al trabajo de Krassoievitch en este capítulo, es la escasa referencia a otros medicamentos utilizados e indicados, como los ansiolíticos y los estabilizadores del ánimo. Si bien es cierto que no abundan los estudios clínicos que permitan establecer esquemas bien definidos de tratamiento, en el contexto de los síntomas no cognoscitivos de las demencias, existen por ejemplo, diversos trabajos que muestran los resultados obtenidos con las diferentes sustancias, entre las que se mencionan ya en la actualidad los inhibidores de la acetilcolinesterasa.

La última parte del libro esta generosamente ilustrada con 22 casos clínicos recopilados por el autor en los diferentes escenarios donde ha desarrollado su vasta experiencia. Llama la atención que en una buena cantidad de ellos se presenten alteraciones sensoriales y sistémicas que hoy en día sería difícil no asociar con lesiones cerebrales, aunque también es cierto que no es fácil descartar su carácter primario. Para hacer esta consideración, es importante tomar en cuenta el momento histórico en que fueron descritos los casos, me refiero a la tecnología aplicada. Sin embargo representan, y esa es la gran enseñanza, una muestra ejemplar del más puro ejercicio clínico en uno de los campos de estudio más complicados, como lo es el de la tercera edad. En realidad, todo el texto es un compendio de la psicopatología delirante y alucinatoria de la vejez en el marco de la mejor tradición clínica. Por lo mismo constituye desde ahora una herramienta inestimable para mejorar nuestro quehacer médico-psiquiátrico cotidiano con pacientes de edad avanzada.

(Oscar Ugalde Hernández)

Diferenciación de las representaciones sociales de los trastornos mentales y los tratamientos psiquiátricos

Goerg D, Fisher W, Zbinden E, Guimón J. The European Journal of Psychiatry, 18(4):225-234, 2004.

¿Qué es la esquizofrenia? ¿Qué es la depresión? ¿Qué entienden las personas por trastornos de pánico? ¿Qué explicación dan los legos a estos padecimientos? ¿Qué rasgos les atribuyen y cuál es su opinión acerca del tratamiento? En este trabajo, publicado en *The European Journal of Psychiatry*, los autores se interesan en conocer las representaciones sociales de la enfermedad mental y su tratamiento en una muestra estratificada de la población suiza.

El interés es conocer de qué manera la sociedad diferencia entre los distintos trastornos mentales y su tratamiento, ya que esto no sólo tiene implicaciones para la detección temprana de los problemas de salud mental, sino que incide en la búsqueda de atención y la adherencia al tratamiento, así como en las percepciones de la medicación psicotrópica y si las personas la consideran como un tratamiento efectivo frente a estos padecimientos.

La percepción social de las enfermedades mentales pareciera reducirse a dos extremos, locura y malestar psíquico, dentro de los cuales se clasifican también algunos trastornos graves como la depresión. Para la locura, hay una tendencia a aceptar la medicación; para el malestar psíquico, la medicación se suele rechazar en general, ya que no se percibe como una enfermedad.

Con base en estos planteamientos, los autores proponen la hipótesis de que la población suiza no diferencia entre los distintos trastornos psiquiátricos ni entre los distintos tratamientos que se pueden elegir para ellos. Tres padecimientos fueron estudiados: la esquizofrenia, la depresión y los trastornos de pánico, partiendo de su definición como enfermedad, su etiología, los tratamientos que la gente considera adecuados y su pronóstico.

Método

El estudio se llevó a cabo en una muestra representativa de 1,016 sujetos residentes en Suiza, con edades comprendidas entre los 20 y 75 años. La muestra estratificada se basó en el sexo, la edad y la actividad profesional.

Para abordar las temáticas de estudio, se aplicó un cuestionario estructurado que indagaba acerca de la representación de los trastornos mentales y se incluyó una sección sobre características sociodemográficas, familiares y cultu-

rales de los participantes. Asimismo, se emplearon tres historias clínicas, para cada trastorno, basadas en los criterios del DSM-III, que fueron elaboradas por un psiquiatra. Posteriormente se preguntaba a los sujetos cuál sería el tratamiento más útil para la persona descrita. Se podían elegir como máximo tres de una lista de seis posibilidades, dejando otras formas de terapia abiertas a sugerencias.

Para la representación social de la etiología de la enfermedad mental, se tomaron 18 reactivos de otros autores (Angermeyer y Mtschinger, 1994). Las respuestas a las historias fueron comparadas con las pruebas de chi cuadrada y análisis de varianza (Prueba de Scheffé), dependiendo de la variable estudiada. Se estudiaron análisis de regresión logística para distinguir factores sociales asociados a la definición de los diferentes trastornos en términos de enfermedad.

Los hallazgos de la investigación indican que existen similitudes y diferencias en cuanto a las representaciones sociales que tiene la gente acerca de la definición, la etiología, el tratamiento y las consecuencias de los trastornos psiquiátricos. Por ejemplo, las personas consideran la esquizofrenia como una enfermedad mental, con una etiología multifactorial, que tiene un pronóstico más pesimista y para la que la psicoterapia y la terapia familiar son tratamientos recomendados. Sólo un cuarto de los encuestados consideró que la medicación era importante para el tratamiento de estas enfermedades. Entre las razones expresadas por los sujetos para no elegir la medicación destacaron las dudas sobre su efectividad, el miedo a los efectos secundarios y actitudes negativas hacia la medicación.

Con el propósito de explicar la falta de reconocimiento de los trastornos mentales, se llevó a cabo un análisis de regresión logística y se relacionó esta falta de reconocimiento con los factores sociodemográficos (sexo, edad), socioculturales (nivel profesional, distanciamiento cultural), proximidad a la psiquiatría y contactos con personas que sufren un trastorno psiquiátrico. Sólo se encontraron diferencias significativas en el caso de la esquizofrenia, particularmente en las mujeres; las de mayor edad y de mejor nivel sociolaboral fueron quienes tuvieron mayor probabilidad de reconocer los trastornos mentales.

Discusión

La gente tiene representaciones diferenciadas de la esquizofrenia, la depresión y los trastornos de pánico. En Suiza, la esquizofrenia se percibe más a menudo como enfermedad, en comparación con la depresión y los trastornos de pánico, lo cual coincide con lo encontrado en otros estudios.

Frente a los trastornos psiquiátricos, las personas se inclinan más hacia la psicoterapia, el público pareciera dar menor importancia a la medicación independientemente del trastorno, pues aparece en tercer lugar entre los tratamientos considerados como más adecuados, solo una cuarta parte de los sujetos propone recurrir a la medicación tanto para la esquizofrenia como para la depresión y el trastorno de pánico.

Las mujeres de mayor edad y las de mayor calificación profesional parecieran ser el grupo que mejor identifican la enfermedad. Se encuentran evidencias de lo expresado por Boltansky en términos de que la percepción de las sensaciones de morbilidad varía entre las clases sociales y las mujeres suelen prestar mayor atención a sus cuerpos que los hombres y lo mismo puede aplicarse en la percepción de la salud mental de los otros.

El tener algún tipo de experiencia personal con la enfermedad mental no modifica las representaciones y actitudes hacia los pacientes psiquiátricos ni los conocimientos que tienen las personas acerca de la enfermedad mental.

Para finalizar, los autores refieren que una de las principales limitaciones de su estudio fue emplear una metodología cuantitativa y destacan la importancia de utilizar estrategias de naturaleza más cualitativa para precisar el contenido de las representaciones. En ese sentido, una crítica que puede plantearse es que los autores hacen un acercamiento muy limitado al estudio de las representaciones sociales. Por ejemplo, al indagar sobre la etiología de los trastornos mentales, emplea un formato de respuesta que se limita a los factores sociales, psicológicos, biológicos, sobrenaturales, etc., sin considerar las razones atribuidas por los propios sujetos a estos padecimientos. Esto último es un aspecto fundamental pues enriquece el contenido de las representaciones sociales.

El estudio no es muy innovador en ese sentido. Aun así, un aspecto interesante que se plantea en este trabajo son las opiniones de la gente acerca del tratamiento más efectivo para los trastornos mentales. Asimismo, llama la atención que la medicación haya sido mencionada en tercer lugar. Entre las razones dadas para no considerar la medicación, los informantes expresaron dudas acerca de su efectividad y temor a los efectos secundarios, aun cuando los informantes tuvieran algún tipo de experiencia con la enfermedad mental. Lo anterior habla de la importancia de informar adecuadamente a la población acerca de los trastornos mentales y de brindar un enfoque más integral frente a las necesidades de atención en salud mental de la población.

(Jazmín Mora)

Elogio del inconsciente*

Benjamin Libet. Mind Time: The Temporal Factors in Consciousness. Harvard University Press. Harvard, 2004

Nuestra vida consciente está irrigada por procesos inconscientes. El neurofisiólogo Benjamin Libet es uno de los muy raros investigadores que han intentado abordarlo experimentalmente. Le ha consagrado su vida y ahora brinda la síntesis de sus resultados y reflexiones.

Durante una veintena de años, Libet inicialmente condujo sus experimentos en el bloque operatorio, con sujetos operados sin anestesia general por su amigo el cirujano Bertram Feinstein, en San Francisco. Comparó los registros de la actividad eléctrica del cerebro con lo que expresaban los pacientes. Después de la muerte de Feinstein en 1978, Libet experimenta con sujetos en buena salud.

La mayor parte de sus descubrimientos (no todos empero) han sido confirmados por otros equipos. Libet constató en primer lugar que la estimulación intracerebral del cortex sensorio-motor por un tren de impulsos eléctricos repetidos no desencadena una sensación consciente sino al cabo de un medio segundo. Si se detiene la estimulación antes del umbral del medio segundo, el sujeto dice no haber experimentado nada, incluso cuando los efectos de la estimulación se registraron en el conjunto del cortex. Después mostró que un lapso de duración semejante es igualmente necesario antes de que una sola pequeña estimulación eléctrica de la piel sobre una mano llegue a la conciencia. Ahora bien, la estimulación en cuestión se registra por el cortex bastante antes, al cabo de 30 milisegundos. Se constata el mismo lapso para la llegada a la conciencia de un objeto visual. ¿Cómo explicar estos lapsos? ¿Cómo explicar además que todos tengamos el sentimiento de experimentar este género de impulsos inmediatamente, sin lapso alguno? Con toda evidencia, sostiene Libet, “*el tiempo subjetivo no es idéntico al tiempo neuronal*”.

Después de esto, Libet exploró la relación entre estos lapsos sorprendentes y los procesos de decisión. Si estoy al volante de un auto y un niño surge frente a mí, freno bruscamente. Ahora bien, no voy a esperar un medio segundo antes de apoyar el pedal. Típicamente, un conductor en posesión de sus facultades frena al cabo de 150 milisegundos. Frena pues, antes de que la conciencia de haber visto al niño se haya formado en su cerebro. Por supuesto que sostendrá firmemente haber visto primero al niño, tomado conciencia del hecho de que se trataba de un niño, y después decidido frenar. Pero no es así como las cosas ocurren en realidad. Si un jugador de tenis esperara tener conciencia de que una pelota de servicio le llega a 130 km/h antes de decidir contestarla, estaría bueno para los vestidores. ¿Qué procesos inconscientes actúan?

Renovando completamente la antigua pregunta del determinismo y de la libertad, Libet ha construido protocolos experimentales que permiten captar en qué condiciones es capaz de ejercerse la libre decisión. Piensa haber establecido que la decisión de levantar un dedo o de girar el puño precede en 150 a 200 milisegundos el gesto mismo, pero que esta decisión es preparada por procesos cerebrales y conscientes durante más de 300 milisegundos en promedio. ¿Dónde está la libertad si ésta se ejerce inicialmente por procesos inconscientes? Según Libet, esta libertad es esencialmente negativa: Está relacionada con la posibilidad de rehusar ejecutarlo dentro de la ventana de 150 a 200 milisegundos de conciencia que preceden al gesto.

Libet no quiere mucho a los filósofos, ni a los sabios que se mezclan con la filosofía. Les reprocha reflexionar interminablemente sobre la naturaleza de la conciencia y otras cuestiones de este género, sin preocuparse de saber si sus hipótesis son susceptibles de prueba. Piensa haber demostrado que la conciencia es un fenómeno emergente que, aun dependiendo de la existencia de un cerebro (y de un corazón...), no se reduce a los estados neuronales. Sin adherirse por ello al dualismo cartesiano ni a cualquier misticismo, ve en la conciencia un “campo” inaccesible a los instrumentos de la ciencia. Curiosamente este enfoque a primera vista profundamente reduccionista conduce al rechazo del reduccionismo.

(Olivier Postel-Vinay)

* Esta reseña apareció en el número 386 de *La Recherche*, París, mayo de 2005, p. 90. Se publica con la gentil autorización de sus editores. (Traducción de H. P-R).