



Asociación de Psiquiatras
Argentinos
Residentes en el país
y en el exterior



Sinopsis

APSA REVISTA

SUMARIO • Actos del paciente psiquiátrico: fragilidad y responsabilidad | Conferencia del Dr. Humberto Casarotti • Inequidad distributiva y capital social. Influencia sobre duración de psicosis no tratada | Dr. Daniel Serrani • Placebo en el contexto terapéutico | Dr. Santiago Primerano • Cómo y de quién aprendemos | Dr. Jorge Pellegrini • Cine, Salud Mental y Educación: Fundamentación, proyección e intercambio con Héctor Olivera | Dr. Hugo Carroll, Lic. Adriana Delego, Dra. M. de los Ángeles López Geist •



**Asociación de Psiquiatras
Argentinos**
residentes en el país
y en el exterior



APSA

Miembro de la Asociación Mundial de Psiquiatras (WPA)

Miembro de la Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL)

Miembro de la World Federation for Mental Health

APSA

Rincón 355 - (C1081ABG)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Tel / Fax: (54 11) 4952-1249 - línea rotativa

www.apsa.org.ar • apsa@apsa.org.ar

Comisión Directiva de APSA

Presidente

Dr. Horacio Vommaro

Vicepresidente

Dra. Analía Ravenna

Secretario

Dr. Luis Herbst

Prosecretaria

Dra. Laura Rosales

Tesorera

Dra. Nora Leal Marchena

Vocales Titulares

Dr. Darío Lagos
Dra. Silvia Aguayo
Dra. Graciela Onofrio
Dr. Mauricio Massacanne
Dr. Juan Cristóbal Tenconi
Dr. Ricardo Pérez Rivera

Vocales Suplentes

Dr. Hugo Dramisino
Dr. Federico Pavlovsky
Dr. Sebastián Romero Arena
Dr. Ernesto Serrano
Dra. Sara Amores
Dr. Ángel Uslenghi

Órgano Revisor de Cuentas

Titulares

Dr. Jorge Rubin
Dr. Guillermo Belaga

Suplentes

Dr. Gustavo Gómez
Dr. Esteban Pieckiwiez

Comité de Disciplina

Titulares

Dr. Alberto Sassatelli
Dra. Diana Kordon
Dr. Eduardo Fernández
Dr. Andrés Mega
Dr. Jacobo Gutman

Suplentes

Dr. Julio Brizuela
Dra. Elba Picot
Dr. Humberto Velázquez

Comité Editorial

Director

Hugo Dramisino

Comité Editorial

Dra. Guillermina Berkunsky
Dra. Tania Borda
Dr. Eduardo Burga Montoya
Dr. Gabriel Brarda
Dra. Mariana Lagos
Dra. Nora Leal Marchena
Dr. Pedro Pieczanski
Dr. Hugo Pisa
Dra. Analía Ravenna,
Dr. Sergio Rojtemberg
Dr. Martín Ruiz
Dra. Carina Spano

Comité Científico Nacional

Dra. Lucila Agnese
Prof. Dr. Ricardo Angelino
Dra. Ester Allegue
Dr. Sebastián Alvano
Dr. Gustavo Oscar Amido
Dra. Sara Amores
Dra. Sara Babiaki de Kijak
Dra. M. de las Mercedes Baccaro
Prof. Dr. Héctor Basile
Dra. Silvana Bekerman
Dr. Jorge Berstein
Dr. Adrián Cesar Besuschio
Dra. Raquel Bianchi
Dra. Ingrid Brunke
Dr. Carlos Calatroni
Dra. Susana Calero
Dr. Gustavo Carlsson
Dr. Hugo Carroll
Dr. Enzo Cascardo
Dr. Miguel A. Castro
Dr. Alfredo Cia
Dr. Norberto Conti
Dr. Miguel Ángel De Boer
Dra. Cristina Deprati
Dr. Gustavo De Vega
Dr. Javier Didia Attas
Dr. Guillermo Dorado
Dra. Lucila Edelman
Dr. Luis Ellerman
Dra. Judith Epstein

Dr. Eduardo Espector
Dra. Celina Fabrykant
Dra. Julieta Falicoff
Dr. Juan C. Fantín
Dr. Guillermo Fernández Dadam
Dr. Andrés Ferdman
Dra. Lía Marcela Fernández
Dr. Alejandro Ferreira
Dr. Pablo Gabay
Dr. Angel Del Guercio
Dra. Graciela Girardi
Dr. Anibal Goldchluk
Dra. Nieves Grieco
Dr. Sergio Griselli
Dra. Julia Gutreiman de Erlich
Dr. Sergio Halsband
Dra. M. Julia Herrero Chego
Dra. Yany Jaritonsky
Dra. Alicia Kabanchik
Dr. Eduardo Kalina
Dr. Daniel Kersner
Dr. Elías Klubok
Dr. Néstor Koldobsky
Dra. Diana Kordon
Dr. Gabriel Kunst
Dr. Darío Lagos
Dr. Carlos Lamela
Dra. Elena Levin
Dra. María de los Ángeles López Geist
Dr. Daniel Matusевич
Dra. Silvina Mazaira
Dra. Silvia Melamedoff
Dra. Verónica Mora Dubuc
Dra. Liliana Moneta
Dra. M. Eliana Montuori
Dr. Carlos Moretti
Dr. Víctor Ocampo
Dr. Luis Ohman
Dr. Oscar Olego
Dra. Graciela Onofrio
Dr. Sergio Orlandini Cappannari
Dra. María Susana Pedernera
Dra. Adhelma Pereira
Dr. Humberto Persano
Dra. Elba Picot
Dra. Mónica Pucheu
Dra. Lía Ricón

Dr. Carlos Rodríguez Peña
Dr. Héctor Rubinetti
Dra. Adriana Sánchez Toranzo
Dr. José Schiapochnik
Dr. Gabriel Schraier
Dr. Darío Saferstein
Dra. Susana Sarubbi
Dr. Tomás Sepich D'Almeida
Dr. Rafael Skiadaressis
Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro
Dra. Elba Tornese
Prof. Dr. René Ugarte
Dra. Ana María Vaernet
Dra. Laura Valbonesi
Dr. Emilio Vaschetto
Dr. Víctor Vergara
Dr. Juan José Vilapriño
Dr. Horacio Vommaro
Dr. Ernesto Wahlberg
Dra. Elsa Wolfberg
Dra. Diana Zalzman
Dr. Julián Zapatel
Dr. Rodolfo Zaratiegui
Dr. Marcelo Zukierman

Comité Científico Internacional

Dra. Carmita Abdo (Brasil)
Dr. Miguel Adad (Brasil)
Dr. Sergio Aguilar Gaxiola (EEUU)
Dr. Renato Alarcón (Perú)
Dr. Julio Arboleda Florez (Canadá)
Dra. Alejandra Armijo (Chile)
Dr. Edgard Belfort (Venezuela)
Dr. Carlos Berganza (Guatemala)
Dr. Miguel Bernardo (España)
Dr. Eugenio Bayardo Cancela (Uruguay)
Dr. Joao Romildo Bueno (Brasil)
Dr. Carlos Cabán (Puerto Rico)
Dr. Enrique Camarena Robles (México)
Dr. Aitor Castillo (Perú)
Dra. Sissy Castillo (Costa Rica)
Dr. Cástulo Cisneros (Ecuador)
Dr. Rodrigo Córdoba Rojas (Colombia)
Dr. Rodrigo Chamorro

Oschilensky (Chile)
Dr. Jesús Ezcurra (España)
Dr. Jean Garrabé (Francia)
Dra. Silvia Lucia Gaviria (Colombia)
Dr. Antonio Geraldo da Silva (Brasil)
Dr. Francisco Golcher Valverde (Costa Rica)
Dr. José Miguel Gómez (Rep. Dominicana)
Dr. Miguel Gutiérrez (España)
Dra. Cecilia Idiarte Borda (Uruguay)
Dra. Elda Jirón González (Nicaragua)
Dr. Carlos León Andrade (Ecuador)
Dr. Marco López Butrón (México)
Dr. Juan Maass (Chile)
Dr. Eduardo Madrigal de León (México)
Dr. Cristóbal Martínez (Cuba)
Dra. Tirza Merino (El Salvador)
Dr. Rafael Navarro Cueva (Perú)
Dr. Humberto Nicolini (México)
Dr. Hernán Olivera Arauco (Bolivia)
Dr. Ángel Otero (Cuba)
Dr. Freedy Pagnussat (Uruguay)
Dra. Sybil Prado (Guatemala)
Dra. Virginia Rosabal Camarillo (Costa Rica)
Dra. Lexma Ruiz (Panamá)
Dr. Pedro Ruiz (EE.UU.)
Dr. Antonio Ruiz Tavil (México)
Dr. Ismael Salazar (Guatemala)
Dr. César Sánchez Bello (Venezuela)
Dr. Javier Saavedra (Perú)
Dr. Jesús Saavedra Caballero (Puerto Rico)
Dr. Kennet Vittehoe (Honduras)
Dr. Ángel Valmaggia (Uruguay)
Dra. Fátima Vasconcellos (Brasil)
Dra. Elvia Velázquez (Colombia)
Dr. Jaime Vengoechea (Colombia)
Dr. José Vernet Taborda (Brasil)
Dr. José Vera Gómez (Paraguay)
Dra. Laura Viola (Uruguay)
Dra. Raquel Zamora (Uruguay)

INDICE

Psiquiatras Argentinos - Dr. Juan José Vilapriño Dr. Hugo Pisa	3
Editorial Comité de redacción	5
Editorial Dr. Horacio Vommaro	6
Actos del paciente psiquiátrico: fragilidad y responsabilidad Conferencia del Dr. Humberto Casarotti	7
Inequidad distributiva y capital social. Influencia sobre duración de psicosis no tratada Dr. Daniel Serrani	13
Placebo en el contexto terapéutico Dr. Santiago Primerano	25
Cómo y de quién aprendemos Dr. Jorge Pellegrini	29
Cine, Salud Mental y Educación: Fundamentación, proyección e intercambio con Héctor Olivera Dr. Hugo Carroll, Lic. Adriana Delego, Dra. M. de los Ángeles López Geist	37

El material publicado en la revista Sinopsis representa la opinión de sus autores y no refleja indispensablemente la opinión de la Dirección o de la Editorial de esta revista. La revista Sinopsis es propiedad de APSA.

Número impreso en el mes de Agosto de 2014.
ISSN: 2313-9161

Diseño y armado de la revista Sinopsis
Q+D Diseño - (011) 20.55.97.93 - mdpdiez@gmail.com - virginia.quiles@gmail.com
Caricaturas: Mauricio Giacomino - maurigiacomino@yahoo.com

Psiquiatras Argentinos



Dr. Juan José Vilapriño

Para describir al Dr. Vilapriño (padre, como aclaran algunos textos) se utilizan sustantivos calificativos; aparte de profesor y doctor, puede leerse: referente, pionero, apasionado, exponente y maestro de la psiquiatría, no sólo en Mendoza, su provincia natal, sino a nivel nacional.

Fue un humanista que se desempeñó en todos los ámbitos de atención. Llevó a cabo tareas de gestión (en la dirección de Salud Mental de la provincia de Mendoza), de docencia (tanto en el pregrado como en el posgrado en las Facultades de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo y de la Universidad de Mendoza); pero sobre todo se destacó en su labor asistencial. Inició su actividad en el Hospital de Salud Mental “El Sauce”. Y pasó por todos los cargos, de practicante a director de la institución. También dirigió el Hospital Carlos Pereyra. En una entrevista cita un dato que, con seguridad, se conoce poco; dice: “[...] en noviembre del 55 me propone [el Dr. Herrera] irme al hospital “Del Carmen” donde se inauguraba el primer servicio de Psiquiatría en un hospital general de la Argentina. En Buenos Aires hay una idea que el primer hospital general con servicio de Psiquiatría fue “el Lanús”, pero “el Lanús” fue unos meses después.

A partir de su conducta ética, construyó, en cincuenta años de trayectoria, un legado que se transmitió en varias generaciones de psiquiatras. Valorizó, o mejor dicho, re-valorizó el lugar y el rol del médico (psiquiatra).

Una persona especial que nos dejó el 17 de agosto de 2012.

Concurso Premio Revista Sinopsis

Reglamento de participación

1. El presente concurso (en adelante el "Concurso") es organizado por la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) a través del Comité Editorial de la Revista Sinopsis (en adelante el "Organizador"). La participación en el Concurso atribuye la condición de participante o participantes (en adelante, el "Participante") única y exclusivamente en la medida en que los interesados cumplan con la totalidad de las condiciones establecidas en el presente Reglamento e implica la aceptación plena e incondicional del mismo.
2. El presente concurso es válido en Argentina, como así también para socios residentes en el exterior.
3. Podrán participar en este concurso aquellas personas que se encuentren registrados como socios –titulares y adherentes- de APSA y con su cuota societaria al día. Quedarán exceptuados de participar del mismo los socios que integran la Comisión Directiva de APSA, los miembros del Comité Editorial de la Revista Sinopsis, autoridades del Instituto Superior de Formación de Postgrado y ex presidentes de nuestra Asociación, como así también los miembros titulares y suplentes del Jurado del referido concurso.
4. El Organizador llevará a cabo la realización del concurso promocionándolo a través de diferentes medios institucionales.
5. Operatoria: los participantes deberán enviar un correo electrónico a la dirección secretaria@apsa.org.ar
Concurso Premio Sinopsis y en el cuerpo del mensaje, Asunto: Concurso Premio Revista Sinopsis:
Nombre y apellido
DNI / Dirección / TE / Correo electrónico de referencia
Domicilio: calle / ciudad / provincia / país
Título y año de graduación (de grado y postgrado):
Universidad de origen (de grado y postgrado):
6. Texto para el concurso: Regirá el reglamento de publicación de artículos de nuestra Revista.
Es condición indispensable para la participación en el Concurso que los derechos de propiedad intelectual y de publicación de cada Obra presentada sean de titularidad del Participante que la presente al Concurso. Es responsabilidad de los Participantes asegurarse que las obras presentadas cumplan con todos los requisitos estipulados en el presente Reglamento. De lo contrario, el Organizador tendrá la facultad de excluirlos del Concurso sin que ello implique derecho a reclamo alguno por parte de los Participantes.
7. Recepción de Obras
Las Obras deberán ser presentadas con fecha límite a designar según lo estipulado para la publicación de cada número de la Revista.
8. Selección y Jurado
Las Obras recibidas serán puestas a consideración de un jurado (en adelante, el "Jurado") que estará integrado por tres socios titulares de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) que serán para esta ocasión: Dr. Horacio Vommaro, Dr. Alfredo Cía y Prof. Dr. Manuel Suárez Richards. En caso de vacante de un titular su puesto será cubierto por los miembros del jurado suplente (También socios titulares) que en esta oportunidad lo integrarán: Dra. Graciela Onofrio, Dr. Luis Herbst y Dr. Rodolfo Zaratiegui. La selección del ganador, de conformidad con el presente, estará a cargo del jurado cuya decisión será inapelable y será anunciada en ocasión de los congresos anuales de APSA.
9. Premio: El jurado elegirá al ganador del premio que consistirá en una obra de arte (el premio es intransferible y no podrá ser canjeado).
10. El Ganador será notificado a la dirección del correo electrónico desde la cual remitió el envío, dentro de los veinte días hábiles contados a partir de la finalización del concurso cuya fecha coincidirá con la del cierre del último número de la Revista previo a los congresos anuales de APSA.
11. Para poder acceder al premio el ganador deberá presentar un documento nacional de identidad y los datos del mismo deberán coincidir con los datos registrados.
12. Derechos de Exhibición:
Los Participantes aceptan que con motivo de la realización del Concurso su Obra pueda ser difundida por el Organizador a través de todos los medios que el Organizador considere oportuno.
Asimismo, el Participante autoriza expresamente al Organizador a compaginar y editar las Obras –a su criterio- para efectuar promociones del Concurso.
Para el caso que la Obra presentada fuese seleccionada como ganadora, el Participante acepta que la misma pueda ser publicada por el Organizador en ulteriores ediciones del Concurso.
13. Generalidades: Cualquier situación relacionada con la interpretación del presente Reglamento será dirimida, en primera instancia por el Organizador.
El Organizador podrá cancelar, suspender y/o modificar el presente Concurso a su solo criterio en cualquier momento y sin previo aviso.
El Participante declara y garantiza que tiene todos los derechos y autoridad para participar del Concurso y que no existe limitación legal, contractual, ni de cualquier otra índole que pudiera restringir y/o interferir y/o impedir el más amplio y libre ejercicio por parte del Organizador de aquellos derechos que puedan derivarse directa y/o indirectamente de lo estipulado en este Reglamento, en particular con relación a la facultad de publicar la Obra presentada.
14. El Participante se compromete a mantener indemne al Organizador, frente a cualquier reclamo y/o acción judicial o extrajudicial que por cualquier concepto sea efectuada y/o dirigida y/o encausada contra el Organizador por cualquier tercero alegando directa o indirectamente que los derechos sobre la Obra, su título, los libros, el formato, la bibliografía y/o cualquier otro elemento integrante de la Obra violan y/o infringen y/o afectan y/o limitan y/o de cualquier otra manera lesionan un nombre comercial y/o una marca y/o un "copyright" y/o un derecho de propiedad intelectual o industrial, de un tercero.

EDITORIAL

Comité de Redacción

En esta oportunidad Sinopsis presenta un número en el que tratamos de brindar a nuestros lectores la posibilidad de descubrir -o reencontrar- algunas de las exposiciones más ricas de las tantas que se expusieron en el reciente XXIX Congreso Argentino de Psiquiatría. En tal sentido, es un orgullo para este Comité Editorial presentarles las magistrales disertaciones de los presidentes honorarios de dicho cónclave: Dr. Humberto Casarotti y Dr. Jorge Pellegrini. También nos complace publicar el trabajo ganador del Premio a la Mejor Comunicación Científica presentado por el Dr. Daniel Serrani.

En ocasión de tan exitoso congreso hemos entregado el Premio Revista Sinopsis Año 2013 al artículo “Hiponatremia secundaria al tratamiento con antidepresivos ISRS en población adulta y geronte”, cuya autoría pertenece a los Dres. Martín Mazoglio y Nazar, Milagros Muñíz, Alexis Mejías Delamaro y Julieta Falicoff.

Este número marca también un hito en el crecimiento de nuestra revista: la creación de corresponsalías. El objetivo de las mismas es facilitar el contacto de los colegas de todo el país con nuestro Comité Editorial.

Por último, dedicamos esta presentación a la memoria de nuestro estimado colega Curt Hacker.



Comisión Directiva de APSA

Un nuevo número de la revista Sinopsis llegará a manos de nuestros consocios y de muchos profesionales de otras disciplinas del campo de la Salud y la Salud Mental. Es la expresión de un trabajo constante y tenaz de los integrantes del Comité de Redacción y de su Director el Dr. Hugo Dramisino. A todos ellos mis felicitaciones. Un momento importante del año en curso fue la realización del XXIX Congreso de APSA en la ciudad de Mar del Plata. Este nuevo congreso tuvo una gran importancia, porque fue el primero en la historia de APSA, que estuvo organizado, en su integridad, por la institución y por la decisión de modificar la sede del mismo. Es de destacar que estas decisiones han sido muy bien recibidas por el conjunto de los socios y amigos de la institución, y por todas las instituciones amigas del ámbito médico y de las distintas disciplinas de la Salud Mental. Tuvimos un apoyo muy grande en esta decisión de tomar el congreso en nuestras manos. Fue un congreso en cuyo contexto se expresó la vida de la institución, la vida del mundo psiquiátrico y del mundo de la salud. Los Presidentes Honorarios del Congreso fueron los Dres. Jorge Pellegrini y Raúl Caminos que son parte con sus palabras y su compromiso militante de la historia de las últimas décadas de la psiquiatría. Se ha destacado también la labor de la Asociación de Psiquiatras del Centro de la Provincia de Buenos Aires

como entidad co-organizadora del Congreso, particularmente, en la figura del Presidente del XXIX Congreso, a la vez titular de dicha Asociación, el Dr. Jorge Garaguso. Resultó el Congreso con la mayor cantidad de presentaciones en sus diferentes modalidades, y el más numeroso en la historia de APSA: 850 presentaciones y 6.100 participantes acreditados.

El Congreso tuvo una característica vital cual fue el intercambio de ideas y la relación entre los psiquiatras entre sí, y también entre estos profesionales, pacientes y familiares. Asimismo contó con numerosos espacios y Foros, entre los que cabe mencionar el de la Psiquiatría en el campo de la formación del médico, y a los vinculados con la dignidad del paciente y el rol profesional. Expresó una línea de continuidad, en los últimos años, en la que avanzamos para enriquecer nuestro discurso disciplinar. La psiquiatría, es una disciplina social y el psiquiatra, un actor social. Estamos atravesados por una clínica asociada a lo comunitario, a lo social y a lo cultural. El síntoma, para la psiquiatría, tiene cuatro componentes: el biológico, el psicológico, el social y el cultural. Los psiquiatras, estamos interpelados por los cuatro, por lo que tenemos que tener esta idea que nos permita una concepción de integralidad del sujeto. Somos una integralidad cuerpo-mente, psique-soma, no tenemos un cuerpo, sino que somos un cuerpo. Esta concepción antropológica, es la que se expresó en este congreso. Hubo un espacio cultural, en el que expusieron numerosos psiquiatras que pintan, esculpen, componen, escriben poesía o incursionan en alguna otra disciplina del arte. La utilización del arte, en sus diferentes manifestaciones, ocupa un lugar importante en la estrategia terapéutica. Es una herramienta que facilita la expresión y comunicación de aspectos internos de las personas con trastornos mentales apelando a formas de comunicación no verbales. La creatividad estimula la capacidad de transformar, que se expresa en el proceso creativo, a través de poder generar algo nuevo para la persona. El Instituto Superior de Formación de Posgrado ocupó un lugar central. En el Foro se evidenció el desarrollo de las carreras de especialidad, la educación médica continua, los cursos de actualización y las subespecialidades. El Instituto cuenta con áreas de investigación, somos acreditadores de residencias psiquiátricas, psiquiatría infantojuvenil y enfermería en Salud Mental. De alguna manera, vamos avanzando en ocupar un lugar importante en cuanto a la formación del psiquiatra que el país necesita.

En el Foro del Observatorio de Psiquiatría y Salud Mental, de carácter federal, quedó evidenciado la necesidad de mantener una férrea defensa del hospital público, de combatir la estigmatización hacia el trastorno mental, con las consecuencias que produce en pacientes y familiares, y de mejorar la calidad de vida de estos pacientes, incluyéndolos en la sociedad. Además, se plantearon los requerimientos básicos para elaborar un Plan Nacional de Salud Mental que incluya un diagnóstico estructural del estado de la salud mental en nuestro país; información epidemiológica; elaborar indicadores cualitativos y cuantitativos basados en estándares internacionales, para periódicas evaluaciones; pensar la atención primaria como prioritaria; e implementar la internación psiquiátrica en los hospitales generales, la necesidad de los hospitales públicos de especialidad y organizar la red asistencial intermedia (casas de medio camino, residencias protegidas, hostales, etc.) entre otros puntos.

Destaco también la participación de los Capítulos de subespecialidades y de las organizaciones de Familiares de pacientes y las vinculadas con catástrofes sociales, como también a distintas organizaciones de DDHH.

Agradecemos la activa participación de la WPA en la persona de su presidente el Prof. Dr. Pedro Ruiz; de APAL en la persona de su presidente Dr. Alfredo Cia y a todos los destacados invitados internacionales y a los representantes de las Sociedades de Latinoamérica.

El 22 y 23 de agosto del año en curso se desarrollará en la ciudad de Tucumán el Segundo Encuentro Federal de Psiquiatras en Formación con el lema: "Hacia una Concepción Federal del Perfil del Psiquiatra", Sistemas formativos: Acreditación, Evaluaciones y Territorialidad. Hay que subrayar la labor del Capítulo de psiquiatras en Formación (PEF) porque ha logrado reunir a los psiquiatras en numerosos espacios que son expresión de la construcción colectiva.

Nos espera una segunda mitad del año de intensa labor y crecimiento y en la cual se realizará en el mes de septiembre el Congreso Mundial de Psiquiatría y en Noviembre el Congreso de APAL.

Dr. Horacio Vommaro
Presidente de APSA

Corresponsalías:

Área Metropolitana: Dr. Guillermo Belaga, Dr. Miguel A. Castro, Dra. Julieta Falicoff, Dr. Federico Pavlovsky.

Provincia Buenos Aires: Dr. Santiago Primerano.

Provincia de Santa Fé: Dr. Bernabé Ibáñez.

Área Noroeste: Dra. María Eugenia Moyano, Dr. Ángel Uslengui.

Área Noreste: Dra. Silvia Aguayo, Dr. Gustavo Gómez.

Área La Pampa y Comahue: Dra. Natalia Málaga.

Sinopsis tiene el agrado de presentar la conferencia brindada por el prestigioso colega uruguayo Humberto Casarotti en ocasión de ser designado Presidente Honorario del XXIX Congreso de Psiquiatría Argentino organizado por APSA.

Actos del paciente psiquiátrico: fragilidad y responsabilidad

Dr. Humberto Casarotti

Psiquiatra, neurólogo, médico-legista.
Presidente Berro 2531, 11600,
Montevideo, Uruguay.
humberto.casarotti@gmail.com

Resumen

En esta conferencia se consideran tres aspectos: primero, que los actos de un paciente psiquiátrico manifiestan una fragilidad que es patológica, segundo que reconocer esa fragilidad como disminución de autonomía, permite objetivar indirectamente la libertad que conserva el hombre común y por la que es responsable de sus actos, y tercero que la fragilidad del enfermo mental exige y fundamenta las acciones terapéuticas del psiquiatra.

Summary

Three aspects are considered in this lecture: first, that the acts carried out by a psychiatric patient reveal a fragility that is pathological; second, that recognizing that fragility as a decrease in autonomy, allows to objectify in an indirect manner the freedom that the common man preserves and by which he is responsible for his actions; and third, that the fragility of the mentally ill calls for and grounds the therapeutic actions of the psychiatrist.

Tomando en cuenta el subtítulo de este Congreso "Hacia una concepción antropológica del sujeto" consideraré dos aspectos que son complementarios: por un lado, que la fragilidad que los actos de un paciente psiquiátrico ponen de manifiesto es estructuralmente diferente a la fragilidad presente en el devenir de la existencia normal; y por otro, que el reconocimiento de la fragilidad que padecen los enfermos mentales objetiva indirectamente el poder perdido que sí tiene la persona mentalmente sana: *el poder hacer y la responsabilidad por lo que hace.*

Porque el normal al obrar: es el autor de su acto y por lo mismo imputable y es capaz de integrarse al 'medio' de la coexistencia humana donde las relaciones intersubjetivas se realizan de acuerdo a reglas morales.

Mi agradecimiento a la Dra. Graciela Onofrio y a las autoridades del XXIX Congreso de APSA por la invitación a realizar esta exposición.

I. Introducción

En relación a los estudios antropológicos es posible establecer 2 etapas: una que precede y otra que sigue a lo que la realidad de la enfermedad mental ha aportado al conocimiento del hombre. Considero que en la segunda etapa, algunos de los conocimientos derivados del saber psicopatológico han sido incorporados a la antropología pero otros aún tienen que serlo.

De lo aprendido en la patología mental la antropología ha incorporado: (*) por un lado, el rol que el Inconsciente –*conocido por los estudios psicoanalíticos del sueño y de la patología mental*– juega en la organización y en la dinámica de la vida mental: 'el sujeto es también agente inconsciente de sus actos',^{(1)(*)} y por otro –*por los estudios fenomenológicos y existenciales*– la antropología ha incorporado que la existencia del hombre es 'coexistencia' con otros y que su 'cuerpo' va más allá de los límites de su tegumento somático: 'mediado por el lenguaje es la corporeidad de su vida de relación'.

(b) Pero la antropología, centrada y deslumbrada por el descubrimiento tanto de la pulsionalidad inconsciente como de la intersubjetividad aún no ha incorporado lo descubierto por el análisis clínico fenomenológico-estructural. Un descubrimiento más difícil de aprehender pero complementario del descubrimiento freudiano del Inconsciente⁽²⁾: el descubrimiento de las estructuras invariantes de la conciencia, por las cuales el hombre puede 'sublimar', es decir puede transformar su pulsionalidad inconsciente, haciéndola suya. Cuando se consideran las manifestaciones 'positivas' de la enfermedad mental (lo que el psicoanálisis estudia como intencionalidad inconsciente) se devela la desorganización, lo 'negativo' esa impotencia que requiere una aproximación fenomenológica. Y en la medida en que la impotencia, característica de cada forma de enfermedad mental, fue siendo conocida se han ido haciendo transparentes los tipos de represión perdida, o sea los poderes de contención del ser consciente⁽³⁾. Es decir las formas de estructuración en qué consiste el devenir consciente, por las cuales el sujeto se va haciendo dueño de Si, excluyendo de su campo lo que no puede estar presente y de su sistema de valores lo que no debe ser.

La antropología aún no ha incorporado el valor humano del enfermo mental develado por la psicopatología: que el hombre autoestructurando su psiquismo, se vuelve el

alguien que debe ser, capaz de organizar su conciencia actual y de existir según su propio código de valores⁽⁴⁾.

Hipótesis que subtiende lo que aquí se desarrolla

Como la afirmación anterior se fundamenta en una hipótesis de trabajo sobre la enfermedad y la salud mental, abierta a la discusión, es conveniente plantear de entrada algunos ítems de esa hipótesis. Y mientras lo hago, les pido a quienes me escuchan que posterguen los juicios críticos hasta que finalice el argumento.

La hipótesis tiene algunas ideas centrales:

- 1- que la enfermedad mental se presenta como una realidad empírica que cuando es analizada se devela como formas de estructuración psíquica, cualitativamente diferentes a las estructuras de la vida mental normal; es heterogénea y esa heterogeneidad es consecuencia de la acción de un proceso que desorganiza el organismo mental.
- 2- que las manifestaciones que son el resultado de una dialéctica de déficit y de reacción resultante de la desorganización de los niveles psíquicos infraestructurales que interfieren con los movimientos mentales facultativos;
- 3- que esas estructuras psíquicas infraestructurales inconscientes son las fases antecedentes del desarrollo mental y que persisten contenidas en su estructuración.^(3 p.299)
- 4- que la patología mental se presenta ordenable según 2 dimensiones de la vida mental: el campo de conciencia actual y el sistema de la personalidad.
- 5- que el análisis de la vida mental enferma pone de manifiesto que todos los tipos de patología mental son formas de vida mental regresivas.^(6 p.275)
 - (1°) que presentan en la conciencia fantasías inconscientes como imágenes o como palabras, objeto del psicoanálisis;
 - (2°) que esa producción estudiada clínicamente pone de manifiesto la pérdida de la represión; y
 - (3°) que el paciente niega la realidad afirmando lo imaginario como realidad, ya que al no poder dejar de vivir mentalmente, al no poder dejar de operar según la prueba de realidad, deniega la realidad compartible creando una 'realidad irreal'.⁽⁵⁾

II. Lo anterior nos lleva naturalmente a considerar los actos del desarrollo normal y los actos en los procesos patológicos

(A) Desarrollo normal

Cuando una persona deviene quien, según el mismo, 'debe' ser, se puede decir que existe de modo auto-normativo, es decir normal. Forma de existencia que siendo enteramente original se construye en la relación de dos dimensiones: los campos de conciencia actuales y el sistema transaccional o inaccional de la personalidad que guardan entre sí relaciones de reciprocidad y de subordinación. Por un lado, una subordinación genética ya que el desarrollo de la personalidad depende de la constitución de buenos campos de conciencia, y por otro una dependencia operativa ya que la acción del momento actual

depende operacionalmente del nivel de maduración que ha conquistado la personalidad.

En la sucesión de campos de conciencia estructurados que alcanzan su maduración alrededor de los 6 años, el Yo emerge como centro del sentir, o sea como sujeto de sus experiencias (*Je*). Y en el vértice de su conciencia constituida se va perfilando progresivamente como el sujeto de sus actos (*Moi*). De ese modo el Yo que hunde sus raíces en sus experiencias, vuelve a ellas para ejercer allí por movimientos facultativos su poder de elección.

K. Jaspers tituló su autobiografía diciendo que la biografía es siempre un movimiento 'entre el destino y la voluntad', ya que la conquista de la auto-nomía personal es el resultado de una historia donde se integran el poder y la fragilidad. Esta auto-construcción del Yo^(3 pp.255-322, 2 pp.1375-1383) que se lleva a cabo según los acontecimientos de su existencia y según su sistema de valores constituye el 'desarrollo normal'. Y es normal porque se realiza y se presenta articulando motivos, ideas y sentimientos por relaciones comprensibles y porque la persona auto-normatiza su existencia persiguiendo 'su' valor.

Aunque en todo individuo normal existe una capa de opacidad en la que se refractan sus instancias inconscientes sublimadas (su 'ideal' que si bien las supera no las anula), sus pensamientos, sus actos y afectos están atravesados sin embargo por una corriente intencional que los hace transparentes. Y en cierto momento el sentido hace desaparecer toda otra causalidad. Ese es punto en que aparece 'mi causalidad', mi 'fiat' que se devela en mis acciones. La existencia normal está regida por relaciones de comprensión y de inteligibilidad donde las comunicaciones intersubjetivas son formateadas por el hecho de que son relaciones entre personas, es decir relaciones de agentes morales que son libres y responsables.

(B) Procesos patológicos

En cambio, de acuerdo al tradicional planteo de K. Jaspers los modos de existencia patológicos siempre constituyen formas heterogéneas, diferentes cualitativamente a las vivencias normales comprensibles, procesuales.

- (a) a veces son 'procesos físico-psicóticos', análogos al proceso del dormir / soñar y en los se quiebra la trayectoria existencial, siendo las experiencias mentales resultantes opacas, incomprensibles.
- (b) otras veces son 'procesos psíquicos', 'procesos ideo-verbales' en los que el Yo ve forzados sus movimientos facultativos y su capacidad adaptativa, gestando estructuras psíquicas que también son heterogéneas. Dado que estas estructuraciones mentales se integran con diversos detalles comprensibles como pasa con la mayor parte de los pensamientos y discursos humanos, diversos autores —eligiendo especialmente las formas delirantes paranoicas o sea sistematizadas, parecen 'atravesar', sin percibir o sin reconocer, el carácter procesual, patológico, de estos trastornos, considerándolos formas análogas a los desarrollos normales¹.

1 H. Ey señala (Tratado de las alucinaciones, II: 1380) que "Para Jaspers no hay, como se lo ha dicho y repetido demasiado a menudo, una especie de alternativa, de dilema planteado por los delirios sistematizados: o bien es un proceso (Westerstep), o bien es un desarrollo de la personalidad (Lacan), pues hay otra eventualidad llamada 'proceso psíquico'".

En realidad en todos estos procesos, físico-psíquicos o psíquicos las manifestaciones escapan a la intencionalidad pura es decir que para explicarlas no alcanza con hacer una hermenéutica de su sentido. Como lo indiqué en la hipótesis de trabajo, toda PM es secundaria a una desorganización y ese desorden presente en las manifestaciones es lo que las vuelve opacas, sin la 'transparencia semántica' que es lo propio de todo diálogo humano. La riqueza del trabajo ideo-verbal a nivel de las superestructuras constituye un trabajo positivo que organiza el mundo y que oculta la alteración de sus infraestructuras. Eso determina que analizando los procesos 'psíquicos' no se perciba fácilmente el carácter procesual de toda enfermedad mental^(2 pp.857-863).

III. Ahora podemos considerar el poder, la responsabilidad y la fragilidad en el desarrollo normal y los procesos patológicos.

(A) Fragilidad en los actos de la existencia normal

Cuando nos preguntamos qué es lo que podemos saber sobre una persona que se ha desarrollado de modo normal, la respuesta implica la complejidad de la construcción de la identidad personal.⁽⁶⁾

La complejidad de esta construcción se nos presenta determinada por dos características: (1°) por el carácter histórico de la persona y porque el devenir 'uno mismo' está inextricablemente unido a la existencia de 'los otros', y (2°) porque el 'poder de obrar' del hombre implica fragilidad.

(1) En cuanto a la estructura temporal de la identidad, el sujeto aparece, por un lado con rasgos de carácter que se mantienen iguales y por otro, con proyectos y promesas que puede mantener o cambiar sin dejar de ser el mismo. "Yo sigo siendo el mismo a pesar de los cambios porque persigo 'mi proyecto' el que unifica mi vida, proyecto que aunque es un 'blanco móvil' no deja de ser mío'. La identidad de cada persona humana ('identidad narrativa'⁽⁷⁾) se hace inteligible por la capacidad que tiene de relatarla ('mediación narrativa'), es decir por el poder componer una historia interpretable donde las partes contingentes son organizadas como un todo, mediante vínculos de causalidad y de motivación.

Por otra parte, en cuanto a la polaridad de 'ser uno mismo' y 'de existir con otros', el hombre lleva a cabo su desarrollo coexistiendo. Lo que quiere decir que el hombre existe 'más allá' de su cuerpo somático en el 'cuerpo psíquico' que se ha creado y por el cual existe fuera de su tegumento: en sus vínculos afectivos, familiares y sociales y también en las relaciones que mantiene con esa 'materialidad' incorporada del mundo de los otros que es el lenguaje. Por eso es que sus actos son también 'acontecimientos del mundo'. Este es el fundamento social de los fenómenos psicopatológicos.

(2) Pero del desarrollo psíquico lo que más nos interesa a los psiquiatras es que el yo se evidencia como alguien que puede y que es responsable de sus actos y que también se reconoce frágil. El hecho de ser un responsable frágil tiene lugar y se devela en los actos personales donde el hombre actualiza el

poder que ha conquistado progresivamente. El poder hablar, el poder obrar, el poder relatar que son al mismo tiempo un no-poder decir, un omitir hacer, un no-poder contar.

O sea que si la responsabilidad se fundamenta en el hecho de que el hombre puede obrar, esta responsabilidad del obrar exige considerar el no-poder infiltra su actuar. En realidad, mi responsabilidad que se fundamenta en el presupuesto de que puedo, es la tarea y el objetivo a lograr por mis acciones. Una vez que la persona ha integrado su cuerpo, es decir que ha desarrollado un 'cuerpo psíquico' sus reacciones van siendo personales en la medida que ya no dependen de una causalidad extrínseca al Yo sino que son manifestación de una nueva causalidad: 'la propia'. Causalidad personal o capacidad de introducir 'novedad' en el mundo, de iniciar un proyecto personal que interfiere con los automatismos de los procesos naturales.⁽⁸⁾

El hecho de que somos al mismo tiempo responsables y frágiles es resuelto por las decisiones y las elecciones que hacemos momento a momento. Es esta fragilidad, este 'involuntario' insinuado en cada acto lo que es analizado cuando se considera la acción humana.^(9, 10)

Esta fragilidad u 'oscuridad' presente en cada acto humano normal que es superada por la decisión del sujeto también está presente en los actos 'excepcionales' -en el sentido de poco frecuentes-: por ej. los actos heroicos y los actos criminales. Lo que quiere decir que en los actos criminales cuando no se objetiva una enfermedad mental, la fragilidad que toda persona presenta en su poder obrar, no los hace actos inimputables. La persona sigue siendo el autor de su acto por lo cual -trabajando en criminología- se debe afirmar que la causa del crimen es el criminal y no sus condicionamientos socio-económicos.⁽¹¹⁾ Aunque estos condicionamientos posibiliten al magistrado disminuir su responsabilidad, esas formas de no-poder originadas en el contexto familiar y social no vuelven a la persona in-imputable, porque sigue siendo el autor de sus actos: *la causa del crimen es el criminal*.

Esta afirmación aparece contraintuitiva por contrariar las afirmaciones que sostienen que un acto criminal no sería imputable: (a) cuando es impulsivo o (b) cuando es el 'pasaje al acto de una pulsión'.⁽¹²⁾

(a) Si entendemos que la realidad de que la vida mental es básicamente impulsiva como lo es, para poder afirmar que un hombre no es el autor de un acto criminal impulsivo, esta impulsividad tiene que ser la consecuencia de un desorden mental estructural, es decir debe poder diagnosticarse como una conducta patológica.

(b) Lo mismo cabe decir cuando se rechaza la autoría de un acto criminal porque se dice que es el pasaje al acto de una pulsión. Normalmente es posible distinguir entre el nivel inconsciente de la pulsión y el nivel personal del acto, y el sujeto solo deja de ser el autor de su acto en que expresa su pulsión cuando ese acto devela un desorden del control, es decir es una estructura patológica.

Este reflexionar sobre la autoría o no de un sujeto en relación a actos criminales nos hace ver que hay casos en que aparece un tipo de fragilidad distinta que es la...

(B) Fragilidad presente en los actos de las existencias patológicas

Esta fragilidad que consiste en el grado de libertad perdida que caracteriza a las diferentes estructuras psicopatológicas se impone en la relación con los pacientes como una rara extrañeza, ya que la relación entre personas es precisamente la que se da entre seres libres y responsables. Grado de autonomía perdida que es lo que determina las formas de relación posibles entre paciente y terapeuta y por lo mismo la que genera los espacios de atención psiquiátricos necesarios. Es decir que no es la fragilidad presente en todo hombre al momento de actuar sino una interferencia o disminución de su poder de actuar.

Lo que diferencia la fragilidad del normal de la fragilidad por enfermedad mental distinguir en el organismo psíquico, la conciencia infraestructural constituida de los movimientos facultativos superestructurales constituyentes. Sería un gran error confundir estos dos tipos de fragilidad, pensando que el no-poder del enfermo mental solo es diferente cuantitativamente respecto a la fragilidad de la identidad normal. Esto lo comprendió bien Freud cuando le contestaba al pastor Pfister⁽¹³⁾ que su método, descubierto en la realidad del sueño y de la enfermedad mental (donde es evidente el no-poder infraestructural, porque la persona duerme o está enferma) presta buen servicio en los mentalmente sanos ya que a pesar de su fragilidad estos pueden introducir acciones a nivel facultativo que apuntan a su libertad y por lo mismo a que se haga responsable.

Lo que significa que mientras la fragilidad normal es 'trabajable por la auto-educación, es decir espiritualmente', la fragilidad en las enfermedades mentales por ser de la infraestructura requiere un 'trabajo terapéutico' y por lo mismo dependiente de que los medios sean eficaces.

Los enfermos mentales se caracterizan por la diferencia de 'moverse opacamente' en el mundo de las relaciones intersubjetivas precisamente por no aparecer como autores de sus actos (sus síntomas expresan la 'ptosis', la caída o disminución de libertad: así fue cómo se descubrió la enfermedad mental). Y esa diferencia se objetiva en que sus actos son 'intenciones involuntarias' donde la intencionalidad del actuar devela al paciente como agente inconsciente de sus actos, y manifiesta al mismo tiempo la pérdida del poder actuar personalmente, es decir, voluntariamente.

Diferenciar entre estas dos fragilidades es fundamental desde varios puntos de vista. Desde el punto de vista antropológico lo voy a considerar más adelante. Aquí lo que me interesa señalar es su importancia desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico.

(a) desde el punto de vista del diagnóstico, porque no es suficiente con hablar de sufrimiento para referirse y diagnosticar una enfermedad mental. La enfermedad mental no es un drama humano en el sentido de los problemas que tienen lugar en el nivel existencial, sino que es una desorganización de la infraestructura de la vida mental.

Aquí es donde quienes pensamos que la enfermedad mental es una realidad empírica nos apartamos de quienes con una mirada ideológica consideran que la enfermedad mentales solo una expresión del poder social represivo.

(1) Entendiendo que la fragilidad por enfermedad mental un desorden del organismo mental se fundamenta *tanto la responsabilidad que el psiquiatra debe tener por su paciente *como la no-responsabilidad penal del enfermo mental (por eso es que el diagnóstico psicopatológico siempre es un peritaje forense; actos involuntarios^(14, 15)).

(2) En cambio, cuando míticamente se afirma que la enfermedad mental es una manifestación del poder médico-jurídico, lo que se llama paciente es un 'falso paciente' que debe ser considerado imputable y por el cual el psiquiatra no tiene responsabilidad.⁽¹⁶⁾

(b) y también desde el punto de vista terapéutico ya que el objetivo del tratamiento es que el paciente deje de ser el agente inconsciente de sus actos que es cuando está enfermo, para lograr ser el agente personal de su actuar. Es de acuerdo a los 'espacios de atención' que el tratamiento se orienta para que el paciente recupere el orden 'consciente / inconsciente' que lo vuelve a hacer el autor de sus actos, es decir el agente de su proyecto personal de valores. La experiencia terapéutica cotidiana muestra la diferencia que se objetiva en los métodos a aplicar en esa recuperación del poder perdido.

En la patología mental 'aguda' es evidente la eficacia que cumplen los métodos biológicos tanto en el tratamiento como en la prevención mientras que en la patología mental 'crónica', donde podemos decir que las manifestaciones 'están' 'muy lejos de la somatosis (hiato órgano-clínico), el método es el del trabajo de reorganización psicológica que constituyen las psicoterapias. Reconociendo que la fragilidad del enfermo mental es diferente a la fragilidad implícita en la acción normal, se evita el 'transferir a la patología mental los conceptos que sí se aplican en la existencia normal. En la enfermedad mental hay un quiebre de la historicidad, una 'historia' interferida por la intrusión de 'lo otro', o 'del' otro que no debo ser para ser yo.

En relación a ese deber de tratar la fragilidad de los enfermos mentales, deber que implica actuar utilizando el método necesario, quisiera señalar un problema y es que lo que sabemos de nuestros enfermos mentales corre el riesgo de convertirse en un factor 'negativo'. Esto es así por dos razones.

** Primero, porque nuestro saber, al ser la existencia humana histórica, es limitado: (1) porque *vivimos en el presente conociendo sólo el momento actual*; (2) porque *vivimos entre los demás desconociendo el interior de los otros*; y (3) porque *sólo vemos apariencias y no el fondo, lo oculto*.⁽¹⁷⁾

** Y además lo que sabemos de un paciente: (1) *por el diagnóstico y el pronóstico clínico* es que ha perdido poderes, (2) *por la interpretación psicoanalítica* que está determinado por fuerzas inconscientes y (3) *por la comprensión fenomenológico-existencial* que es un ser-en-el mundo que como tal significa un valor.

La limitación en el poder conocer al enfermo mental y lo que sabemos de él pueden llevarnos a no actuar o a no motivar al paciente a que actúe, haciendo que nos preguntemos: ***como clínicos ¿para qué actuar si sé que el paciente 'no puede'?*, ***como psicoanalistas ¿qué puedo hacer si el paciente 'está determinado' por su inconsciente?* y ***como fenomenólogos: actuar ¿no es una falta ética al respeto que merece su humanidad?*

La respuesta de la psiquiatría y de los psiquiatras que toman a cargo a sus pacientes ha sido que la enfermedad mental es una realidad empírica que evidencia una interferencia en la auto-determinación y por eso se debe actuar,

Y este deber de actuar tiene su origen precisamente en los aspectos que parecerían frenar la acción.

- (1) Porque aunque hacemos un diagnóstico y un pronóstico, el hecho de conocer solo el momento actual es positivo ya que si conociéramos lo que está 'por venir' no actuaríamos.
- (2) Porque aunque sabemos sobre el determinismo inconsciente, el desconocer lo que la persona puede también es positivo porque esa ignorancia motiva el actuar.
- (3) Porque aunque reconocemos que el enfermo mental debe ser respetado por su valor humano también sabemos que su fragilidad es patológica y eso abre la esperanza de un cambio lo que lleva a actuar.

Con lo cual, el 'no saber del otro' es precisamente el margen que abre la posibilidad de poder cambiar y por consiguiente el deber de actuar. Un actuar en que el objetivo del tratamiento sea, tanto para el clínico como para el psicoanalista, el "enfermo" y no la "enfermedad". Teniendo como telón de fondo una 'actitud activa' y priorizando lo que el paciente puede, los técnicos en 'salud mental' debieran ser al estilo de Sullivan 'técnicos para mejor'. En este sentido entiendo que la psicoterapia debiera dejar de ser una simple hermenéutica para volverse una verdadera propedéutica existencial.

IV. El valor humano del enfermo mental y la psiquiatría como saber antropológico

(A) Valor humano del enfermo mental

El valor humano que tiene el enfermo mental no se fundamenta en el hecho de que sea un 'modo de existir' peculiar, distinto del modo normal y que explicita una de las mundanizaciones posibles que el ser hombre lleva en sí,⁽¹⁸⁾ sino que su valor humano es 'indirecto' porque el déficit de libertad que lo caracteriza, su fragilidad, objetiva la libertad que tiene el normal.

(1) *El enfermo mental vale no por ser un 'modo de existir' peculiar, una posibilidad de la existencia humana solo distinto al modo normal, pero no deficitado.*

En los escritos de algunos fenomenólogos y existencialistas⁽¹⁹⁾ se percibe un ciclo en su pensamiento que se caracteriza por 3 movimientos: 1º. sintiendo la necesidad de rescatar el valor humano del enfermo mental, 2º. son llevados tácitamente a negar la enfermedad mental como proceso de desorganización del organismo psíquico, y 3º. lo que configura de hecho una no percepción de la enfermedad mental en su realidad de déficit de la vida de relación. Motivados por el sentido de los síntomas y captando la riqueza de la organización positiva de las manifestaciones semiológicas, las conceptúan semejantes a los desarrollos normales, 'atravesando' 'perforando' por así decir el proceso.

Cuando reflexionan sobre la patología mental oscilan porque: (a) por un lado perciben el valor antropológico de los enfermos mentales en la medida que sus experiencias y formas de vida (modos de presencia) son formas significativas, nuevas organizaciones donde la persona aún enferma expresa su auto-normatizarse; pero (b) por otro, sienten lo desviado o distorsionado de la existencia que caracteriza a la enfermedad mental.

Es decir, en esta oscilación pasan de la enfermedad como 'modo de vivir humano' (*illnesses*), a la enfermedad como 'desorden del organismo' ('*disease*')⁽²⁰⁾, priorizando lo primero y de hecho criticando lo segundo. El enfermo mental es destacado en su ser antropológico (ser enfermo mental es manifestar nuevas posibilidades de ser-hombre y nuevas mundanizaciones), al mismo tiempo que se critica el concepto de la enfermedad mental como 'accidente orgánico'.

Es cierto que el enfermo mental existe humanamente, que coexiste hasta el último momento de su vida pero lo hace padeciendo una minusvalía, una 'minoridad'. El enfermo mental está alterado en su humanidad no en el sentido de que haya perdido su raíz humana que es el núcleo profundo y común de la humanidad, sino que ha perdido el coronamiento de su humanidad, la forma razonable de su existencia personal.⁽²¹⁾

La realidad de la enfermedad mental nos lleva a percibir través de la desorganización del campo y del sistema de la personalidad: (a) los modos de experiencia y existencia que forman su 'positividad', pero también las modalidades normativas perdidas del ser consciente.

El objeto de la antropología⁽⁴⁾ es el hombre en situación, que sufre en su coexistencia, porque la enfermedad mental no solo es un 'accidente corporal' sino también un 'acontecimiento en el mundo'.

(2) En ese sentido es que se que devela *el valor humano del enfermo mental, que vale porque el déficit que padece objetiva la libertad que el normal tiene*. Libertad que se experimenta alterada en el trato con los enfermos mentales.

(B) Después de 2 siglos y medio de psiquiatría es necesario hablar de una '*antropología después de saber sobre la enfermedad mental*' porque *la psiquiatría es una ciencia del hombre*. Una ciencia antropológica 'especial' (a) que sabe del hombre en la medida que presenta una disminución en su humanidad, por desorganización de su totalidad somato-psíquica; (b) porque ha sido la manera para conocer el 'cuerpo psíquico' como organismo integrado jerárquicamente que constituye la posibilidad de su libertad.

Actualmente este saber sobre el hombre a través de la ciencia psiquiátrica se encuentra en una situación que entiendo requiere una reflexión conjunta. Por estar su objeto de estudio en la intersección de las perspectivas de las ciencias de la *naturaleza* y de las *ciencias del hombre* (antropología stricto sensu) la psiquiatría se ve dividida por los modelos con que estas ciencias orientan sus respectivas investigaciones. Las ciencias de la naturaleza están encuadradas por el proyecto de la ciencia de la modernidad clásica reformulado por la fenomenología, mientras que las ciencias del hombre están enmarcadas por un contexto postmoderno.

No me es posible hoy referirme a los aspectos de la subjetividad enmarcados fuertemente por un contexto de pensamiento postmoderno pero sí quisiera hacer una reflexión crítica en relación a la presión que ejerce el contexto de las ciencias de la naturaleza en los sistemas de diagnóstico psiquiátrico (y cada vez más, por ej. RDoC⁽²²⁾).

Estos sistemas⁽²³⁾ han terminado por ser utilizados según una racionalidad exclusivamente técnica. Con una *racionalidad técnica* que considera que para trabajar con los enfermos mentales es suficiente con poseer un saber sistematizado con reglas de aplicación que definan el manejo del caso particular, minimizando o eliminando el juicio clínico del psiquiatra. Este, guiado por 'pautas terapéuticas' tiende a desvalorizar el diálogo con su paciente y también su experiencia clínica, para dedicarse a aplicar tratamientos basados en 'evidencias' estadísticas, con la ilusión de que así elimina sus dudas y la posibilidad de equivocarse. Este poner en segundo lugar el diálogo con su paciente y su juicio clínico ha llevado a que el terapeuta pierda la *dimensión artesanal* del trabajo psiquiátrico. Una *racionalidad práctica* que es necesaria en el trabajo diagnóstico y terapéutico que siempre depende del juicio que el psiquiatra haga según su experiencia.

Para cerrar mi presentación y resumiendo:

primero, la fragilidad que se manifiesta en los actos de los pacientes psiquiátricos es 'especial', es 'patológica',

segundo, reconocer esa fragilidad objetiva indirectamente la libertad que conserva el hombre común. y

tercero, esa fragilidad tiene que ser lo que motive al psiquiatra a actuar para ayudar a que su paciente restaure su responsabilidad.

De ese modo *cumpliremos* con la ética que la realidad de la enfermedad mental exige.^(24, 25)

Si los psiquiatras del siglo XX tuvieron que ser psiquiatras '*Gallileo*' sosteniendo que la enfermedad mental existe ('aunque diga que no, existe'), hoy, los psiquiatras del siglo XXI, sabiendo que ninguna hipótesis puede ser dogmática, deberán luchar por ser psiquiatras '*Newton*', es decir coherentes.

Muchas gracias

Referencias Bibliográficas

1. Ey H. Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie, Toulouse: Privat; 1975; p. 240.
2. Ey H. Tratado de las alucinaciones. Tomo II. Buenos Aires: Polemos; 2009; p.1114.
3. Ey H. La Conciencia (2ª ed). Buenos Aires: Polemos; 2013.
4. Ey H. Anthropologie du "malade mental". Information Psychiatrique. 1951; 891-896
5. Ey H. La psychiatrie devant la morale. Congrès catholique international de psychothérapie et de psychologie clinique. CR: 50-59. Milan; 1960,
6. Ricoeur P. Les paradoxes de l'identité. Information Psychiatrique, 1996 (72):201-206.
7. Moran D. Introduction to phenomenology. London: Routledge; 2000.
8. Arendt H. Qu'est-ce que la liberté? In: La crise de la culture. Paris: Gallimard; 1954; pp.186-222.
9. Tomás de Aquino. Actos humanos. Lo voluntario y lo involuntario (q.7-21). In: Suma Teológica, Tratado del hombre. II-I. Madrid: BAC; 1956.
10. Ricoeur P. Philosophie de la volonté I. Le volontaire et l'involontaire. Paris: Aubier; 1950.
11. Ey H. Criminologie et Psychiatrie (monographie). Fonds Ey: Archives Municipales de Perpignan; 1976.
12. Casarotti H. Actos violentos en patología mental. Rev.Psiq. Uruguay, 2010, 74 (1): 11-21.
13. Freud S. Epistolario II (1891-1939). Barcelona :Plaza & Janes; 1970.
14. Ey H. L'expertise psychiatrique et le problème de la responsabilité pénale. (L'impossible procès de l'article 64 du Code Pénal). Psychiatrie française (1977): 239-248.
15. Ey H. La psychopathologie et le problème de la volonté. (Colloque de Bonneval: "Qu'est-ce que vouloir?", 30 juin/2 juillet 1956), Paris: du Cerf; 1958. pp79-88,
16. Ey Criminologie et psychiatrie, Fonds Ey, Archives Municipales de Perpignan
17. Guardini R. El Señor. tomo II. Madrid: Patmos; 1965, p.15
18. Rovalletti L. La psiquiatría ¿una ciencia de la persona? Buenos Aires: Lugar Ed.; 2012; 135-143.
19. Rovalletti L. Hacia una crítica de la razón nosográfica. Buenos Aires: Lugar Ed.; 2012; 108-115.
20. Sartorius N. Meta effects of classifying Mental Disorders. In: Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, Kupfer DJ. The conceptual evolution of DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Publ.; 2011; pp.59-77.
21. Ey H. La psychiatrie, science fondamentale de l'homme. Esprit (1956), 24, 237: 482-503.
22. Insel Th. NIMH: Research Domain Criteria (RDoC). <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml>
23. Phillips J. Technical reason in the DSM-IV: unacknowledged value. In: Sadler JZ (ed). Descriptions and prescriptions, Values, mental disorders and the DSMs. Baltimore: The Johns Hopkins Press; 2002; pp.76-95
24. Ey H.. La naissance de la psychiatrie (Centenaire de l'Hôpital du Vinatier). Actualités psychiatriques (1977) 5::9-24.
25. Ey H. La psiquiatría y la privación de libertad. Rev. Psiquiatr. Urug. 2005; 68 (1):55-59

Sinopsis presenta el trabajo ganador del Premio a la Mejor Comunicación Científica del XXIX Congreso Argentino de Psiquiatría:

Inequidad distributiva y capital social. Influencia sobre Duración de Psicosis no Tratada | *Income Inequity and social capital. Influence on duration of untreated Psychosis*

Dr. Daniel Serrani

Docente. Maestría de Psicogerontología, Universidad Maimónides. Secretario Tesorero. Sociedad Geriátrica y Gerontología de Rosario. Docente categorizado Cátedra de Psicobiología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario. Miembro investigador de la Red Latinoamericana de Investigadores Universitarios en Gerontología. Doctorando de la Carrera del Doctorado de la UNR. Maestría de Salud Mental y Psicopatología. Facultad de Psicología y Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Rosario. Director del Taller del Adulto Mayor. Departamento de Psicobiología. UNR. Miembro de APSA. Miembro de la Sociedad Española de Patología Dual. Miembro de MAREP (Kenneth G. Murray Alzheimer Research and Education Program-University of Waterloo/Ontario/Canada). Associated researcher, Waterloo University, ON (Canada). danielserrani@argentina.com

Resumen:

Objetivo. Determinar la relación entre duración de psicosis no tratada (DPN) y capital social individual y comunitario, inequidad distributiva y segregación étnica en una comunidad de bajos ingresos. **Métodos.** Estudio transversal con 463 pacientes (media 23.3 años) cursando primer episodio psicótico (PEP). Se analizaron datos demográficos, acceso a la consulta, afrontamiento familiar y capital social individual y comunitario, usando el cuestionario de capital social. También segregación étnica, densidad poblacional, privación material e inequidad distributiva vecinal. Los datos faltantes se completaron con imputaciones múltiples y se analizaron con un modelo jerárquico multinivel. Se estimó el ajuste del modelo con curva de supervivencia y análisis de regresión de Cox. **Resultados.** Se encontró una asociación significativa entre DPN y capital social individual y comunitario, afrontamiento familiar, ingresos económicos, consulta forzada y uso de la fuerza pública. También hubo una influencia del nivel vecinal en los datos referidos a segregación étnica, inequidad distributiva y privación material. **Conclusiones.** El capital social se asocia con menor DPN y su fortalecimiento permitiría un diagnóstico precoz y mejorar el pronóstico del PEP.

Palabras clave: capital social, etnicidad, trastornos psicóticos, accesibilidad a los servicios de Salud Mental, población bajos ingresos, inequidad distributiva.

Abstract:

Objective. To assess relationship between duration of untreated psychosis (DUP) and individual and community social capital, income inequities and ethnic segregation in a low income community. **Method.** Cross sectional survey with 463 patients (media 23.3 years) undergoing their first psychotic episode (FPE). Demographic data, consultation accessibility, family coping and individual plus community social capital were assessed, using the Social Capital Questionnaire. Also neighborhood-level income inequities, ethnic segregation and material deprivation were measured. Censored data were completed with multiple imputations and analyzed with multilevel hierarchical model. Model fit was estimated with survival curve and Cox regression analysis. **Result.** Significant association was found between lower DUP and higher income, social capital, family coping, forced consulting and use of public force. **Conclusion.** DUP is associated with higher social capital and its strengthening would allow for an earlier FPE diagnosis and prognosis improvement.

Key words: social capital, psychotic disorders, ethnicity, mental health services accessibility, low income population, income inequities.

Antecedentes:

La duración de psicosis no tratada (DPN) es el período entre comienzo de los síntomas del primer episodio psicótico (PEP) y el inicio del tratamiento y puede durar desde semanas hasta años⁽¹⁾. Se asocia con factores familiares^(2,3), vecinales⁽⁴⁾, sociales⁽⁵⁻⁸⁾ económicos⁽⁹⁾ y peores resultados a corto y largo plazo⁽¹⁰⁾. El capital social comprende factores como participación social, cooperación y confianza a nivel individual, grupal o espacial⁽¹¹⁾ y se lo ha relacionado con la salud mental en grupos étnicos⁽¹²⁾ y en países de bajos⁽¹³⁾ y altos ingresos⁽¹⁴⁾. También con psicosis temprana⁽¹⁵⁾, PEP⁽¹⁶⁾ y esquizofrenia⁽¹⁷⁾. Los estudios mencionados permiten sospechar que podría existir una relación entre la DPN y el capital social. Esta determinación podría tener importantes implicaciones para la planificación de servicios de salud mental y estrategias de reducción del tiempo sin tratamiento. El objetivo del estudio fue investigar la influencia del capital social individual y colectivo, la inequidad distributiva y la segregación étnica sobre la DPN en pacientes con PEP, incluyendo otros indicadores como ingresos, educación, estado civil, acceso al sistema de salud mental, fragmentación étnica, consumo de sustancias, afrontamiento familiar, situación laboral y densidad demográfica. Se buscó determinar si la composición vecinal (inequidad distributiva, segregación étnica, capital social comunitario) se asociaba de manera independiente con DPN aparte de considerar los factores individuales.

Método

Participantes

Se incluyeron pacientes admitidos al servicio de Salud Mental entre el 1° de mayo de 2011 y el 1° de mayo de 2012, con diagnóstico de PEP (N=463). Criterios de inclusión: trastorno del espectro esquizofrénico (esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme o esquizoafectivo). Criterios de exclusión fueron tener edades entre ≤ 16 o ≥ 45 años; retraso mental; epilepsia, psicosis orgánica o desencadenada por condiciones médicas, trastorno por uso de sustancias o abstinencia. Los participantes firmaron un consentimiento informado y el estudio fue aprobado por el comité de ética local. Dos psiquiatras realizaron los diagnósticos, quienes participaron en un curso semestral para familiarizarse con los criterios del espectro esquizofrénico. A los participantes menores de edad se les requirió consentimiento informado de sus padres, luego de lo cual el Comité de Ética dio su aprobación para la participación de los mismos.

Instrumentos

Las medidas clínicas y los datos demográficos y socio ambientales se recabaron mediante entrevistas con los participantes y/o un miembro adulto de la familia co-habitando en la misma vivienda.

Medidas clínicas

Los participantes fueron evaluados con el MINI⁽¹⁸⁾. Los datos referidos al comienzo de la psicosis se obtuvieron con entrevistas a pacientes y familiares usando la Historia Clínica de la OMS⁽¹⁴⁾ y el DSM IV TR (4ª edición)⁽¹⁹⁾ para definir las categorías de esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y esquizoafectivo (DSM-IV 295.xx, 297.xx, 298.8, 298.9). También se administró la escala de síntomas positivos y negativos para Esquizofrenia (PANSS)⁽²⁰⁾.

Medidas demográficas

Se evaluaron edad, estado civil, situación laboral, escolaridad, ingresos, eventos traumáticos, acceso al sistema de salud (espontáneo o forzado), historia psiquiátrica familiar, situación laboral, composición étnica. Las variables de vivienda (número de habitaciones y personas) se trataron como ordinales y los ingresos como variables dicotómicas separados en dos grupos: \geq salario mínimo y $<$ salario mínimo por mes⁽²¹⁾. La composición étnica se clasificó en 3 categorías, teniendo en cuenta si el participante: a) pertenecía a comunidades minoritarias de países limítrofes (boliviana o paraguaya) y había nacido en el país o era inmigrante al barrio desde el interior de la Argentina, b) pertenecía a comunidades minoritarias de países limítrofes pero había nacido fuera del país, c) era natural del país. La densidad demográfica se calculó en habitantes/km². Para calcular las cifras demográficas se tomaron en cuenta los datos del censo 2010 del INDEC. La situación laboral se clasificó según la ocupación principal desempeñada por el participante en el momento de la entrevista inicial, considerando posición gerencial o de supervisión, ocupación técnica, desempleado, nunca trabajó, otra condición (estudiante).

Medidas familiares

La capacidad de afrontamiento familiar se evaluó con la Family Crisis Oriented Personal Scale (F COPES)⁽²²⁾ que mide 30 comportamientos de afrontamiento en dos niveles de interacción: 1) del individuo al sistema familiar y 2) de la familia al sistema social. Los puntajes altos representan mayores recursos de afrontamiento. Los valores se dicotomizaron en grupos de alta y baja capacidad de afrontamiento según puntuaran por encima o debajo de la media.

Medidas de capital social

El cuestionario de capital social⁽²³⁾ está formado por 36 preguntas referidas a características de la vivienda y ambiente de trabajo, con 4 niveles de respuesta (ver ANEXO 1). El máximo puntaje es 144 y se derivan 8 medidas de capital social: participación comunitaria; pro-actividad en contextos sociales; sentimientos de seguridad y confianza; conexiones comunitarias; lazos familiares y con amigos; tolerancia de la diversidad y valor de la vida. En el estudio piloto el cuestionario alcanzó un coeficiente de Cronbach entre .85 y .94 para las diferentes subescalas y un punto de corte de 60. El nivel comunitario del capital social total se obtuvo calculando el cociente entre la media principal de las respuestas individuales y el promedio de la desviación estándar de dichas mediciones⁽²⁴⁾.

Estrategia de encuesta comunitaria

A partir de la vivienda de cada participante se continuó hacia la izquierda evaluando las siguientes 10 casas con habitantes respondientes, siguiendo un patrón de geo-localización. Los adultos se seleccionaron con una carátula de Kish, solicitándoles que completaran el cuestionario de capital social.

Características del vecindario

Se incluyeron los 6 barrios correspondientes a 2 Municipios del Conurbano Bonaerense como fuente de procedencia de los participantes y se tomaron como unidad de análisis del nivel vecinal, analizados según datos de codificación geo-referenciados (INDEC) de acuerdo a datos del censo 2010 para el nivel regional y del censo 2001 para nivel radial (ANEXO 2), caracterizados por diferencias entre los 2 municipios a nivel del número de habitaciones por casa, número de espacios públicos, provisión de los servicios mínimos de electricidad y agua corriente, y en muchos casos sin servicios cloacales en uno de los distritos. Los ingresos se calcularon de acuerdo al porcentaje de personas en el quintil inferior. El Índice de Privación material de los Hogares (INDEC) se calculó mediante un agregado de indicadores incluyendo calidad de la vivienda y número de servicios básicos. Debido a que los Índices de Privación material no se publican a nivel vecinal sino al nivel anidado inferior, se calculó un valor estimativo vecinal como la media de la sumatoria de los índices individuales de cada uno de los 6 distritos vecinales compensado por el tamaño poblacional. El indicador de inequidad de los ingresos se derivó a partir del porcentaje de personas en cada distrito vecinal clasificadas como de alto nivel de privación material. A partir de ese dato y empleando el coeficiente de Gini (G) se pudo agrupar la dispersión de índices de privación material en un nivel vecinal, evitando asignar una misma medida de inequidad de los ingresos a los 6 vecindarios, de por sí heterogéneos en esta medida, e impidiendo que surgiera un sesgo en la medición de la inequidad. Cuando G es igual a 0 hay perfecta equidad distributiva y cuando es 1 perfecta inequidad. De modo tal que los vecindarios se diferenciaron entre sí por distintas medidas de G correspondientes a cada uno. Se usó el Censo 2010 para estimar la densidad poblacional, densidad étnica, separación étnica y fragmentación social. Densidad étnica se definió como el tamaño del grupo étnico compuesto por inmigrantes de zonas limítrofes (Bolivia y Paraguay) dividido por el total de la población vecinal. La separación étnica se definió como el grado de separación del grupo étnico de los otros grupos étnicos en la misma zona geográfica desde 0 (sin segregación) hasta 1 (segregación completa) mediante el método de Allardice para construir un índice de fragmentación social. Se calcularon los puntajes z para cada variable y se sumaron en un Índice general.

Duración de Psicosis No Tratada

El comienzo se definió por la presencia semanal de alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento y comportamiento desorganizado, con deterioro en el funcionamiento psicosocial. Como punto de corte para DPN se han utilizado la primera admisión⁽²⁵⁾ y el comienzo de uso de antipsicóticos⁽²⁶⁾.

Análisis estadístico

Se normalizó la distribución de la DPN y se analizó su relación con edad, género, educación, ingresos y capital social con correlación de Spearman. El riesgo de error tipo I se redujo con corrección de Bonferroni. Los datos faltantes en las variables se completaron con imputaciones múltiples (IM) (27) mediante modelos de regresión usando el programa STATA 11¹. Las correlaciones entre variables (.23 a .98) corroboraron que los datos estaban censurados al azar⁽²⁸⁾. Las variables auxiliares se incluyeron siguiendo la regla de triplicar el número de casos con datos completos respecto al número de variables⁽²⁹⁾. Con los valores imputados se crearon m=10 conjuntos de datos combinados y transformados en variables z estandarizadas. Las variables auxiliares fueron edad de comienzo del PEP, género, uso de Fuerza Pública, tipo de consulta, ingresos, afrontamiento familiar, Capital social, síntomas negativos de la PANSS, consumo de sustancias y Test VIH +. El modelo de análisis multinivel⁽³⁰⁾, permitió diferenciar la varianza de cada predictor en los diferentes niveles de agregación seleccionados, resolviendo la falta de independencia de las observaciones individuales⁽³¹⁾. Se incluyeron un nivel-1 con variables individuales (n=463) anidado en nivel-2 con variables contextuales representadas por los vecindarios (n= 6). Dado que la DPN estaba fuertemente sesgada se empleó su logaritmo natural para obtener una aproximación satisfactoria a la distribución normal. en este modelo Y_{ij} denota el logaritmo natural de la DPN para el j individuo en el vecindario

i ($i=1, \dots, K=6; j=1, \dots, n_i, \sum K_i=1n_i=463$)

Donde μ_{ij} denota una ecuación de regresión y e_{ij} es un término residual normalmente distribuido (con media 0 y variancia σ^2e) que da cuenta de cualquier variabilidad no explicada por la ecuación de regresión. Para evaluar la adecuación de los datos se emplearon 5 modelos cada uno con diferente μ_{ij} . El primer modelo fue uno vacío (modelo nulo) con parámetros aleatorios del nivel de barrios y parámetros fijos (intercepto). El modelo 2 se ajustó para los efectos aleatorios del nivel vecinal estructurado espacialmente, incluyendo datos de densidad poblacional, privación material e inequidad distributiva de los ingresos, para tratar de identificar un patrón espacial vecinal de distribución de DPN. El tercer modelo incluyó co-variables familiares. El Modelo 4 se completó con los efectos del capital social individual y comunitario, incluyendo la composición étnica y la distribución regional de ingresos según vecindario de pertenencia. Etnicidad se ajustó como variables dicotómicas aleatorias, codificadas como 0/1 según que el participante perteneciera a comunidades paraguaya/boliviana procedentes de países limítrofes o del interior del país. El quinto modelo incluyó co-variables individuales confundidoras como edad (continua), sexo (dicotómico) y efectos aleatorios tanto no estructurados como espacialmente estructurados en el nivel del vecindario. De observarse efectos sustanciales en el nivel vecinal se consideran otros factores socio-ambientales entre vecindarios como la cohesión social para explicar esta variación. Se ofrece el modelo completo original del cual derivaron los otros 5 modelos

$$\text{logit}(Y_{ij}) = \beta_0j + \sum_{k=1}^K \beta_k X_{kij} + \sum_h \beta_h Z_{hj} + \mu_{0j} + \varepsilon_{ij}^A + R_{hi} + S_{ji}$$

donde:

Y_{ij} = DPN, X_{kij} = co-variables del nivel 1; Z_{hj} = variables del nivel 2; β_k = coeficiente para la co-variable individual k , β_h = coeficiente para la variable vecinal h ; R_{hi} = efecto aleatorio no estructurado para h con media 0 y DE desconocida σR :

$R_h \approx N(0; \sigma R^2)$, $i=1; \dots; K=43$.

y S_{ji} = efecto aleatorio estructurado espacialmente en el vecindario j (32):

$S_i/S_j, j \neq h \approx N(S_i, \sigma R^2 / v_i)$, $S_i = 1/v_i \sum S_j$

$J \in \delta$

Si es el efecto adicional de los resultados distribuidos espacialmente en el in vecindario. Se empleó el modelo condicional auto-regresivo para representar las variaciones espacialmente estructuradas en los datos. En este modelo se pesan los efectos aleatorios para cada vecindario por los efectos aleatorios en vecindarios adyacentes, suavizando los datos al tener en cuenta el agrupamiento del nivel vecinal. Los efectos espacialmente estructurados, S_i , se asumen como emergentes de una distribución normal pero ahora según la fórmula:

$$S_i | \{ S_j, j \in \delta_i \} \sim N(S_i^-, \sigma^2 S_i^-), S_i^- = 1/v_i \sum_{j \in \delta_i} S_j$$

Donde δ_i es el conjunto de vecindarios i , en este caso los vecindarios directamente adyacentes a i , y además v_i es el número de tales vecindarios. Para la significación estadística se utilizó el test de Wald⁽³³⁾. El modelo multinivel jerárquico Bayesiano empleado permitió estimar la asociación entre DPN y a) parámetros fijos (factores composicionales y contextuales) y b) parámetros aleatorios (variación de DPN según vecindarios), ya que permite tomar en consideración la estructura natural de los datos, es decir los individuos anidados dentro de los vecindarios y examinar si la distribución de la DPN tiene relación con algún patrón espacial. La homogeneidad de los contextos se determinó con coeficiente de correlación intraclass (CCI), usando el programa MLWIN 2.0.², según: $\tau_{01} / \tau_{01} + \tau_{00}$. Cuanto más cercano a 1 indica mayor diferencia entre componentes del nivel 2. Las curvas de supervivencia (34) estimaron mediante test log-rank la probabilidad acumulativa de acceso al servicio de salud en función del tiempo transcurrido. El análisis de regresión de Cox permitió, a través de 5 modelos de ajuste, cuantificar las asociaciones con hazard ratios (HR), donde $HR < 1$ indica mayor DPN. Como la media de DPN es influida por las demoras para la consulta, se informó su mediana (35). La asunción de riesgos proporcionales no quedó invalidada en el modelo final (valores de $p < 0.01$).

Resultados

Participantes

Se identificaron 496 pacientes de los cuales 463 (93%) aceptaron participar en el estudio. La distribución del PEP por género y edad (media 23.3 años) fue similar a otros estudios⁽³⁶⁾. Predominaron los hombres en el comienzo a menor edad (media 19.6 años; rango intercuartiles (RI) 17.3-25.6) y las mujeres a

1 StataCorp. Stata Multiple Imputation Reference Manual: Release 11. College Station, TX: StataCorp LP, 2009. STATA/SE 11.0

2 <http://bristol.ac.uk/cmm/software/r2mlwin>

mayor edad (27.9 años; RI 21.7-36.6). La edad media para los vecinos fue 48.1±9.3 años, el nivel educativo de 11.5±3.6 años y un ingreso promedio < al salario mínimo. En 32 participantes (7%) intervino la fuerza pública para acompañarlos a la consulta. Los datos socio-demográficos se observan en la tabla 1 y los datos referidos al nivel vecinal comunitario en la tabla 2-

Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra

(1/5/2011 al 1/5/2012, selección de pacientes concurrente al servicio de salud comunitaria, Argentina)

Variable	Valores (n = 463)	
Edad (años)	17-26	190
	27-36	190
	37-46	83
Género (H) (n/%)		310 (67%)
Escolaridad (n/%)	> 9 años	183 (39.5)
	≤ 9 años	280 (60.5)
Estado civil (n/%)	Casado/a	21 (4.65)
	Soltero/a	65 (14%)
	Separado/a	384 (83%)
Empleados (n/%)		120 (26%)
Viviendas (n/%)	1-2 cuartos	92 (20%)
	3-4 cuartos	199 (43%)
	≥ 5 cuartos	171 (37%)
N° individuos x casa (n/%)	1-3	51 (11%)
	4-5	129 (28%)
	≥ 6	282 (61%)
Ingresos (n/%)	> sueldo mínimo	20 (4.5%)
	< sueldo mínimo	215 (53.5%)
Derivación a SM (n/%)	Espontáneamente	51 (11%)
	Forzado (familiar/amigo)	280 (60.5%)
	Fuerza pública	32 (7%)
	MAP	99 (21.5%)
Historia psiquiátrica previa (n/%)		74 (16%)
	Consumo cannabis (n/%)	153 (33%)
	Consumo cigarrillos	287 (62.2%)
	Consumo alcohol	193 (41.8%)
Composición familiar	Test VIH + (n/%)	9 (2.32%)
	Ambos padres	162 (35%)
	Monoparental madre	65 (14%)
	Monoparental padre	97 (21%)
	Paciente casado	51 (11%)
Paciente separado hombre	51 (11%)	
Paciente separado mujer	37 (8%)	

VIH = virus de inmunodeficiencia humana; MAP = médico atención primaria

Tabla 2. Distribución de indicadores vecinales

Indicador	Barrio 1	Barrio 2	Barrio 3	Barrio 4	Barrio 5	Barrio 6	Test Mann-Whitney de 2 muestras Score z, valor P
Índice privación material	45.3(3.4)	46.3 (4.5)	23.4(2.4)	37.9(2.4)	49.4(8.5)	33.2(5.2)	11.5 <0.001
Inequidad Ingresos	13.2(3.4)	15.3 (2.5)	9.2(4.3)	11.3(5.4)	23.1 (7.5)	10.8 (5.9)	-7.3, <0.001
Densidad poblacional (por distrito)		3345.2(hab/km2)			5527.4(hab/km2)		12.9 <0.001
Índice fragmentación social	3.9(1.9)	4.2(1.2)	4.2(1.4)	6.8(2.5)	5.2(3.5)	7.2(1.4)	12.3<0.001
Densidad étnica	25.4(8.9)	45.2(23.1)	43.2(21.3)	12.3(7.3)	17.9(6.9)	11.3(6.49)	9.9<0.001
Separación étnica	9.1(1.2)	5.2(2.1)	3.4(1.4)	9.2(3.2)	17.9(6.2)	14.2(6.9)	32.1<0.002

Clínica del PEP

Los diagnósticos fueron: esquizofrenia (n=324, 69.7%) y trastornos esquizofreniforme (n=98, 21%), esquizoafectivo (N=23, 4.6%), psicótico breve (N=9, 2%), y psicótico no especificado (N=9, 2%). La DPN fue muy sesgada (figura 1) y tuvo una mediana de 18 semanas (RI=4-35; media = 27.9±3.01; rango 2-56 semanas), además de exhibir diferencias estadísticamente significativas (z=-3.9; p=.01) entre participantes con > 9 años (mediana 14 semanas; (RI) =3-22; media 19.2±4.11) y ≤ 9 años de escolaridad (mediana 34 semanas; RI= 4.5-65, media 37.1±7.46); y entre pacientes con ingresos < del salario mínimo (mediana y media de 44 y 31.3±16.5 semanas) y > del salario mínimo (mediana y media de 21.1 y 17.9±9.8), con diferencia $\chi^2=2.38$, df=1, p=.04 (figura 2). Esto señaló que con mayor salario existían 3 veces más probabilidades de acceder a la consulta médica (Figuras 1 y 2).

Los participantes con y sin admisión forzada tuvieron diferencias significativas en DPN ($\chi^2=9.27$, df=1, p=.01) con medianas de 19 semanas (media=19.9±8.3) y 28 semanas (media=25.1±14.9) respectivamente. Los primeros tenían casi 3 veces más probabilidades de acceder a consulta formal en cualquier momento (Figura 3).

El mayor capital social predijo una menor DPN ($\chi^2=7.70$, df=1, p=.01) y se asociaba con una probabilidad 4 veces mayor de atención formal en cualquier momento. Los puntajes medios en escala PANSS fueron: PANSS-positivo = 16.3 (DE ± 6.3; rango 6-28), PANSS-negativo = 14.27 (DE ± 7.9; rango 7-29) y PANSS general = 27.2 (DE ± 11.3; rango 15-47). Hubo diferencias en la composición de los barrios de procedencia de los participantes ($\chi^2=13.75$, df=2, p=.001). El primer modelo fue uno vacío (hipótesis nula) con datos no estructurados aleatorios del nivel vecinal. De acuerdo con este modelo, el CCI fue .067, representando un alto porcentaje de variación atribuible a los vecindarios⁽³⁷⁾. El siguiente modelo se ajustó para el efecto aleatorio vecinal estructurado espacialmente, buscando determinar un patrón vecinal en la distribución de DPN asociada a distribución del ingreso, fragmentación y separación étnica y densidad poblacional (tabla 3). Allí este modelo ajustado mostró resultados significativos para las variables correspondientes a la inequidad distributiva (HR=4.98, CI 2.34-6.98, p<.002) y fragmentación social (HR 4.98, CI 2.43-3.45, p<.001). Ingresando los factores composicionales (tabla 3, ajuste 3°) el mejor modelo incluyó consulta forzada (HR 1.47, CI .58-2.61, p= .03), menor edad al comienzo de síntomas (HR 2.06, CI 1.42-3.49, p= .02), e ingresos superiores al mínimo (HR 1.24 CI 1.03-2.46, p= .02). Al agregar recursos de afrontamiento

Figura 1. Distribución natural y logarítmica de la DPN

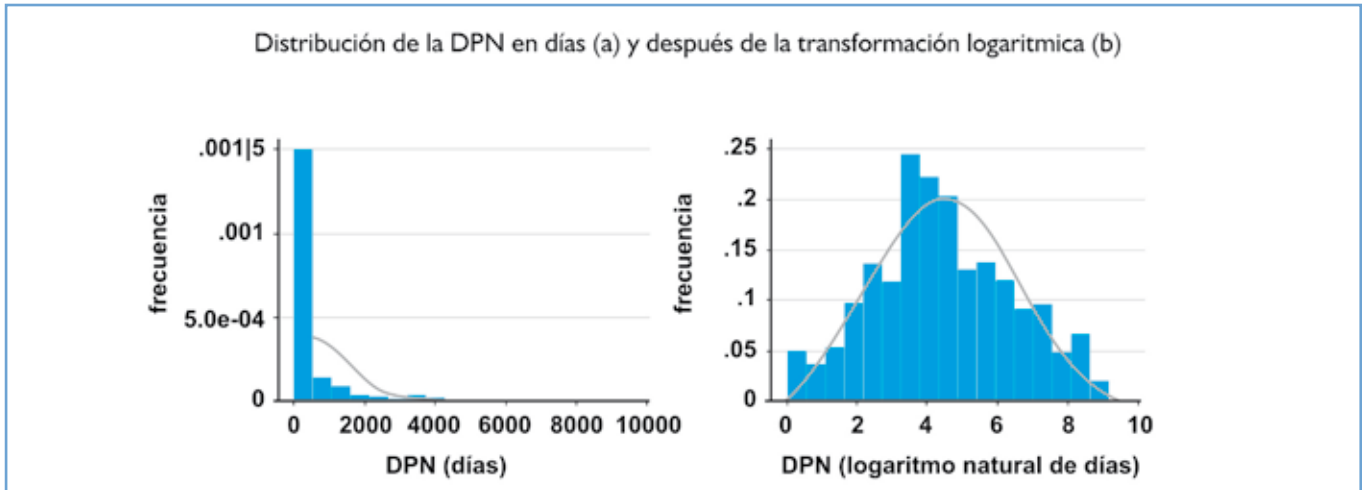
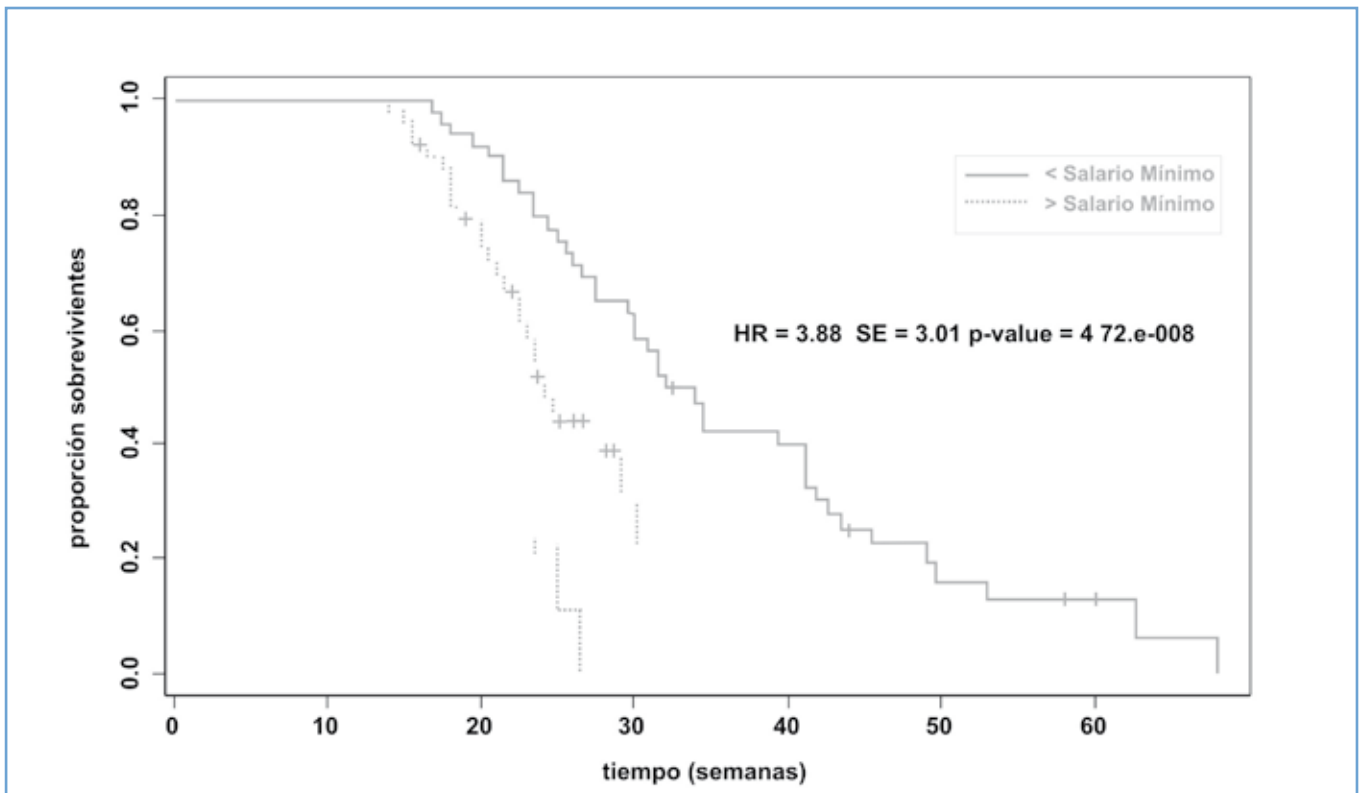


Figura 2. Curva de supervivencia estratificada por nivel de ingresos (1/5/2012 a 1/5/2012, resultados elaborados en base a la muestra de pacientes concurrentes a servicio de salud comunitaria, Argentina)



y capital social (ajuste 4°) se observó un efecto significativo sobre la menor DPN (HR 2.24 CI .98-2.79, $p = .01$ y HR = 3.86, CI 2.27-7.51, $p = .01$ respectivamente). Al ingresar síntomas negativos (escala PANSS), hubo asociación con mayor DPN ($p = .02$)⁽³⁴⁾. Finalmente, después de ajustar para los valores composicionales (ajuste 5°), incluyendo el capital social comunitario mostró un buen ajuste sobre la DPN en el nivel 2 (HR= 4.76 CI 2.91-5.02, $p = .02$).

Tabla 3. Sobrevida con regresión de Cox para DPN y variables composicionales, contextuales y aleatorias (1/5/2012 a 1/5/2012, resultados elaborados en base a la muestra de pacientes concurrentes a servicio de salud comunitaria, Argentina)

Factor Riesgo (N=43)	HR modelo nulo (CI 95%)	HR estructura espacial (CI 95%)	HR ajuste 1°* (CI 95%)	HR ajuste 2° (IC 95%)*	P de Wald	HR ajuste 3° (IC 95%)*	P de Wald	HR ajuste 4° (IC 95%)*	P de Wald
Parámetros fijos									
Intercepto	2.0097	2.7644	2.4311	2.4267	.0098	2.7542	.0087	2.5190	.063
Factores composicionales									
Edad al comienzo (años)			3.71 (1.22-5.36)	3.87 (1.35-6.47)	.02	4.14 (2.58-7.69)	.06	4.12 (2.09-3.66)	.007
Genero			2.06 (1.42-3.49)	2.67 (2.05-3.34)	.23	2.32 (1.05-2.16)	.20	2.54 (1.09-3.11)	.130
Ingresos < v.> sueldo mínimo			1.24 (1.03-2.46)	3.44 (2.88-8.70)	.06	3.13 (2.06-15.7)	.09	3.98 (1.03-4.55)	.004
S/íno (v. >2670)			1.26 (1.22-5.25)	2.90 (1.34-7.75)	.03	3.33 (0.88-7.33)	.06	3.98 (1.46-4.02)	.411
Consulta (espontánea vs forzada)			1.10 (0.97-2.72)	1.24 (0.88-3.43)	.06	3.21 (1.48-5.17)	.02	4.1 (1.98-5.21)	.001
F. Pública (si vs.no)			1.47 (0.58-2.61)	1.96 (1.28-2.27)	.21	3.86 (2.63-8.91)	.03	3.98 (1.92-3.87)	.002
Abuso de sustancias			1.08 .87-1.87)	1.23 (.99-158)	.12	2.13 (1.32-2.90)	.21	2.44 (1.67-2.97)	.312
F COPEs (alta vs baja)				2.24 (0.98-2.79)	.11	3.79 (1.03-5.23)	.01	4.01 (2.09-5.88)	.002
Índice privación material		3.76(2.98-5.87)	4.23(3.23-5.87)	4.31(2.3-5.09)2	.22	5.34(2.92-4.98)	.00	4.23(1.22-4.99)	
Inequidad Ingresos		4.98(2.34-6.98)	4.87(3.98_6.87)	3.12(2.76-4.87)	.76	4.87(3-21-6.98)	.81	5.87(3.22-8.98)	.002
Densidad poblacional (por distrito)		3.21(2.11-4.23)	4.2282.33-6.87(4.23(3.2-6.87)	.22	5.98(2.33-7.33)	.21	4.22(3.98-5.32)	.09
Índice fragmentación social		4.98(2.43-3.45)	3.21(2.11-4.56)	4.22(2.11-7.98)	.21	4.45(2.43-5.76)	.23	4.23(4.00-5.98)	.001
Densidad étnica		4.87(2.11-6.87)	3.12(3.00-5.98)	2.34(1.00-6.98)	.23	3.76(2.99-5.98)	.21	4.23(2.99-5.16)	.023
Separación étnica		4.76(2.444-9.09)	3.21(2.11-5.87)	2.3481.09-5.98)	.21	3.89(2.09-5.13)	.21	3.98(2.98-5.98)	.087
Capital social (bajo vs alto)						3.86 (2.27-7.51)	.01	3.99 (1.43-5.02)	.001
Síntomas negativos (PANSS)								3.11 (1.87-4.09)	.002
Factores contextuales									
Capital social comunitario§			4.31 (3.94-5.21)		.01			4.76 (2.91-5.02)	.002
Parámetros aleatorios									
Nivel de barrios	1.10 (1.07-1.82)	1.01 (.87-1.22)	1.07 (.98-1.81)	1.04 (0.98-1.76)	.18	1.01 (.99-1.99)	.13	1.08 (1.01-1.77)	.008
Nivel individual	1.61 (.86-2.41)	1.21 (.87-1.32)	1.26 (.02-1.76)	1.24 (.01-1.87)	.21	1.47 (.02-1.32)	.17	1.18 (.04-1.22)	.009
Parámetro espaciales		pR=.67							
Parámetros de variancia		σR2 = 131.8	σR2 = 1254.4	σR2 = 111.1		σR2 = 127.4		σR2 = 101.4	
-2 × Log verosimilitud	152.1	-154.8	-143.2	151.3		132.5		124.3	

DPN = Duración Psicosis No tratada; F. Pública = fuerza pública; F COPEs = Family Crisis Oriented Personal Scale; HR = hazard ratio; IC = intervalo de confianza; PANSS = positive and negative syndrome scale; DE = desviación estándar; IM = imputaciones múltiples; pR = coeficiente de correlación intraclassa ajustado para parámetros espaciales; σR² = coeficiente de variancia. * Se ajustó el modelo luego de reemplazar los valores censurados con IM: 2 en ingresos, consulta, F Copes y síntomas negativos PANSS. HR<1 indica mayor DPN. § Se obtuvo un coeficiente (media general capital/media DE) y se transformó en valores z. Se obtuvieron las DE y se consideró alto capital social comunitario con una 1+DE y bajo capital social comunitario 1-DE.

Para investigar más profundamente la asociación de DPN con el capital social individual, este se reemplazó con cada una de sus subescalas en el modelo final (Tabla 4), asociándose significativamente tres dominios con una mayor DPN: participación comunitaria (HR 0.89; 95% CI 0.38-2.11), confianza y seguridad (HR 2.48; 95% CI 1.23-5.02) mientras que conexiones comunitarias tuvo una significación estadística menor (p = .06).

Tabla 4. Sobrevida con regresión Cox para DPN y subescalas de capital social (1/5/2012 a 1/5/2012, resultados elaborados en base a la muestra de pacientes concurrentes a servicio de salud comunitaria, Argentina)

Subescalas de Capital Social*	HR sin ajuste † (IC95%)	HR ajustado † (IC95%)	‡ valor p Wald
Participación comunitaria	0.78 (0.36-1.47)	0.89 (0.38-2.11)	.03
Pro-actividad social	1.45 (0.57-2.96)	3.10 (1.47-5.47)	.89
Confianza y seguridad	1.34 (1.18-2.56)	2.48 (1.23-5.02)	.02
Conexiones comunitarias	0.79 (0.31-0.99)	1.19 (1.04- 3.86)	.06
Conexión familia/amigos	1.88 (1.27-2.46)	2.51 (1.34-4.38)	.36
Tolerancia diversidad	2.08 (1.67-3.24)	2.27 (1.59-2.76)	.55
Valor de la vida	1.76 (1.03-3.14)	3.24 (1.52-4.10)	.74

Discusión

Este estudio sugiere que en ambientes de desarrollo bajo y medio la DPN se asocia con la consulta forzada, participación de la fuerza pública, mayores ingresos y capital social. Coincidiendo con otros estudios de pacientes cursando PEP⁽³⁸⁾, la muestra tuvo alto porcentaje de participantes solteros o separados, con VIH y menores ingresos., mayoritariamente hombres a menor edad y mujeres a mayor edad de comienzo del PEP. Sin embargo, en consonancia con otras investigaciones, no hubo diferencias estadísticamente significativas para la DPN entre ambos sexos⁽³⁹⁾.

Ingresos

La DPN correlacionó negativamente con los ingresos a pesar de los datos faltantes corregidos con IM para asegurar una distribución aleatoria de los datos. Investigaciones previas⁽⁴⁰⁾ han encontrado que las situaciones de pobreza predicen mayor DPN. Una explicación plausible es que los bajos ingresos actúan como una barrera para la búsqueda de ayuda o asesoramiento profesional por parte del paciente o sus familiares.

Capital social

Existen estudios que demuestran relaciones no lineales entre mayor incidencia de esquizofrenia y menores y mayores índices de cohesión social⁽⁴¹⁾. Posiblemente con bajos niveles de cohesión social la comunidad no atenúa las situaciones de estrés ambiental; y con mayores niveles se excluiría del beneficio protector a los sujetos diferentes (con rasgos psicóticos), aumentando los controles informales. En este estudio hubo evidencia a favor de una asociación inversa entre el capital social y la DPN, alcanzando un tamaño de efecto estadísticamente significativo en todos los dominios, especialmente en participación comunitaria y relación vecinal. Como elementos mediadores intervinieron: a) el conocimiento de la historia personal de los sujetos, disminuyendo el umbral para detectar conductas poco habituales, b) la mayor densidad del entramado social evitando que los síntomas incipientes pudieran pasar inadvertidos, c) la confianza de los pacientes hacia familiares o vecinos, haciéndolos proclives a aceptar la concurrencia al servicio de salud. Hay evidencia de que el menor apoyo social puede prolongar la DPN⁽⁴²⁾.

Variables vecinales

Se mostró una asociación significativa con las variables vecinales destacando la inequidad de los ingresos y la fragmentación social, que produjeron un aumento sustancial en la DPN. Esto puede relacionarse con la falta de apoyo del grupo de pares, la menor accesibilidad de los pacientes a los servicios asistenciales por razones culturales en que también influyó si el participante había nacido en el país o era inmigrante del exterior, dado que esta última condición se asocia con una mayor dependencia del núcleo de origen familiar y una menor posibilidad de consulta a servicios clínicos ya que no tiene la confianza suficiente a nivel de la comunidad, y finalmente por la necesidad de dedicar más tiempo a las actividades laborales informales, dado que la consulta implica pérdida de la inserción en el grupo étnico, pérdida de mano de obra para la familia y mayor gasto por consumo de medicamentos prescritos. Puede incidir también la ausencia de mediadores fuera del grupo étnico de pertenencia para dirigir al paciente al servicio asistencial comunitario.

Asistencia forzada.

Una gran proporción de pacientes (89%) concurren a la asistencia forzadamente. La participación de la fuerza pública se asoció con menor DPN. Para ello pudo haber incidido la

difusión de información entre las redes vecinales para considerar como enfermedad a un cambio en la conducta de los pacientes, corroborado por la significación en el modelo de los dominios de confianza, seguridad e interacción con el vecindario.

Los Síntomas Negativos frecuentes como primera manifestación pudieron contribuir a la detección y derivación precoz, al modificar las conductas habituales y afectar el desenvolvimiento familiar. Cuando los miembros deben recolectar los recursos necesarios para subsistir, la consulta al servicio sanitario permite recuperar el equilibrio perdido, disminuyendo el rol disfuncional del paciente.

El afrontamiento familiar se asoció positivamente con menor DPN, mediante la búsqueda de apoyo de amigos y familiares junto al reconocimiento de los recursos propios para resolver problemas, todos elementos mediadores para reconocer los síntomas como disfuncionales y buscar ayuda.

La importante influencia contextual sobre DPN puede atribuirse a la heterogeneidad de los vecindarios, la gran dispersión en las DPN individuales o falta de colinealidad entre los valores contextuales y percepciones individuales del capital social, aunque el alto coeficiente intra-clase permitiría soslayar esta última posibilidad.

Consumo de Sustancias

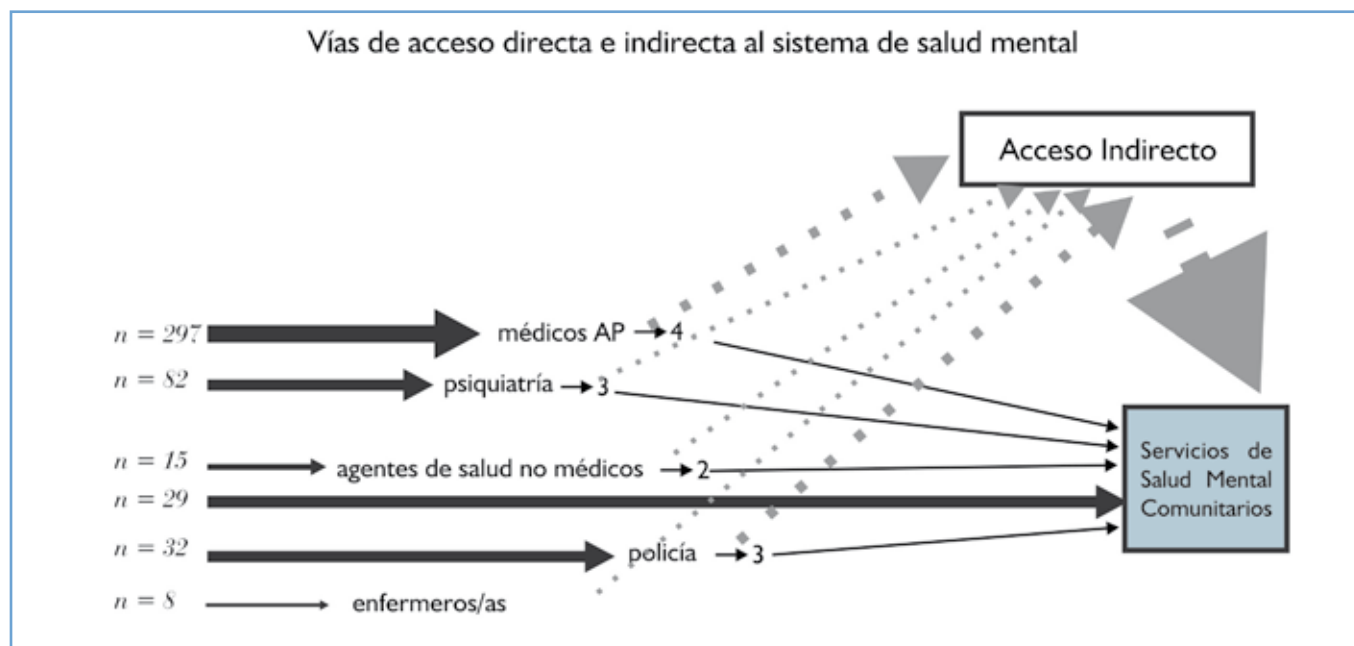
Al introducir el uso de sustancias en el modelo no se produjo un mejor ajuste y por lo tanto no representó una asociación significativa con la DPN.

Limitaciones

El pequeño tamaño muestral y la exclusión de pacientes que no consultaron pero que constituyen parte de la población en riesgo podría sesgar los resultados. Dada la naturaleza transversal del estudio no se puede establecer una causalidad entre el capital social y la DPN, que podría incluso ser invertida. Deberían considerarse las características ambientales del grupo investigado antes de extrapolar los resultados a otras regiones⁽⁴³⁾. La evaluación retrospectiva de DPN podría encubrir omisiones, afectando la exactitud de los datos. El entrevistar a vecinos en 10 hogares a la redonda del paciente pudo haber restringido la validez del capital social comunitario y es posible que el conocimiento que tenían de la salud mental del paciente representara una fuente de sesgo adicional. Respecto de los análisis estadísticos, el método de Imputaciones Múltiples generalmente muestra un sesgo y error estándar confiables, pero la fracción de datos censurados pudo haber afectado los resultados finales. Al finalizar de recopilar y procesar los datos para el presente trabajo surgieron dos inquietudes. a) graficar las vías de acceso de los participantes a los efectores de salud mental y, b) formular un modelo que permitiera analizar el peso relativo de cada uno de los factores estudiados, tanto los del nivel individual como del nivel agregado vecinal, sobre la DPN. Para ello se introdujeron los resultados de las variables en un modelo estructural y se evaluaron mediante un programa Lisrel 12.0 de acuerdo al modelo hipotético inicial que proponía al capital social individual y colectivo, la segregación étnica y la inequidad distributiva como los principales mediadores para el aumento de la DPN.

La primera de las inquietudes se concretó en el siguiente gráfico donde se observan las principales vías de acceso de los participantes a los efectores de Salud Mental (figura 4).

Figura 4. Vías de acceso a los Servicios de Salud Mental, principales derivadores



El resultado de la segunda inquietud se concretó en la tabla 5 y la figura 5.

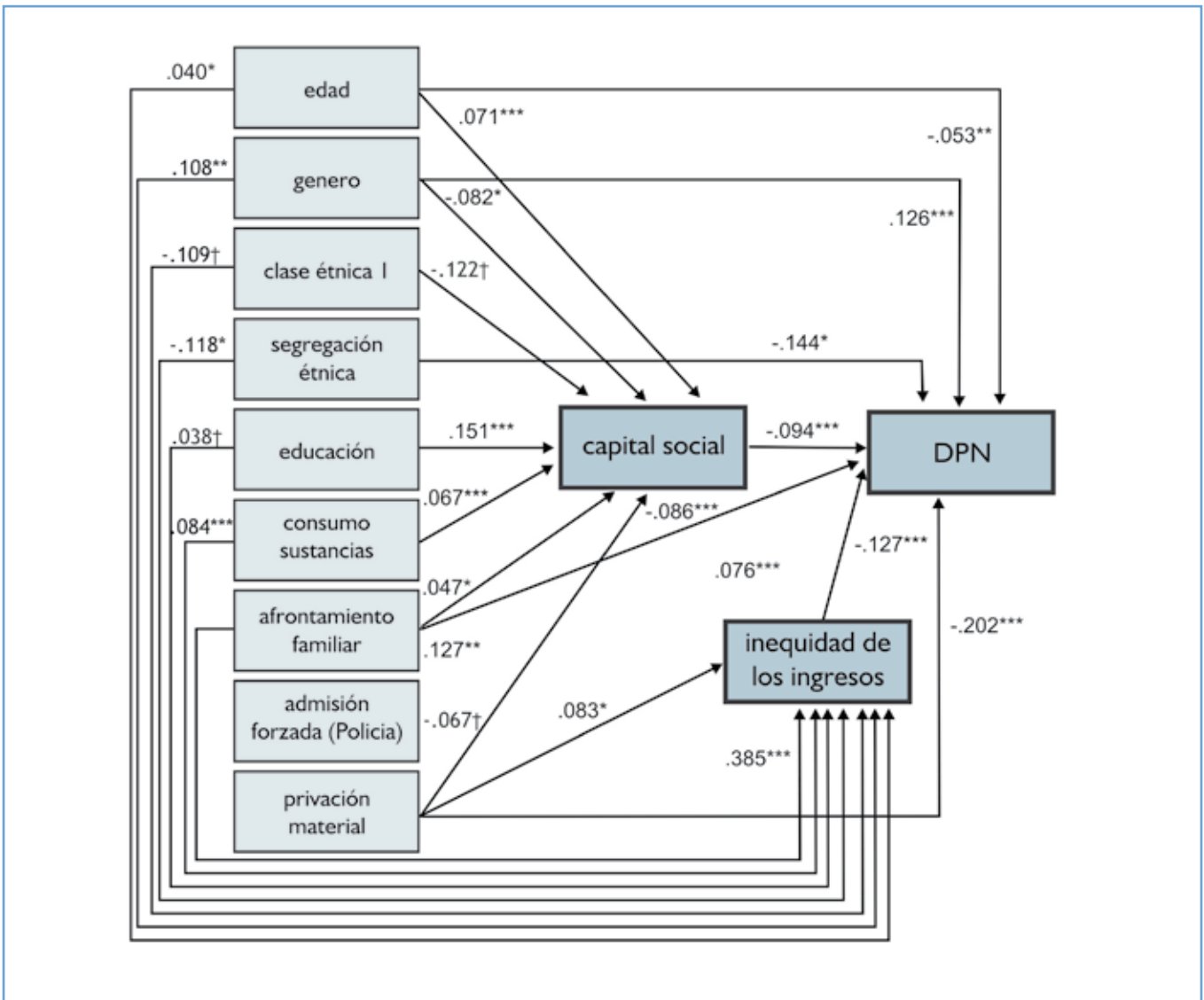
Tabla 5. Modelo de sendero de capital social, inequidad distributiva y segregación étnica, además de variables demográficas individuales y vecinales (n = 463)

Variable independiente	Variables dependientes		
	Capital social	Inequidad distributiva	Segregación étnica
Individuales			
Edad comienzo (años)	.044*** (.011)	.004* (.002)	-.005** (.002)
Genero (1-femenino)	-.538* (.244)	.124** (.043)	.123*** (.036)
Ingresos < v.>sueldo mínimo	-.786† (.409)	-.125† (.064)	.061 (.059)
Consulta (1-forzada)	-.255 (.388)	-.136* (.069)	-.141* (.058)
Clase étnica (1-inmigrantes externos)	.438 (.463)	-.035 (.089)	-.022 (.078)
F. Pública (si vs.no)	.334 (.270)	-.010 (.048)	-.010 (.040)
Abuso de sustancias	.285*** (.040)	0.13† (.007)	-.009 (.006)
F COPES (1-alta)	.031*** (.010)	.007*** (.002)	-.001 (.001)
Vecinales			
Índice privación material	.004* (.002)	.005*** (.000)	-.001*** (.000)
Inequidad Ingresos	-.437† (.260)	.096* (.046)	-.196*** (.040)
Densidad poblacional (por distrito)	.837** (.267)	.068 (.049)	.056 (.042)
Índice fragmentación social	0.13*** (.003)	-.087*** (.018)	-.014*** (.003)
Densidad étnica	0.31* (.001)	.029 (.022)	-.021* (.004)
Separación étnica	0,47* (.023)	.042 (.018)	.014 (.016)
Capital social (bajo vs alto)	0.6113** (.009)	-.087** (.007)	-.014 (.017)
Intercept o	44.617*** (.801)	—	3.188*** (.175)
Cut 1	—	1.009*** (.194)	—
Cut 2	—	1.933*** (.193)	—
Cut 3	—	3.805*** (.200)	—
R2	.065	.245	.074

Nota: Números entre paréntesis significan error estándar.

*p = .05, **p = .01, y ***p = .001 (test de dos colas).

Figura 5. Modelo de sendero de la relación entre capital social, inequidad social y DPN



Conclusión

Los resultados obtenidos sugieren variables familiares, vecinales y sociales se asocian a la DPN e inciden en el acceso de los pacientes a los servicios de Salud Mental. En un contexto con escasos recursos materiales, el mayor capital social correlaciona con menor DPN. Paradojalmente los pacientes con mayor necesidad de intervención temprana son los que más tardíamente la reciben. Se requieren esfuerzos para implementar estos resultados en comunidades con bajos recursos económicos y culturales, intentando acortar la DPN y allanar el acceso a los servicios asistenciales.

Referencias Bibliográficas

- Verdoux, H., Bergey, C., Assens, F., Abalan, F., Gonzales, B., Pauillac, P., & Van Os, J. (1998). Prediction of duration of psychosis before first admission. *European psychiatry*, 13(7), 346-352.
- Compton, M., Goulding, S., Gordon, T., Weiss, P., & Kaslow, N. (2009). Family-level predictors and correlates of the duration of untreated psychosis in African American first-episode patients. *Schizophrenia research*, 115(2), 338-345.
- Barnes, T., Hutton, S., Chapman, M., Mutsatsa, S., Puri, B., & Joyce, E. (2000). West London first-episode study of schizophrenia Clinical correlates of duration of untreated psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 177(3), 207-211.
- Kirkbride, J., Lunn, D., Morgan, C., Lappin, J., Dazzan, P., Morgan, K., et al. (2010). Examining evidence for neighbourhood variation in the duration of untreated psychosis. *Health Place*, 16(2):219-25
- Morgan, C., Abdul-Al, R., Lappin, J., Jones, P., Fearon, P., Leese, M., et al. (2006). Clinical and social determinants of duration of untreated psychosis in the AESOP first-episode psychosis study. *Br J Psychiatry*; 189:446-52
- Ruiz-Veguilla, M., Barrigón, M., Diaz, F., Ferrin, M., Moreno-Granados, J., Salcedo, M., & Gurpegui, M. (2012). The duration of untreated psychosis is associated with social support and temperament. *Psychiatry research*, 200(2), 687-692
- Morgan, C., Kirkbride, J., Hutchinson, G., Craig, T., Morgan, K., Dazzan, P., Boydell, J., et al. (2008). Cumulative social disadvantage, ethnicity and first-episode psychosis: a case-control study. *Psychol Med*; 38(12):1701-15
- Broussard, B., Kelley, M., Wan, C., Cristofaro, S., Crisafio, A., Haggard, P., et al. (2013). Demographic, socio-environmental, and substance-related predictors of duration of untreated psychosis (DUP). *Schizophr Res*; 148(1-3):93-8
- Large, M., Farooq, S., Nielsens, O., & Slade, T. (2008). Relationship between gross domestic product and duration of untreated psychosis in low-and middle-income countries. *The British Journal of Psychiatry*, 193(4), 272-278.
- Altamura, A., Bassetti, R., Sassella, F., Salvadori, D., & Mundo, E. (2001). Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first-episode schizophrenia: a retrospective study. *Schizophrenia research*, 52(1), 29-36
- Durston, J. (2000). ¿Qué es el Capital Social Comunitario? Serie Políticas Sociales 38, División de Desarrollo Social, CEPAL, Santiago de Chile.
- Berry, H. (2009). Social capital and mental health among Indigenous Australians, New Australians and Other Australians living in a coastal region. *Advances in Mental Health*, 8(2), 142-154.
- De Silva, M., Huttly, S., Harpham, T., Kenward, M. (2007). Social capital and mental health: A comparative analysis of four low income countries. *Social Science & Medicine*; 64: 5-20.
- Lofors, J., Sundquist, K. (2007). Low linking social capital as a predictor of mental disorders: A cohort study of 4.5 million Sweden. *Social Science & Medicine*; 64: 21-34.
- Gayer-Anderson, C., & Morgan, C. (2013). Social networks, support and early psychosis: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22: 131-146.
- Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Øhlenschlaeger, J., Christensen, T., Krarup, G., et al. (2006). Social network among young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders: results from the Danish OPUS trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 41(10):761-70.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K., & Dunbar, G. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12(5), 224-231
- World Health Organization (1996) Personal and Psychiatric History Schedule. Geneva: WHO.
- López-Ibor, J. y Valdés, M. (dir.) (2002). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Kay, S., Fitzbein, A., Opler, I. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*; 13:261-267
- Boletín Oficial de la República Argentina. Consejo Nacional del empleo, la productividad y el Trabajo. Resolución 2 / 2012. Fecha Pub.30/08/2012 Pág.: 10.
- McCubbin, H., Olson, D., Larsen, A., Corcoran, K., & Fischer, J. (2000). Family crisis orientated personal evaluation scales [F COPES] (1987, 1991). Measures for clinical practice: A sourcebook. 3rd Ed. (2vols.) NY, Free Pr. V. 1, Pg. 294-297
- Bullen, P., Onyx, J. (2005). Measuring Social Capital in Five Communities in NSW: A Practitioner's Guide, 2nd Ed. Coogee, NSW: Management Alternatives Pty Ltd.
- Stafford, M., Bartley, M., Sacker, A., Marmot, M., Wilkinson, R., Boreham, R., & Thomas, R. (2003). Measuring the social environment: social cohesion and material deprivation in English and Scottish neighbourhoods. *Environment and Planning A*, 35(8), 1459-1476
- Morgan, C., Abdul-Al, R., Lappin, J. M., Jones, P., Fearon, P., Leese, M., & Murray, R. (2006). Clinical and social determinants of duration of untreated psychosis in the AESOP first-episode psychosis study. *The British Journal of Psychiatry*, 189(5): 446-452.
- Singh, S. (2007). Outcome measures in early psychosis. Relevance of duration of untreated psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 191(50): s58-s63.
- Rubin, D. B. (1987). Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys. New York: Wiley
- Raghunathan, T., Lepkowski, J., Van Hoewyk, J. & Solenberger, P. (2001) A Multivariate Technique for Multiply Imputing Missing Values Using a Sequence of Regression Models. *Survey Methodology*, 27, 85-95
- Hardt, J., Herke, M., & Leonhart, R. (2012). Auxiliary variables in multiple imputation in regression with missing X: a warning against including too many in small sample research. *BMC medical research methodology*, 12(1): 184
- Goldstein, H., Browne, W., Rasbash, J. (2002). Multilevel modelling of medical data *Statistics in Medicine*, 21 (21): 3291-3315
- Snijders, T., & Bosker, R. (1999). *Multilevel analysis: An introduction to basic and advanced multilevel modeling*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Besag, J., Kooperberg, C. (1995). On conditional and intrinsic autoregression. *Biometrika*, 82: 733-746.
- Wald, A. (1943). Tests of Statistical Hypotheses Concerning several Parameters when the Number of Observations is Larger. *Transactions of the American Mathematical Society* 54: 426-82
- Collett, D. (2003). *Modelling survival data in medical research*. Second edition Chapman & Hall/CRC; Boca Raton, FL.
- Large, M., Nielsens, O., Slade, T. (2008). Measurement and reporting of the duration of untreated psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 2:201-211.
- Chang, W., Tang, J., Hui, C., Lam, M., Wong, G., Chan, S., Chen, E. (2012). Duration of untreated psychosis: Relationship with baseline characteristics and three-year outcome in first-episode psychosis. *Psychiatry research*, 198(3): 360-365.
- Merlo, J., Chaix, B., Yang, M., Lynch, J., & Rastam, L. (2005). A brief conceptual tutorial on multilevel analysis in social epidemiology: interpreting neighbourhood differences and the effect of neighbourhood characteristics on individual health. *Journal of epidemiology and community health*, 59(12), 1022-1029
- Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., Salokangas, R., Heinimaa, M., Linszen, D., Dingemans, P., Klosterkotter, J. (2010). Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective European prediction of psychosis study. *Archives of general psychiatry*, 67(3):241
- Cascio, M., Cella, M., Preti, A., Meneghelli, A., Cocchi, A. (2012). Gender and duration of untreated psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Early Interv Psychiatry*; 6(2):115-27
- Lund, C., De Silva, M., Plagerson, S., Cooper, S., Chisholm, D., Das, J., Patel, V. (2011). Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 378(9801): 1502-1514
- Kirkbride, J., Boydell, J., Ploubidis, G., Morgan, C., Dazan, P., McKenzie, K., et al. (2008). Testing the association between the incidence of schizophrenia and social capital in an urban area. *Psychological Medicine*, 38(8): 1083-1094.
- Peralta, V., Cuesta, M., Martínez-Larrea, A., Serrano, J., Langarica, M. (2005). Duration of untreated psychotic illness: the role of premorbid social support networks, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40 (5): 345-349
- Lihong, Q., Shimodera, S., Fujita, H., Morokuma, I., Nishida, A., Kamimura, N., et al. (2012). Duration of untreated psychosis in a rural/suburban region of Japan. *Early Interv Psychiatry*; 6(3): 239-46.
- Jöreskog, K. G., Sörbom, D. (2011). LISREL 12.0. Chicago: Scientific Software International.

ANEXO I

Cuestionario de capital Social

En las siguientes preguntas circule la respuesta más apropiada 1, 2, 3 o 4

1. ¿Se siente valorado por su vecindario?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
2. ¿Si se fuera a morir mañana, estaría satisfecho con su vida?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
3. ¿Ha recogido alguna vez la basura tirada por otro vecino en una plaza pública?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
4. ¿Algunos dicen que ayudando a los demás se ayuda a sí mismo a largo plazo. Está de acuerdo?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
5. ¿Participa como voluntario en grupos locales?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
6. ¿Se siente seguro caminando por las calles de su vecindario a la noche?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
7. ¿Está de acuerdo en que se puede confiar en la gente?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
8. ¿Si se descompone el auto de alguien delante de su casa, le facilita el teléfono para pedir ayuda?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
9. ¿Puede esperar ayuda de sus amigos cuando lo necesite?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
10. ¿Su vecindario goza de reputación como lugar seguro?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
11. ¿Si estuviera cuidando un niño y tuviera que hacer un trámite, podría confiárselo a un vecino?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
12. ¿Ha visitado algún vecino en la semana pasada?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
13. ¿Ha asistido a un evento local en los últimos 6 meses (iglesia, exhibición barrial o ferial, acto escolar)?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
14. ¿Es un miembro activo de alguna organización local o club (deportiva, artesanía, club social)?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
15. ¿En su vecindario se siente como en su casa?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
16. ¿Cuántas conversaciones tuvo con sus amigos en la última semanas?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
17. ¿Con cuántas personas conversó ayer?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
18. ¿Durante la semana almorzó o cenó con algún vecino fuera de su casa?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
19. ¿Debe salir de su vecindario para visitar a sus familiares?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
20. ¿Cuando va de compras en su vecindario, se encuentra con amigos o conocidos?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
21. ¿Si necesita información para tomar una decisión vital, sabe dónde buscarla?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
22. ¿En los últimos 6 meses, le ha hecho un favor a un vecino enfermo?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
23. ¿Está en el comité organizador de un grupo vecinal u organización barrial?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
24. ¿En los últimos 3 años, ha participado de un comité vecinal para resolver una emergencia?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
25. ¿En los últimos 3 años ha participado en un concurso o proyecto barrial?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
26. ¿Ha sido parte en un proyecto para organizar servicios nuevos en su barrio (club juvenil, jardín de infancias, centro de discapacitados, centro de retirados)?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
27. ¿Si está en desacuerdo con alguien a quien todos dan la razón, se siente con libertad de hablar públicamente?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
28. ¿Si tiene una disputa con sus vecinos (por el perro o la cerca) está dispuesto a aceptar una mediación o acuerdo?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
29. ¿Piensa que la multiculturalidad o multiétnicidad hacen la vida mejor en su barrio?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
30. ¿Disfruta vivir entre personas con diferentes estilos de vida?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4
31. ¿Si ve un extraño caminando por el barrio sería respetado por los vecinos?
No No mucho Si Mucho
1 2 3 4

**Las siguientes 5 preguntas son para personas con empleo.
Si está desempleado vaya a la pregunta 37.**

32. ¿Se siente parte del barrio o comunidad geográfica donde trabaja?

No	No mucho	Si	Mucho
1	2	3	4

33. ¿Sus compañeros de trabajo son al mismo tiempo sus amigos?

No	No mucho	Si	Mucho
1	2	3	4

34. ¿Se siente parte de un equipo en su trabajo o empleo?

No	No mucho	Si	Mucho
1	2	3	4

35. ¿En su trabajo se siente libre de tomar la iniciativa aún cuando nadie se lo haya pedido?

No	No mucho	Si	Mucho
1	2	3	4

36. ¿En la última semana en el trabajo, ha ayudado a algún compañero aún cuando no figuraba en su sector?

No	No mucho	Si	Mucho
1	2	3	4

Usted

En las siguientes preguntas marque la respuesta más apropiada (o escriba la respuesta correcta a la pregunta en la línea de puntos).

37. ¿Cuál es su sexo?

- 1. Femenino
- 2. Masculino

38. ¿Está empleado?

- Si, cuántas horas por semana.....
- No

39. ¿Qué edad tiene? años

40. ¿Cuál es su código postal?

41. ¿Está viviendo en:

- 1. Casa, departamento, monobloque
- 2. Vivienda Pública,

3. Otros

42. ¿Alquila su vivienda?

- 1. Si
- 2. No

43. ¿Cuánto hace que vive en este vecindario?
.....años

44. ¿Con quién vive?

- 1. Solo
- 2. Con mi pareja
- 3. Con mis hijos
- 4. Pareja e hijos
- 5. Familia extensa o ensamblada
- 6. Amigos
- 7. Otros

45. ¿Tiene hijos menores de 18 años?

- Si, cuantos en edad escolar.
- No

46. ¿En que idioma prefiere hablar en su casa?

- Español
- Otros

47. ¿Es nativo local?

- No
- si

48. ¿Cuál es la principal fuente de ingresos en su casa?

- 1. Salario o jornal
- 2. Pensión o beneficio social
- 3. Otro

49. ¿Cuáles son sus ingresos actuales?

- 1. Menor o igual a un salario mínimo
- 2. Mayor a un salario mínimo

50. ¿Cuál es su calificación?

- 1. Escolaridad elemental o primaria
- 2. Escolaridad secundaria
- 3. Terciario o Universitario
- 4. Doctoral o post-grado

ANEXO 2

Imagen de la zona de pertenencia de los participantes.

Las cruces señalan centros asistenciales (8 en total) y las rayas negras los bloques de cuadras (43 en total), incluyendo los domicilios del participante y los vecinos seleccionados.

Los cuadrados grises señalan los límites de los barrios (6 en total).



Placebo En El Contexto Terapeutico

Placebo in the therapeutic context

Dr. Santiago Efraín Primerano

Médico. Especialista en Psiquiatría y
Psicología Médica.
Docente de la Cátedra de Psiquiatría
de la UNLP. Coordinador responsable -ciudad
de La Plata- del Capítulo de Psiquiatras en
Formación de APSA

Resumen

El efecto placebo es atribuible al modo en que ese efecto de contexto afecta al cerebro del paciente, su cuerpo y su conducta. Cuando se hace un tratamiento activo, la respuesta general es el resultado del tratamiento en sí mismo y el contexto en el que se instituye. Tal concepto permite comprender mejor los diversos factores que conforman el contexto psicosocial que rodea al paciente y cómo estos factores y mecanismos cooperativos se pueden mejorar en la práctica clínica.

¿Es posible entender al placebo, como la sustancia farmacológica inocua, o el concepto también incluye al contexto terapéutico? Entendiendo como contexto terapéutico, al profesional (contacto verbal y para-verbal), al ámbito asistencial de atención, las expectativas del binomio médico-paciente-etc.

¿Un contexto terapéutico favorable permitirá mayor adhesión al tratamiento? ¿Este mismo contexto tendrá siempre el mismo peso y los mismos efectos?

En este trabajo se abordará un tema del cual existe poca bibliografía a pesar de su valor terapéutico en la medida que sea empleado juiciosamente para beneficio de los pacientes. El placebo en general y el efecto placebo en particular constituye una asignatura pendiente para la investigación clínico-farmacológica y para la industria farmacéutica.

Palabras clave: Efecto Placebo - Placebo - Contexto terapéutico - Relación médico paciente

Abstract

The placebo effect is attributable to the way in which this context effect affects the brain of the patient, his body and his conduct. When active treatment is made, the general response is the result of the treatment itself and the context in which it is established. This concept allows to better understand the various factors that make up the context psychosocial that surrounds the patient and how these factors and cooperative mechanisms can be improved in clinical practice.

It is possible to understand the placebo as the harmless drug substance, or the concept also includes the therapeutic context? Understanding how therapeutic context, professional (verbal and verbal contact), the healthcare field of attention, the expectations of the doctor-patient binomial - etc. Will a favourable therapeutic context allow greater adherence to treatment? Will this context have always the same weight and the same effects?

This work addressed a subject of which there is little literature despite their therapeutic value to the extent that it is used wisely for the benefit of patients. In general, and the placebo effect placebo in particular is a pending matter for clinical research and the pharmaceutical industry.

Key words: Placebo Effect - Placebo - Therapeutic Context - Doctor patient relationship

Introducción

La palabra placebo proviene del latín *placere* que significa complaceré, es decir, satisfacer, agradar. Proviene de la Biblia cristiana, la palabra apareció por primera vez en el salmo 116 y adquirió connotaciones científicas en los diccionarios a lo largo del tiempo. Después de varios errores de traducción, fue incorporado al lenguaje médico como un sustantivo sólo hasta el año 1811 cuando aparece definido en el *Hooper's Medical Dictionary* como toda medicación prescrita más para complacer al enfermo que para resultarle útil. Así surge el elemento psicológico que más tarde permite que A. D. Berg (1950) separe los conceptos de placebo y efecto placebo (EP) al afirmar que toda intervención terapéutica, incluido el placebo, tiene EP.

A esta palabra también se le había dado otro uso en la Edad Media para referirse a las mujeres que eran pagadas para lamentarse en los funerales y entierros de extraños; estas mujeres eran llamadas *plañideras*.

En general, se considera al placebo compuesto por una sustancia inerte o un procedimiento simulado mientras que el EP (o respuesta) es algo que aparece luego de la administración de un placebo. La paradoja aquí es que si algo es inerte, por definición no puede provocar efecto alguno. Esta definición puede ser aún más confusa si se

utilizan términos tales como placebo activo, placebo verdadero y placebo percibido, los que son intentos para mejorar y comprender el EP mientras que otros términos como efectos de contexto y respuestas significativas han cambiado el enfoque que se da al uso de la palabra placebo. Sin embargo, la terminología usada, a pesar de sus defectos, está demasiado arraigada en la literatura científica como para ser sustituida en este momento, en especial en ausencia de una alternativa satisfactoria.

Para comprender mejor el EP en los ensayos y en la práctica médica es necesario reconsiderar al placebo y sus efectos, y cambiar el enfoque en el contenido inerte del mismo por lo que, en realidad, provoca en el paciente la intervención del placebo, consistente en un determinado contexto clínico.

Neurobiología

El EP puede tener efectores múltiples y diversos que derivan en la producción de analgesia, la liberación de neurotransmisores, la inducción del vómito o la mejoría del estado de ánimo, entre otros sucesos.

Los patrones de activación neuronal asociados con la anticipación y la respuesta al placebo son variados. En la actualidad, el EP mejor comprendido es la analgesia, proceso relacionado con la modulación del procesamiento sensorial y generalmente evaluado mediante parámetros subjetivos. Estudios con resonancia magnética funcional (fMRI) han mostrado que el EP activa los mismos sitios del cerebro que son estimulados por lo opiáceos, entre ellos las endorfinas que sintetiza el propio cerebro.

Entre los sistemas que contribuyen al EP se destaca el dopaminérgico, cuya importancia radica, entre otros procesos, en la asociación entre un estímulo y la anticipación de la recompensa. En algunos estudios, se halló una correlación directa entre el nivel de analgesia asociada con la administración de placebo y la liberación de dopamina en el núcleo accumbens. Asimismo, la liberación de dopamina en la corteza cingulada anterior se asoció con la expectativa de recompensa monetaria.

El sistema opioide endógeno es importante respecto de la analgesia y otros efectos asociados con la administración de placebo. Otro sistema vinculado al EP es el serotoninérgico, ya que se relaciona con el estrés y el estado de ánimo. Por ejemplo, en pacientes con depresión se observó que la respuesta ante la administración de placebo o fluoxetina provocaría cambios del nivel de metabolismo glucídico cerebral en las mismas áreas corticales y subcorticales. En estudios realizados mediante neuroimágenes se observó la relación entre regiones cerebrales específicas como la corteza cingulada anterior o la sustancia gris periacueductal y el EP.

La respuesta al placebo se vincula además, con la relación bidireccional entre el sistema nervioso y el inmunitario, tanto en caso de condicionamiento, de estrés o de activación del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. Por ejemplo, la administración de placebo puede tener un efecto inmunosupresor mediado por el condicionamiento. Asimismo, el condicionamiento puede tener importancia en el tratamiento de los pacientes con enfermedades neurológicas.

Entender el proceso del EP es fundamental para identificar similitudes y diferencias que nos permitirán apreciar su complejidad. Relevantes para la respuesta son la expectativa, la sugestión, la recompensa y, en cierto modo, el condicionamiento. La

mayoría de los estudios de la respuesta placebo analgésica ha usado la sugestión verbal.

Los placebos se utilizan rutinariamente como condiciones de comparación en los estudios clínicos, que permiten evaluar los efectos de los tratamientos en investigación.

Mientras que muchos estudios clínicos han empleado grupos de placebo como control contra el cual evaluar los efectos de los medicamentos activos, muy pocos de estos estudios contienen grupos sin tratamiento contra el cual los efectos psicobiológicos y clínicos del placebo pueden ser evaluados. Por lo tanto, las mejoras en los grupos de placebo a menudo se confunden con el sesgo de muestreo.

Las expectativas inducidas verbalmente sobre la reducción del dolor juegan un papel crucial en la analgesia placebo, todo ello a la primera experiencia y sin el condicionamiento previo. De hecho, la asociación del contexto en el que un paciente es tratado (estímulo condicionado) con el analgésico (estímulo no condicionado), puede ser aprendida por la expectación que da el estímulo condicionado sobre la eficacia o no del estímulo no condicionado.

Algunos autores refieren que existen situaciones en las que el EP no es controlado por fenómenos conscientes, sino que es determinado por fenómenos inconscientes por medio del condicionamiento clásico pavloviano. Esto implica que pueden generarse respuestas condicionadas a la aplicación de determinados tratamientos. Un ejemplo de este fenómeno se observó en el funcionamiento del sistema endocrino. En un trabajo se realizó la determinación basal del cortisol y la hormona de crecimiento (GH) durante tres días consecutivos, y se realizaron distintas sugerencias verbales de que deberían variar los niveles de hormonas. Esta estrategia no provocó ningún cambio en los niveles plasmáticos de éstas. Luego se indicó *sumatriptan* durante tres días, lo que provocó la disminución de ambas hormonas. Al cuarto día se realizó el mismo procedimiento pero en lugar de *sumatriptan* se aplicó placebo y se dio una sugerencia de que las hormonas debían aumentar. Se observó que a pesar de la indicación verbal contraria, las hormonas presentaron una respuesta similar a la que ocurría con el *sumatriptan*. En este caso el placebo mimetizaba el efecto de dicho fármaco, generando disminución en el nivel de hormonas estudiadas. Actuando como un estímulo condicionado que replicaba la respuesta de la droga (estímulo no condicionado). La indicación verbal no tuvo efecto, por lo que el fenómeno es reflejo o inconsciente.

Otros autores piensan que la diferencia entre condicionamiento y expectativa supera el entendimiento del EP, ya que se relaciona con el problema general de si el condicionamiento en humanos puede ocurrir de modo inconsciente. Esta es una falsa disyuntiva, pues el EP es fruto de un proceso psicocultural adquirido de manera consciente, esto es el ritual curativo.

Placebo y Efectos

La evidencia acumulada indica que el EP es un evento psicobiológico genuino atribuible al contexto terapéutico general. Este evento psicosocial puede consistir en factores de laboratorio y factores clínicos. En especial a la interacción entre el paciente, el médico y el entorno terapéutico.

El entorno terapéutico representa a un conjunto de factores asociados con un contexto terapéutico (naturaleza del tratamiento específico; la forma en que se administra) y la relación médico-paciente, siendo éste un término que abarca a varios factores que intervienen en la interacción terapéutica, fundamentalmente la comunicación.

En una conferencia en el Colegio de Médicos de Viena en 1904, Freud reconoció “la palabra”, es decir, al lenguaje o a la capacidad comunicativa, como el método más poderoso para que un hombre influya en otro. Nada más natural que el esfuerzo del médico por predisponer favorablemente el estado anímico del paciente hacia la curación.

Sin que el médico se lo proponga, a todo tratamiento por él iniciado, se agrega un factor dependiente de la disposición psíquica del enfermo, que lo puede favorecer o no. Además, cierto grupo de pacientes interpretan que a mayor valor, de los honorarios médicos o del fármaco recetado que comprenden, mejor efecto terapéutico.

La persona enferma tiene siempre en realidad dos problemas: su enfermedad y la angustia ante la posibilidad de peligrar su proyecto vital. Resulta claro entonces que un paciente, cuando concurre a la consulta, busca una solución a su enfermedad, pero también contención a su angustia. Es por esta razón que la consulta médica debe por un lado funcionar como una fuente de información tendiente a entender y resolver la enfermedad del paciente, y por otro resultar un verdadero bálsamo para su angustia. Cuando una consulta médica permite alcanzar ambos objetivos es porque ha logrado generar una atmósfera terapéutica, que es en definitiva la que alivia la preocupación del paciente.

Sin lugar a dudas, la medicina se estructura en torno a la aplicación de conocimientos científicos, datos fácticos en permanente revisión, obtenidos por medio de un proceso de experimentación sistematizado. Sin embargo, la medicina asistencial trasciende la aplicación científica. Surge en consecuencia una dimensión interpersonal desde donde se forja la atmósfera terapéutica, ingrediente tan importante para el logro de una medicina eficaz como la presencia misma en el terapeuta de un conocimiento científico adecuado.

En la relación médico-paciente influye el grado de confianza que se haya logrado con el médico, el prestigio que el mismo tenga, el tipo de información que se le brinda al paciente. En el mundo hay muchas culturas, en las cuales no necesariamente es imprescindible un médico profesional para que sea efectivo el placebo. El EP puede ocurrir con equivalentes como curanderos, brujos o chamanes. Sólo basta con que la persona confíe en su terapeuta y así el EP ocurrirá con mayor probabilidad. El nivel cultural del paciente, también puede ser muy decisivo y determinante en dicho efecto. Surge así el interrogante de si el EP sólo elimina el padecimiento, es decir genera la sanación. O si además esta sanación contribuye, por mecanismos psiconeuroinmunológicos, al proceso de curación.

Se plantea que personas no escolarizadas o con bajo nivel escolar se dejarían influir por la autoridad del médico más que personas con nivel alto o medio de educación. Lo que sí parece influir es el prejuicio que tiene el paciente respecto al terapeuta a quien le confía su padecimiento, junto con la institución que lo respalda. Este prejuicio incluso puede abastecerse de comentarios de otros pacientes sin que haya tenido experiencias previas con el terapeuta.

O incluso si es que el médico tiene o no buena presencia, prestigio o buen trato, así como también las características de la institución. Estas últimas dependen del paciente y sus preferencias que pueden ir desde, los que depositan su confianza en el tipo de sala de espera, o cuán organizado y limpio es el ámbito donde se lleva a cabo la experiencia curativa, incluyendo la puntualidad de la entrevista. Hay pacientes que son estrictos y que ponen su atención en el tipo de acceso a la consulta, comodidad, color de las paredes, luminosidad. En conclusión, el aspecto general de la consulta.

El contacto físico agradable es una forma de comunicación no verbal amorosa, por lo tanto, la persona percibe sentimientos de apoyo, seguridad y confianza. Es necesario agregar además que la exploración física que hacen los médicos en búsqueda de síntomas también puede considerarse como EP, ya que el tacto humano es considerado terapéutico. El abrazar, apretar la mano y acoger al otro amorosamente, se convierte en manifestación de afecto, con intencionalidad y ternura. Los gestos, caben también dentro de la comunicación no verbal, pero sin contacto físico.

La otra dimensión de la comunicación es la verbal, en donde se encuentran “las palabras”, con sus significados y significantes, las que permiten la confirmación de las creencias del paciente. Sin necesidad de constituirse formalmente en psicoterapia verbal, la palabra del médico tratará de conseguir en todo momento una acción confortante sobre el paciente.

Un aspecto a considerar es la comunicación al paciente de las metas y objetivos del tratamiento. Es así como los pacientes se anticipan y se proyectan hacia su mejoramiento, lo que permite que respondan de manera favorable a éste.

Debido a lo detallado anteriormente, varios autores consideran que la primera entrevista es crucial para el desarrollo de respuestas futuras al placebo más potentes: cuanto mayor es la expectativa mayor es el EP.

Es importante señalar que tanto en medicina como en psicoterapia el placebo no sólo puede producir mejoría en aspectos psíquicos o fisiológicos de la persona, también es posible que produzca efectos negativos o contrarios a lo que se quiere lograr. Las actitudes negativas del terapeuta hacia el paciente, como falta de respeto, baja empatía, desagrado, o la falta de credibilidad en el terapeuta demuestran tener efectos de deterioro en el paciente durante la terapia.

Es curioso el escaso tiempo que se dedica a desarrollar este tema en la formación del médico. Nadie puede sorprenderse entonces de que el malentendido se instale entre los más jóvenes y que se desvalorice aquello que no han podido aprender y desconocen. Es frecuente que cuando alguien los consulta acerca del tema, rápidamente aparezca la adjetivación despectiva y la turbia denominación de “charlatanería”.

Precisamente lo que un charlatán hace es emplear la palabra como instrumento y tener plena conciencia del fabuloso efecto que con ella es capaz de producir. Él conoce lo que nosotros ignoramos y valora lo que a menudo despreciamos. Siempre que se respete un marco de dignidad y no se vulneren la dignidad ni los derechos del otro, lo que legitima un procedimiento son sus resultados y no sus metodologías. Se trata de sumar y no de excluir. De articular más que separar. De contemplar la perspectiva del otro y no de subordinarla a la nuestra o de “tolerarla” como un arrogante gesto de civilización.

Conclusiones

- Existe un potencial de las intervenciones placebo y el contexto terapéutico para promover el alivio de los síntomas clínicamente importantes.
- Ningún médico se sorprenderá si se le dice que produce efectos en las personas mediante el uso de “remedios”. Pero es posible que más de uno se inquiete si le decimos que él mismo es un “remedio”. El acto médico emplea un enorme diversidad de recursos, entre ellos, la figura de quien lo ejerce.
- La presencia, la palabra, la actitud y una misteriosa multitud de recursos que operan en el encuentro entre médico y paciente ejercen su efecto terapéutico sobre la persona que padece.
- Hay médicos que tratan a sus pacientes de la misma manera como si fuesen todos iguales o como si él pudiera ser el mismo con todos. Cada vínculo va a depender de las características del contexto terapéutico.
- La entrevista tiene una dimensión humana y profesional que enmarca la tarea, que tiene características sostenedoras del propio proceso terapéutico y que le dan un trascendente valor pronóstico al desarrollo y evolución de la enfermedad.
- Debe tenerse en cuenta que la eficacia de todo tratamiento realizado en medicina no depende únicamente del efecto “aséptico” de la droga en cuestión, sino que el contexto del tratamiento, la actitud del médico y la personalidad del paciente influyen de manera significativa en el éxito del mismo. También influyen los distintos tratamientos que recibió el paciente con anterioridad que favorecen las respuestas condicionadas.
- Si una relación afectuosa, con tiempo para la escucha y empatía es terapéutica ¿no será tiempo de revisar nuestras concepciones éticas al respecto? La tan mentada “veracidad” como virtud cardinal en la relación médico-paciente ¿no debiera ser sometida a una nueva discusión, así como el tan denostado “paternalismo”?
- El efecto placebo, que para la industria farmacéutica y para los investigadores constituye un serio problema, para los clínicos puede representar un gran beneficio en la medida en que se lo emplee juiciosamente para ayudar a los pacientes.
- Existe EP como producto de intervenciones clínicas adecuadas, pasibles de ser ejecutadas volitivamente y/o de manera inconsciente. Surge entonces el interrogante de si las intervenciones volitivas no deberían estar sistematizadas en la formación médica.
- Cualquier medicamento puede tener EP y cualquier placebo, fármaco o acción médica, puede tener efecto terapéutico.
- Los límites entre el efecto farmacológico y el EP son muy laxos. Ambos pueden sanar, ambos pueden curar.
- ¿El expendedor de medicamentos (farmacéutico) puede interferir en el EP generado? ¿Qué rol juega el mercado y los medios de comunicación?
- La industria farmacéutica cuenta con recursos tales como: envases; costos; marketing; elección de nombre comercial. Con dichos recursos, ¿busca influir en el EP?
- Más allá de lo que diga la medicina basada en la evidencia, ¿cuánto de un medicamento es acción farmacológica y cuánto es EP del mismo?

Referencias Bibliográficas

1. Aguilar, Efraín: *Neurobiología de la Respuesta Placebo*. Revista Mexicana de Neurociencias, vol.7, N°4, p.300-307. 2006.
2. Balint M.: *El Médico, el Paciente y la Enfermedad*, tomos I y II. Editorial Libros Básicos, Buenos Aires. 1961.
3. Benedetti, F.; Pollo, A.; Lopiano, L.; Lanotte, M.; Vighetti, S. and Rainero, I.: *Conscious Expectation and Unconscious Conditioning in Analgesic, Motor, and Hormonal Placebo/Nocebo Responses*. The Journal of Neuroscience, vol.23, p.4315-4323. 2003.
4. Bordelois, Ivonne: *A la escucha del cuerpo*. Libros del Zorzal, Buenos Aires. 2009.
5. Bunge, Mario: *Filosofía para médicos*. Editorial Gedisa, Barcelona. 2012.
6. Ferrari H.: *Salud Mental en Medicina; contribución del psicoanálisis al campo de la salud*, capítulo XXV y XXVI. 2° edición, Editorial Corpus, Santa Fé. 2008.
7. Finniss, D.G.; Kaptchuk, T.J.; Miller, F.; Benedetti, F.: *Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects*. Lancet, vol.375, p.686-695. 2010.
8. Laín Entralgo P.: *El médico y el Enfermo*, 2° parte. Editorial Guadarrama, Madrid. 1969.
9. Lane, R.D. y otros: *The rebirth of neuroscience in psychosomatic medicine*. Psychosomatic Medicine, vol.71, parte II, p.135-151. 2009.
10. Musso, Carlos G.; Enz, Paula A.: *Semiótica Médica*. Ediciones del hospital, Buenos Aires. 2007.
11. Oken, B.: *Placebo Effects: Clinical Aspects and Neurobiology*. Brain, vol.131, p.2812-2823. 2008.
12. Price, D.D.; Finniss, D.G.; Benedetti, F.: *A Comprehensive Review of the Placebo Effect: Recent Advances and Current Thought*. The Annual Review of Psychology, vol.59, p.565-590. 2008.
13. Silva, Hernán: *Placebo: un tratamiento difícil de superar*. Rev. Chilena de Neuro-psiquiatría, vol.40, N°2, p.6-8. 2002.
14. Villagrán Moreno, José M.: *Ensayos clínicos en psiquiatría. ¿Es ético el uso del placebo?* ICB digital, N° 35. 2005.
15. Waber, R.; Shiv, B.; Carmon, Z.; Ariely, D.: *Commercial Features of Placebo and Therapeutic Efficacy*. JAMA, vol.299, N°9, p.1016-1017. 2008.
16. Científicos elaboran teoría para explicar el efecto de placebo. En: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=39277>

Dr. Jorge Luis Pellegrini

El Dr. Jorge Luis Pellegrini no solamente es un prestigioso y reconocido colega sino también ha tenido una importante trayectoria política que, incluso, lo ha llevado a ser Vicegobernador de la Provincia de San Luis (2007-2011) luego de haberse desempeñado como Subsecretario de Salud Integral de esa provincia y como Director Provincial de Salud Mental de la Provincia de Chubut.

Su experiencia hospitalaria es notable: ha ejercido la jefatura del Servicio de Salud Mental del Hospital General Roca -Río Negro- y la dirección del Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis. Y en este campo también se ha destacado como responsable de los Programas de Salud Mental y Planes de Transformación Institucional, ambos en la Provincia de San Luis.

Sus antecedentes docentes son varios, entre ellos destacamos: Ex Profesor Titular de la Maestría de Salud Mental de la Facultad de Servicio Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos, Ex Profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, Ex Profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y, actualmente, es el Director del Instituto de Estudios Económicos, Sociales y Psicosociales de la Universidad de La Punta (San Luis). Además, ha sido docente invitado en distintas universidades del exterior –Alemania, Brasil, Suiza, Uruguay- como así también ha sido invitado especial en distintos congresos internacionales sobre Salud y Salud Mental –Brasil, Chile, Colombia, Cuba, México, Uruguay, Venezuela-.

También ha sido Co-Fundador de la Red Argentina de Arte y Salud Mental y Presidente Honorario de la Mesa Nacional de Conducción de la Red de Grupos Institucionales de Alcoholismo (G.I.A.).

En otro aspecto, es dable destacar su experiencia como director de revistas especializadas como la “Revista del Hospital Psiquiátrico de San Luis”, la Revista “Cuadernos de Alcoholismo” de San Luis, la Revista del Instituto de Estudios Sociales y Psicosociales de la Universidad de La Punta y codirector de la Revista “Encuentros para la Salud” (Córdoba).

Ha publicado una extensa lista de libros, todos de una notable repercusión: “Gerónima” (con el cual realizó la película de largometraje del mismo nombre), “Alcohol, alcoholismo alcohólicos”, “Alcoholismo, identidad y grupo”, “Alcoholismo y G.I.A.”, “Crónicas agudas”, “Salud Pública y economía política”, “Cuando el manicomio ya no está”, “Salud es sin encierros”, “No quiero que me den una mano: quiero que me saquen las manos de encima” y “Escritos sobre alcoholismo 1988-2011”. También ha sido coautor en “La nueva infancia” (Heinz Stefan Herzka), “Droga y drogadependencia. Teoría, clínica e instituciones” (Centro de Estudios Avanzados en drogadependencia y SIDA - Universidad Nacional de Rosario), “Violencia. Personalidad y sociedad” (Gustavo González Ramella), “Trabajando en y con grupos” (Lucila Edelman – Diana Kordon), “Acompañamiento Terapéutico. Innovaciones en la clínica. Inscripción institucional” (Graciela Bustos – María Laura Frank), “Derecho de familia y de las personas” (Guillermo Borda).

Su extensa y fructífera trayectoria ha sido de alguna manera reconocida con importantes premios internacionales: Premio Mundial Geneva 2005 por los Derechos

Humanos en Psiquiatría, otorgado por la Asociación Mundial de Psiquiatría (El Cairo, 2005), Premio reconocimiento Fundación José Félix Ribas (Caracas, 2005), Premio a la trayectoria profesional en defensa de los Derechos Humanos dentro de la Salud, otorgado por la Fundación Pro Saúde Mental -Asociación Galega de Saúde Mental (Pontevedra, 2008)-, Premio homenaje a la trayectoria Asociación de Psiquiatras del Centro de la Provincia de Buenos Aires (Tandil, 2009), Premio Especial a la trayectoria XXV Festival di Cinema Latinoamericano (Trieste, 2010), Premio por su contribución a la comunicación entre los pueblos latinoamericanos -Cátedra de Comunicación Estratégica Responsable del IE Bussines School y el Grupo la Información de Navarra (Madrid, 2011)-, Condecoración "Pueblo Puntano por la Independencia" -máxima distinción que otorga la Provincia de San Luis, por la tarea en defensa de los Derechos Humanos en el campo de la Salud Pública- (San Luis, 2006) y Medalla de Oro "Premio Profesor Sauberan" otorgado por el Colegio Nacional de Buenos Aires, Universidad Nacional de Buenos Aires (1959).

Recientemente ha sido reconocido como Presidente Honorífico del XXIX Congreso Argentino de Psiquiatría organizado por la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Anteriormente ya había recibido muestras de reconocimiento al haber

sido declarado Visitante Ilustre de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán -por su vasta trayectoria docente y en defensa de los DDHH en el campo de la Salud Pública-, Visitante Ilustre del Colegio de Médicos de Tucumán, Reconocimiento de la Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Mendoza -por excelencia académica y científica, defensa de los DDHH, lucha por la integración y reinserción social de los sectores vulnerables de la sociedad y por compromiso social-. Reconocimiento de la Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de San Luis a la trayectoria y logros profesionales obtenidos en la Argentina y el mundo. Reconocimiento de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación por el Premio Geneva 2005 de la WPA. Reconocimiento por la labor profesional, año 2005, Asociación de Psiquiatras Argentinos (Premio Geneva-WPA), Invitado Especial del Post Grado de Psiquiatría de la Escuela de Psiquiatría y Psicología Clínica de Caracas y Mención de Honor, Certamen Patagónico de Literatura en 1993.

Esta reseña curricular del estimado Dr. Pellegrini no puede concluir sin dejar de remarcar sus trascendentales aportes como miembro de la Comisión Directiva de nuestra querida Asociación de Psiquiatras Argentinos -APSA-.

Conferencia brindada por Dr. Jorge Luis Pellegrini en el XXIX Congreso Argentino de Psiquiatría en su carácter de Presidente Honorífico del mismo.

Cómo y de quién aprendemos

Entre nosotros es habitual hablar de los maestros que tuvimos. Les referimos nuestros mayores conocimientos, recordamos su ética profesional o la seriedad de sus cátedras. Nos iniciaron en la lectura de libros que luego se transformaron en hitos de nuestra vida. Sin duda que el retorno periódico a esas experiencias nos ha apoyado en muchos momentos de nuestra existencia como médicos y personas.

La figura del maestro está también ligada a la pregunta de ¿quiénes son los destinatarios de nuestra tarea profesional?, ¿para quién trabajamos? Estos interrogantes llevan implícito aquello que Pichon llamó enseñanza, por cuanto el que aprende enseña y el que enseña aprende.

Y aquí es donde ingresa al campo de debate cuál es el origen de las ideas transformadoras y avanzadas, de los progresos en el conocimiento. Solemos creernos autores únicos de nuestro pensamiento, lo vemos como un todo propio ignorando la historia social de la que somos portadores aún cuando no lo sepamos.

Pero también estas preguntas nos llevan a formular otro planteo: la elaboración de nuestras ideas ¿cuánto tiene que ver con los destinatarios de la misma?

Albert Einstein decía "**La ciencia no es más que el refinamiento del pensamiento cotidiano**". Incluye por lo tanto un actor esencial en este amasar conocimientos: los hombres y mujeres de nuestro Pueblo.

En junio 1955 se produjo el bombardeo de la Plaza de Mayo. Algo doloroso y terrible había hecho irrupción en la vida cotidiana argentina. Luego se produjo aquello que se llamó Revolución Libertadora. Sucedieron momentos que mostraban la sucesiva pérdida de derechos en trabajadores, académicos y humildes.

Un mediodía frente a la estación del subte en Diagonal y Rivadavia los trabajadores de la empresa *Italcable* habían tomado el primer piso del edificio por el despido de compañeros de trabajo. Y en la vereda otros trabajadores de distintas empresas del gremio expresaban su solidaridad con los que estaban arriba. Carteles, comida, gritos de aliento de unos a otros. Esto no estaba en los planes de enseñanza secundaria ¿Qué hacían allí esos extraños de otras empresas, donde no había problemas laborales? El conflicto no era de ellos sino de los de *Italcable*. ¿Por qué estaban en la vereda? El agrupamiento rompía con las matemáticas: en ese momento uno más uno resultaba ser tres o cuatro. En las aulas esto no figuraba, pero la novedad curiosa enseñó algo desconocido a esos adolescentes que lo presenciamos.

Willhem Reich comenta que en 1927 participando de una manifestación, en Viena, ésta es baleada por la policía, "fue una lección práctica de sociología" que lo encaminó hacia el movimiento de la Higiene Mental. Movimiento que, en Argentina, tuvo presencia con Gonzalo Bosch y fue antecedente del

concepto de Salud Mental. De ese camino también extrajimos enseñanzas con la proyección social que implicaron los dispensarios en la comunidad evitando la “deposición hospitalaria”. Antecedente de los centros de salud de Carrillo.

Volviendo a 60 años atrás, estudiábamos solos, cada cual por su lado. Se formaron grupos para estudiar. Se escuchaba radio, se discutía de fútbol, alguno traía la política. Y estudiábamos. Aprendimos mucho más de las materias y de la vida. Crecimos juntos. Vuelve la imagen de *Italcable*: cada uno solo estudiaba; con otros aprendía mucho más. Las matemáticas quedaban otra vez cuestionadas: uno más uno daba tres o cuatro.

Años después las primeras armas profesionales fueron en el Hospital Español donde había un excelente clínico: el Dr. De la Riega. Me asignaron una cama. Vale decir un paciente. Arrimé una silla al borde del lecho, me crucé de piernas, tratando de no arrugar el flamante delantal blanco. Tomé la HC. Misión encomendada: su actualización. Bolígrafo en mano comencé el interrogatorio:

— *¿Cómo ha sido el comienzo de la enfermedad?*

- *Monosílabo*

- *¿Y cómo ha sido el dolor que Ud. tiene?*

- *Monosílabo.*

- *¿Cuándo ha sido que empezó a ponerse todo amarillo?*

- *Acido acético, acido nítrico, acido sulfúrico...*

(Aclaro que yo no utilizaba ese tiempo de verbo en mi habla diaria. El “ha sido” era para la ocasión médica)

¿Qué decía este tipo? ¿Deliraba? ¿Se burlaba? Con la tercera respuesta recién me miró a la cara.

Terminé la tarea, luego de mirar rutinariamente un abdomen como un globo y cordones venosos enormes.

Al día siguiente: revista de sala al pie de la cama. Era el minuto de gloria: presentar cada enfermo a toda la Sala Delantal al viento la procesión médica marchaba detrás de De La Riega. Nos acercábamos a “mi cama”. Adrenalina triunfal. Pero pasamos de largo porque el paciente no estaba y en su lugar quedaba el colchón doblado. Decepción.

- *¿Qué pasó? musité al oído de un enfermero.*

- *Murió ayer a la tarde.*

Ese hombre, cuyo nombre nunca supe, el día anterior había transformado su sufrimiento en un humor que yo no había captado. Él no quería más preguntas. Necesitaba compañía, porque sentía inminente su muerte. Nada de eso pude ver y escuchar. Yo tenía que actualizar la HC y él, por su lado, se despedía de este mundo. Ni siquiera comprendí cómo quedarme a su lado acompañándolo en ese tramo final de su existencia.

Florencio Escardó: enseñaba que “*En el hecho médico el punto de vista útil es el del enfermo, y el médico debe allanarse a ello en totalidad de dación*”. Esto implicaba —e implica— que nuestro papel es priorizar ese punto de vista y no el sostenimiento de un dogma técnico o cientificista deshumanizado.

El mundo verbal del psiquiatra no es el mundo verbal del paciente, y el “hecho médico” debe ser regido desde el mundo del enfermo y no del psiquiatra.

Actualizar la HC hubiera sido captar el doloroso humor, sin confundirlo con un delirio; acompañarlo, estar ahí, con o sin palabras.

Con sólo cambiar la acentuación de mi propio discurso (“ha sido “por “ácido-acido”) desnudó la falta de comprensión que me atravesaba, devolvió mi propio desconocimiento. Dijo, aparentemente sin hablar, que no estábamos llenando las hojas de la HC, pero podíamos acompañarnos mutuamente. Era lo que él necesitaba, y también lo que yo hubiera debido hacer. Una oportunidad perdida para entender lo que de un modo nada líbresco ese hombre estaba queriendo enseñar. Él percibía su desenlace necesitando que alguien se diera cuenta. Pero vibrábamos en cuerdas distintas: yo debía actualizar la HC, el interrogatorio, el estado actual, al modo que lo tenía protocolizado en mi cabeza. Y él, a quien yo, su médico de cabecera, debía atender, necesitaba otra cosa. Dije atender: pues entonces no atendí su llamado, y la cita necesaria entre ambos quedó trunca.

Hubo unilateralidad: las cosas vistas desde un solo lugar sin incluir más nada. En la vieja contradicción árbol- bosque, apenas apareció fragmentariamente el árbol, escuchando una sola campana: la resonante en mi cabeza.

También subjetivismo: “ya se sabía” lo que iba a suceder. No era necesario ningún otro aporte, y menos proveniente del enfermo. El análisis de esa situación concreta quedó de lado. Por eso también la apresurada generalización prescindió de estudiar lo que estaba frente a mí. De eso tan particular que exigía verse en todas las facetas posibles para luego hacer alguna presuntiva generalización. Tener en cuenta, por ejemplo: la relación entre nosotros dos; la de la institución hospitalaria con ese hecho médico; la diversa condición social de asistente y asistido; los lenguajes verbales y no verbales de uno y otro; etc.

“*El que sólo sabe Medicina, ni Medicina sabe*” enseñaba el Maestro Avelino Gutiérrez, a quien había escuchado en el primer año de carrera.

Pero volviendo a la escena: ¿Quién había enseñado a quién? ¿Quién había aprendido duramente algo para siempre? En ese momento de la vida y el pensamiento cotidianos, como decía Einstein, mi conocimiento experimentó un vuelco, mayor con el paso del tiempo: parte de nuestra práctica profesional es acompañar, abrirse a lo que nos dicen, muestran, actúan quienes debemos atender. Atender también en el sentido de fijar atención. Dejar de ser detectives de signos y síntomas, para no desperdiciar la oportunidad del aprendizaje con frescura, con dolor, con sufrimiento, con alegría. Y junto con ello buscar las enseñanzas de otros maestros que sintetizaron estas experiencias llevándolas a la categoría de conocimiento. De conocimiento replicable, publicable (hecho público) para ser nuevamente contrastado, negado, transformado, volviendo a enriquecer nuevos logros del saber.

Dos hechos médicos, y sus repercusiones en la Psiquiatría muestran claramente la fuente de conocimientos que está en esa vida cotidiana, esa enorme biblioteca esperando textos escritos que devuelvan sistematizados los saberes que nos rodean. Me refiero a la necesidad del soporte emocional en los pacientes internados, y a la lactancia materna.

La inclusión de la madre o la familia en los pacientes internados, ejerce un soporte afectivo indispensable, más allá de nuestro juicio sobre la dinámica familiar; involucra a la misma en el proceso de diagnóstico, pronóstico y tratamiento, mejora el estado del paciente y su calidad de vida, y acelera la rehabilitación. Ha sido nuestra experiencia en el Hospital Escuela de SM de San Luis desde hace 15 años, donde cada paciente, en caso de internación, lo hace con acompañamiento familiar.

El otro ha sido la reivindicación activa que las madres hicieron de su lactancia frente al avance de las leches maternizadas que los laboratorios impulsaban. Las mismas desterrarían infecciones precoces en los recién nacidos por “los pezones sucios” de las madres atendidas en hospitales (así presentaba el producto el laboratorio farmacéutico industrial pionero). Esa leche –anunciaban– era científicamente estéril. Obviamente se trataba, como en el caso de la dudosa higiene de las madres acompañantes de sus hijos internados, de mujeres pobres, que el prejuicio de clase concibe como “sucias, malas y feas”.

Ambas situaciones volvieron a re-enseñarnos el valor terapéutico del soporte emocional del grupo primario. Ello ofició de maestro capaz de rectificarnos. Y fue necesario escuchar, ver, sentir a pacientes y familiares.

Somos “los profesionales del arte de curar”. Así rezan no sólo los instrumentos jurídico-legales, sino también enciclopedias, diccionarios y el habla diaria. ¡Cuántos colegas hacen convivir su vocación médica con distintas actividades artísticas! Por eso nuestro oficio intelectual recurre tan a menudo a la riqueza del arte. Giuseppe Verdi, un sensible escuchador de las melodías del pueblo italiano, las recogía y configuraba con ellas piezas operísticas hoy perdurables. Así sucedió, entre otras, con el coro de los esclavos de la ópera “*Nabuco*”, un himno a la Libertad en el momento exacto en que Italia había perdido la suya a manos del Imperio austro-húngaro. Al devolverle a sus inspiradores aquella melodía, esta vez “refinada”, los hombres y mujeres italianos la reconocieron como propia, la hicieron suya, y escribía en las paredes, como grito de Libertad, “Viva Verdi” haciendo de su apellido un canto de unidad peninsular. Vittorio Emanuele Re Di Italia

¿Quién le había enseñado a quién? ¿Quiénes aprendieron? ¿Qué hizo falta para ello? Acompañarse, asistirse, interactuar. Escucharse, verse, percibirse.

Muchas veces suele decirse de un intelectual que en su campo fue capaz de animarse a imaginar, descubrir y transformar “*Fue un hombre de su tiempo*”. A poco que se observan las cosas ¿Quién de nosotros no lo es? Cuando los vientos de la Historia soplan hacia adelante surgen los científicos y profesionales más ligados a las necesidades comunes, muchos hombres de letras prefieren escribir “*letras para los hombres*” como dijera Homero Manzi, y muchos de nosotros ligamos nuestro quehacer a la vida cotidiana, a los problemas más acuciantes de nuestra sociedad, se frecuentan problemas que estaban sin ser vistos, se elaboran nuevos conocimientos surgidos de una población en movimiento que exige respuestas. La situación contraria, la de regímenes totalitarios que tratan de suprimir el debate de ideas o la elaboración de nuevos conocimientos

capaces de resolver nuevos padecimientos, nos condena a vivir “*en un jardín de infantes*” perpetuo, como cantaba María Elena Walsh.

Los procesos capaces de dar vuelcos en la época que se transita y en la vida cotidiana, trastocan valores, ideas, sistematizaciones que muchas veces nos impiden ver lo evidente, escuchar las voces que gritan novedades, que inventan palabras, y sintetizan en consignas, sentimientos, pensamientos y visiones colectivas, que nos demandan, para comprenderlos, un atrevimiento a imaginar, a captar los sucesos y la repercusión de ellos en la subjetividad de los individuos y grupos humanos con los que trabajamos, y nuestra propia subjetividad.

Recordamos a aquel Enrique Pichon Riviere, sentado en la tribuna del estadio, observando y escuchando el jugar de aquella célebre delantera riverplatense que la tribuna había bautizado “*La máquina*”. Era un juego donde las partes se articulaban para un todo que lograba cumplir con su tarea: hacer goles. Miraba el juego y escuchaba a los espectadores, convencido que estaba participando de un laboratorio psicosocial que transcurría en la vida cotidiana. La tribuna no se equivocaba: cada uno de esos delanteros conocía las fortalezas y debilidades del otro. Conformaban un grupo humano donde cada uno era pieza de esa relojería. Se trataba, además, de hombres que llevaban años jugando juntos dentro y fuera de la cancha. Es decir practicaban una intensa *Interacción*. Pero también nació en la tribuna decir “*estos juegan de memoria*”. No se miraban para desplazarse en el campo ni para pasarse la pelota. Cada uno conocía su accionar y el de los otros. La prolongada interacción les había permitido eso; “*jugaban de memoria*”, y la pelota iba, justamente donde el que hacía el pase sabía que su compañero estaría para esperarlo y jugar.

De esta observación y escucha nació el concepto de “*mutua representación interna*” que junto a la Tarea y la Interacción son pilares del pensamiento sobre grupos y Psicología Social. El hombre de ciencia había recogido de la vida cotidiana, –donde él sostenía que nacía la Psicología Social– el material necesario para elaborar su conocimiento, y luego había devuelto en la herramienta terapéutica de los grupos operativos, ese “refinamiento” que el pueblo inspirador le había proporcionado. De tal modo éste hizo suyo y propio un conocimiento con el cual había co-laborado sin saberlo.

Hemos también aprendido de los grandes movimientos renovadores de la cultura argentina. La Reforma Universitaria de 1918, surgió como resistencia al oscurantismo clerical universitario. Entre quienes forjaron aquel movimiento está Don Gregorio Bermann, quien junto al poeta cordobés Arturo Capdevila y algunos médicos clínicos mediterráneos incluyeron el psicoanálisis en las prácticas médicas de los años 20. Se inició la polémica Psicoanálisis y Marxismo, se echaron las bases de las psicoterapias, en polémicas de las que así mismo participaron Deodoro Roca y Pizarro Crespo.

También de ese enorme movimiento social participó el Dr. Agudo Ávila, primer Director del rosarino Hospital Centenario en 1921, fundado por el aporte de fondos populares, donde la inclusión de la Neuropsiquiatría fue temprana y del que surgió en 1922 el hospital para enfermos mentales (el hoy llamado popularmente “*Suipacha*”). Será también Agudo Ávila el inspirador de la creación de la Facultad de Medicina de la

UNL en 1920 donde funcionará la primera cátedra de Psiquiatría Infantil del mundo.

Con la expresa decisión de fundar una Universidad “realmente reformista”, nuestro colega Juan Prebisch dirige la UNT en 1929, en lucha contra el conservadorismo reinante en esa casa de estudios.

En esa misma época, de 1918 a 1928, se forjan gobiernos provinciales en Cuyo que sientan las bases de la Salud Pública, de la mano de José Néstor y Carlos Washington Lencinas en Mendoza, y los médicos Federico y Aldo Cantoni en San Juan. Gobernadores cuyanos protagonistas y continuadores de la Reforma Universitaria cordobesa. Parafraseando a Alberdi decía Carlos Washington en tierras mendocinas; “*Gobernar es ocuparse de la salubridad pública*”, fundando no sólo hospitales, sino también la APS y el sistema de Salud Pública, como derechos y no como beneficencia.

Fue el Dr. Federico Cantoni y luego su hermano Aldo en San Juan quien puso en marcha la Medicina Social retomada por Carrillo una década después. Lo cual es producto, entre otras cosas, de la relación entre Carrillo y el sanjuanino Federico Cantoni. Quiso la Historia que ambos murieran el mismo año 1956, luego de trabajar juntos en la Revolución sanitaria nacional del 1946 al 1954.

Estas renovaciones del pensamiento sanitario y psiquiátrico argentino nacieron del movimiento cultural y social protagonizado por estudiantes, docentes, trabajadores, dirigentes políticos e intelectuales que confluyeron en el grito reformista de 1918, de tanto impacto posterior en nuestra cultura, nuestras disciplinas y nuestras aulas. De eso aprendimos y, eso a la vez, lo reproducimos...

Pasaría medio siglo, para que desde el mismo centro mediterráneo argentino, otro movimiento renovador interrogara nuestros conocimientos y prácticas. Me refiero al Cordobazo que sacudió los cimientos de nuestra disciplina. De ese proceso nacieron nuestra recordada FAP y en el campo del Psicoanálisis Plataforma y Documento (1969-1973). Decía Marie Langer en el prólogo de “*Cuestionamos*” de 1971, publicación colectiva de 23 miembros fundamentando la ruptura con la APA, por su institucionalización y su asimilación a las clases dominantes. “*Nuestro proceso porteño (se refiere a Plataforma) empieza a tomar forma desde el Cordobazo*”.

Había sido antes también hijo de tiempos revolucionarios expresados por el 17 de octubre Don Ramón Carrillo, junto a todo su equipo, entre ellos el psiquiatra puntano Braulio Moyano, con la construcción de un sistema de Salud Pública en nuestro país y, por primera vez un Ministerio Nacional de Salud Pública. Históricamente considerado aquel movimiento popular de 1945 puso sobre el tapete la salud como Derecho colectivo y no como adquisición posible para las clases pudientes de nuestra sociedad que así accedían a su derecho individual. Cincuenta años después el Informe “*Invertir en Salud*” (1988-1993) del BM, el FMI, la Fundación Rockefeller, la OMS y la OPS, revirtió aquella conquista planteando hoy a la Salud como servicio individual y no como derecho colectivo. Basta ver la situación de nuestras instituciones psiquiátricas para entender cuánto hemos des-aprendido, al instalarse decisiones de política sanitaria que ejecutan planes ajenos a nuestra pertenencia histórico-cultural. Ya vemos de quiénes y de cómo podemos

aprender y también des-aprender. A éstos les debemos la des-humanización implícita en protocolos abstractos, grillas diagnósticas y manuales clasificatorios con pretensión globalizadora que niegan las particularidades, historias y culturas que conforman las distintas y distintivas realidades regionales.

En ese sentido nos habían enseñado, un siglo atrás, las experiencias de Domingo Cabred y sus Open Door introduciendo criterios no restrictivos en el abordaje institucional.

Hemos aprendido hace más de 50 años de Mauricio Goldenberg en el Hospital Evita de Lanús, que formó a decenas de jóvenes psiquiatras, en los criterios comunitarios, en los enfoques dinámicos, en el Hospital no como depósito y en el estudio de nuestra propia epidemiología, resaltando particularmente el carácter endémico creciente del alcoholismo, como lo hiciera ya Cabred en 1905.

Aprendimos hace casi medio siglo de la experiencia comunitaria del Hospital Estévez, orientada por Dicky Grimson, que coincidió con el proceso conducido en la misma época por Guedes Arroyo en el Roballos de Paraná y en los psiquiátricos de Corrientes -con el Dr. Mesones-, Chaco, Misiones, y San Luis -dirigido por el Dr. Molina Quiroga entre 1966 y 1973-.

Somos contemporáneos de la experiencia transformadora del Hospital Dr. Sequeiros de Jujuy conducida por el Dr. Darío Romero (que lleva más de una década de transformación institucional y armado de redes comunitarias) y de la formidable tarea conducida por el Lic. Rosetto en la Colonia Montes de Oca, que fuera lugar vergonzante de nuestra práctica, mostrando que la libertad es terapéutica en concreto, y que la dignidad humana posibilita la rehabilitación.

Aprendemos de la experiencia más que veinteañera del HESM de San Luis, hoy en condiciones adversas, enfrentando planes sanitarios tercerizadores desinteresados de la justicia social, sin dirección hospitalaria designada, ni presupuesto mínimo de funcionamiento, pero defendida por quienes se formaron en el ejemplar proceso de transformación institucional celosamente silenciado y tergiversado por los distintos poderes públicos nacionales desde 1993.

Aprendemos de las distintas experiencias mundiales, más allá de su duración, en el difícil tiempo de intolerancias, discriminaciones, exclusión y estigmatización que nos toca vivir.

Aprendemos de la profunda lucha de APSA por dignificar nuestra Asociación, respetando la legalidad institucional, acabando con las distintas formas de corrupción que nos avergonzaban desde 1984, y tomando parte del debate sobre políticas sanitarias.

Aprendemos de aquel glorioso reencuentro de 1984 en Carlos Paz, primer Congreso de APSA en el que nos reencontramos muchos presuntamente idos de este mundo luego de la amarga noche abierta en 1976. Allí retomamos las enseñanzas adquiridas durante la difícil resistencia, las muertes, desapariciones, exilios, y el duelo por los más de 300 desaparecidos en nuestro campo disciplinar. Pero acá estamos.

Aprendemos de los treinta años de lucha de los Grupos Institucionales de Alcoholismo nacidos en Río Negro. Y de la misma Provincia aprendimos que es necesario decir la verdad cuando se presentan públicamente programas de Salud Mental.

Aprendimos del trabajo transformador conducido por el querido Alberto Sassatelli y el gremio ATE (1975) en Córdoba, dignificando a la Colonia de Santa María de Punilla, proceso abortado por el golpe militar del 76, que castigó fieramente a Alberto y sus compañeros.

Ahí está la tarea de la Dra. Claudia Villafañe en el Centro de Salud Mental de Río Gallegos (2005), transformando un sinietro depósito carcelario en un hospital con reinserción social de los internos, y una dura lucha con el Poder Judicial que enmascara el delito con el diagnóstico psiquiátrico arbitrario. Y re-aprendimos que al cambiar la decisión político-sanitaria, después de un año allí se reinstalaron el maltrato y el encierro.

¿De quién y cómo aprendemos?

En este recorrido me acompañaron experiencias propias y ajenas. Es decir: directas e indirectas, a partir de las cuales se originaron pensamientos e ideas capaces de interrogar la realidad para modificarla.

Los grandes movimientos sociales con sus inevitables crisis, procesos instituyentes, sus conflictos entre lo nuevo y lo viejo. Transformaciones que nos modifican y, a la vez, amplían el horizonte de cambios. Así nuestras entrevistas en el “hecho médico” cotidiano van incluyendo otras escuchas, miradas y acciones. Ese pensamiento cotidiano nos atraviesa y nos da la oportunidad de aportar al conocimiento, tratando de refinarlo, como decía Einstein.

¿Cómo verificamos este aprendizaje? Poniendo en práctica lo que las experiencias exitosas nos muestran, los avances que han logrado en su disimilitud, otros procesos de conocimiento sobre el mismo objeto de trabajo.

En un país –el nuestro– dónde muchos hablan de qué hacer en SM, incluimos como criterio de verdad que abre el camino a otras verdades, haber abierto caminos prácticos que hayan logrado lo que se propusieron. Que hayan rectificado lo necesario a corregir. Vale decir las prácticas que han resuelto cómo se hace lo que se dice. Hacer coherente el discurso con los hechos, porque es con ellos que se transforma la realidad o se la deja tal como está. Y es desde ellos –los hechos, las prácticas– que es posible elaborar conocimientos capaces de evitarnos el subjetivismo, la unilateralidad o las generalizaciones abstractas. Los distintos procesos y experiencias que hemos nombrado, tienen en común haber producido hechos coherentes con sus palabras. Y en la sistematización de esas ideas abrir nuevos caminos de transformación. Alguien nos decía alguna vez que los procesos de transformación son como andar en bicicleta: cuando dejamos de pedalear nos caemos. También el recorrido histórico somero que he hecho, muestra que los cambios son eternos. Mientras duren, son eternos. Pero nunca se regresa al mismo punto de partida, porque así como recogemos herencias también las dejamos, y transmitimos los aprendizajes logrados.

Hacer trajinar nuestros sentidos: ver lo que miramos, escuchar mucho antes de hablar, tener olfato para la clínica y también para el encierro –que tiene olor propio– para la miseria, para el sufrimiento, para la desesperanza. Tocar sin miedo ni crispación cuerpos y personas transidas por sus dolores. Paladear nuestros propios gustos en el hecho médico. Apre-

ndemos saliendo del vestuario y participando del partido no jugado que nos espera en la práctica, esa que siempre con empeño logra agrietar las más completas teorías.

¿Quién habrá armado en mi cabeza el protocolo de entrevista aquella mañana en el Hospital Español? ¿Cuánto lleva invertir esa ecuación de que los pacientes pasan y los protocolos quedan? ¿Y de qué realidades y prácticas concretas nacen los planes sanitarios o las clasificaciones globales que siempre descubren nuevas patologías pero tratan con los mismos objetos fijos e inmutables, sin biografías ni historias? Esto también nos ha sido enseñado por visitantes de la Psiquiatría a los que debimos des-aprender

Toda esta tarea trasciende lo personal. Debemos organizarnos interna y socialmente para realizarla. Es agrupándonos, constituyendo grupos y equipos que sólo es posible. Como decimos en los GIA: solo no puedo; con otros quizás.

¿De quién aprendemos?

Tenemos un maestro acallado y silenciado: la Historia de la Psiquiatría Argentina. Allí hay decenas de qué y de cómo. En todo el país. Quizás las provincias debamos hacernos escuchar más porque tenemos mucho para decir de lo que hacemos. Esto hace al qué y cómo aprendemos de los caminos recorridos que, para conocerlos, por ahora, sólo es posible yendo a los lugares de los hechos. Nos está haciendo falta reunir en su gran diversidad local y regional el texto de la clínica psiquiátrica practicada hoy en nuestro país. No sé si alcanzo a transmitir mi insistencia: colegas argentinos de todo el país; escribamos lo que hacemos. Escribamos lo que hacemos. Agreguemos nuevos y mayores brazos a este árbol más que centenario. Publicar, hacer público, es el primer paso para repicar, profundizar, enriquecer nuestras prácticas.

¿Cómo aprendemos?

Poniendo en hechos lo dicho y pensado para volver a iniciar un nuevo movimiento de reflexión y acción.

HEMOS APRENDIDO A APRENDER.

HEMOS APRENDIDO A DES-APRENDER.

HEMOS APRENDIDO A RE-APRENDER.

No quisiera dejar este espacio sin su imprescindible sonrisa. El humor ilumina más que el almidonamiento incómodo. A propósito de todo lo dicho va este pequeño relato, que me han dicho es cierto. “*Se non é vero, é ben trovato*” .

Un ladrón entró al banco gritando a todos:

"¡Que nadie se mueva, el dinero no es de ustedes, su vida en cambio les pertenece!".

Todos en el banco, en silencio y lentamente se tiraron al piso.

A esto se llama **"Conceptos para cambiar mentalidades - Cambia la manera convencional de pensar en el mundo"**.

En eso, una mujer se acostó provocativamente en uno de los escritorios, pero el ladrón le gritó:

"Por favor, compórtese, ise trata de un robo, no de una violación!"

Esto se llama **"Ser profesional -- ¡Enfócate en lo que estás especializado en hacer!"**

Mientras los ladrones escapaban, el ladrón más joven (con una especialidad universitaria) le dijo al ladrón viejo (que apenas había terminado la primaria):

-*"Oye viejo, contemos cuánto es"*.

El ladrón viejo evidentemente enojado le replicó:

-*"No seas estúpido, es mucho dinero para contarlo. Esperemos a que las noticias nos digan cuánto perdió el banco"*.

A esto se llama "**Experiencia**" - Hoy en día la experiencia es más importante que un papel de una institución académica.

Una vez que se fueron los ladrones el gerente del banco le dijo al supervisor que llamara de inmediato a la policía.

El supervisor le dijo;

"Alto, alto, antes consideremos los 5 millones que nos faltan del desfalco del mes pasado y lo reportamos como si los ladrones también se los hubieran llevado".

A esto se llama "**Nadar con las mareas -- Sacar ventaja de una situación desfavorable**"

Al día siguiente en las noticias de la televisión se reportó que se habían robado 100 millones del banco. Los ladrones sólo pudieron contar 20 millones, muy enojados reflexionaron:

"Arriesgamos nuestras vidas por miserables 20 millones mientras el gerente del banco se robó 80 millones en un parpadeo. Por lo visto conviene más estudiar y conocer el sistema que ser un vulgar ladrón".

Esto es: "**El conocimiento es tan valioso como el oro**".

Referencias Bibliográficas

- Berman, Gregorio. "Juventud de América". Ed. Cuadernos americanos. Buenos Aires.1946
- Carrillo, Ramón. "Obras completas" Eudeba. Buenos Aires. 1974
- Einstein, Albert. "Mi panorama mundial". Ed. Santiago Rueda. Buenos Aires.1946.
- Escardó, Florencio. "La sociedad ante el niño". Eudeba. Buenos Aires 1962.
- Favaloro, René. "De La Pampa a los Estados Unidos". Ed. Sudamericana. Buenos Aires. 1992.
- Grimson, Ricardo. "La cura y la locura" Ed. Búsqueda Buenos Aires. 1983.
- Korn, Alejandro. "Apuntes filosóficos". Ed. Claridad. Buenos Aires. 1935
- Langer Marie (comp. y dirección) "Cuestionamos" Ed. Búsqueda. Buenos Aires 1971
- Pellegrini, Jorge. "No quiero que me den una mano...quiero que me saquen las manos de encima". San Luis. 2011.
- Pichon Riviere, Enrique. "La Psiquiatría: una nueva problemática". Ed. Nueva Visión. Buenos Aires 1977.
- Rodríguez, Celso. "Lencinas y Cantoni" Ed. De Belgrano. Bue os Aires 1979
- Salas, Andrés Alberto. "Hospital Psiquiátrico de Corrientes". Ed. Aguadas. Corrientes. 2009.
- Sanguinetti H; Ciria A. "La Reforma Universitaria". Ed. CEAL. Buenos Aires. 1983.

Cine, Salud Mental y Educación: Fundamentación, proyección e intercambio con Héctor Olivera

Dr. R. Hugo Carroll
Lic. Adriana Delego
Dra. María de los Ángeles
López Geist

Resumen:

El presente trabajo intenta introducir al lector a la posibilidad de un abordaje complejo de nuestras prácticas. Parte de la necesaria articulación entre cine y Salud Mental para construir una mirada que pretende el abordaje tanto de las estructuras conceptuales de la psicopatología, como de la complejidad en juego, a la vez que elije al cine como forma poderosa de recreación empática.

Retrata la experiencia del Capítulo Cine, Salud Mental y Educación de APSA en una jornada abierta en que se proyectó la película argentina "Una sombra ya pronto serás" con la participación presencial del guionista, productor y director Héctor Olivera.



Sobre Cine, Salud Mental y Educación:

La enseñanza en el nivel superior, se encuentra hoy en un proceso de transformación y nueva búsqueda de sentido del conocimiento, urgida por la realidad social y la demanda de calidad, dando paso a un espacio más abierto y más flexible –y no por ello menos riguroso- que prepare personal y profesionalmente para la vida a la vez que intente dar respuesta a los problemas de la sociedad actual.

Los procesos de cambio que afectan a la sociedad en general y a la educación en particular; la globalización económica, la socialización de la información y del conocimiento, la progresiva introducción de los paradigmas ecosistémicos en las ciencias -impulsados por autores como Maturana, Varela, Prigogine, Morin- nos llevan a pensar en que la creatividad debe tener un lugar destacado en este proceso de transformación⁽⁶⁾.

Por esto resulta pertinente referirse a estos recursos, dado que el propósito de nuestro capítulo es introducir a la posibilidad de un abordaje complejo no sólo en la práctica docente para la enseñanza de clínica psiquiátrica y psicopatología en salud mental, sino también entre salud mental y cine. Nos proponemos construir un abordaje diferente que intente dar cuenta tanto de las estructuras conceptuales de la psicopatología, como de la complejidad interdisciplinar en juego, a la vez que elegimos al cine como forma poderosa de recreación empática.

Destacamos el papel del cine como nuevo escenario, favorecedor de la comprensión. En la teoría de Badiou, el cine es un arte de masas porque es un arte de la imagen y esta puede fascinar a todo el mundo. Se trata de comprender la fascinación del cine desde la fascinación por la imagen. El cine es la perfección del arte de la identificación como ningún otro. Y es un arte de masas por esto, en el fondo tiene una capacidad infinita de identificación.

El cine permite que se comprenda inmediatamente que las películas hablan de la humanidad, de manera profunda y decisiva. Lo que se llamaría la humanidad genérica, más allá de las diferencias.

Para Badiou (2003), la filosofía se propone construir un “lugar de pensamiento, donde los diferentes tipos subjetivos, dados en las verdades singulares de su tiempo, coexistan”⁽²⁾. Esta aproximación a la singularidad en situación se encuentra facilitada por el cine.

Tomamos para ello aportes de la psiquiatría, la filosofía, la psicología cognitiva, la bioética aplicada y de la didáctica. Entendemos que la forma de abordar esta tarea, es desde un trabajo interdisciplinar. Consideramos necesario, en tanto docentes de una institución formativa, reconocer las múltiples facetas que el cine nos proporciona como educadores, permitiendo una lectura poliédrica de núcleos significativos acordes a nuestra praxis.

El cine proporciona miríadas de escenas y escenarios, que pueden ser analizados, criticados, tomados a modo de ejemplo, cotejados con la realidad, pero por sobre todo facilita el debate sobre dilemas ético-clínicos; nos brinda la posibilidad de apertura a nuevos cuestionamientos, no de clausura.

Ortega definía su identidad uniendo su individualidad y su circunstancia. Nos advertía que no es posible comprender a una persona aislada de su tiempo, de su espacio, de su entorno cultural y social, en una palabra, de su escenario.

El análisis de procesos subjetivos y sociales, bajo la poderosa herramienta del cine nos acerca a diferentes relatos, a diferentes sujetos, enmarcados por su contexto. Así el cine, es considerado aquí como herramienta, escenario y superficie de inscripción, que contribuye a la reflexión y comprensión de los problemas complejos de nuestro campo.

En el interior de este campo, el de la enseñanza en salud mental, compartimos una mirada que entiende la salud y la enfermedad como sistemas complejos, difícilmente descomponibles, en donde se inscribe nuestra práctica⁽⁴⁾. Mirada que, desde el paradigma de la complejidad⁽⁵⁾, hará oposición dialéctica a modelos de pensamiento que creen más en la posibilidad de simplificar sus objetos de estudio, reduciendo muchos fenómenos a algunas fórmulas o leyes esenciales; cayendo así en la “trampa” de creer que la esencia de ese objeto es simplificable, sintetizable y reductible. Creemos que “Lo simple no existe, existe lo simplificado”⁽¹⁾.

El pensamiento científico profundo es el que siempre corre el límite; en cuanto vio que se instalaba en un saber, va a mirar en la oscuridad, en su no-saber, va a dirigir allí nuevas preguntas. La pregunta abarca más que la respuesta, la respuesta es el escalón para llegar a la pregunta siguiente.

Desde el paradigma de la complejidad, se hará hincapié en que el objeto en general, y en nuestro caso, el fenómeno humano en particular, nunca será simple, y tampoco desarticulable de la relación sujeto-objeto-contexto. La red sería un nuevo objeto, es decir, el objeto no tendría un modo absoluto de ser ni la característica de aislable sino que, al contrario, estaría formando parte de otras redes, imbricadas entre sí. Se trata de un mundo no homogéneo, donde lo diferente se cita, converge, antagoniza, difiere, y se complementa. Acorde a este posicionamiento, se intenta, no aislar objetos, sino abordarlos a partir de redes objeto-contexto⁽³⁾.

Nuestro recorrido capitular:

El propósito de la génesis de este Capítulo es introducir y con-

solidar la posibilidad de un abordaje complejo de la práctica clínica y de la enseñanza en salud mental. Proponemos como método más acorde para atrapar y comprender esta complejidad, la reflexión acerca de los sistemas complejos como áreas de construcción conjunta del conocimiento, utilizando como recurso el análisis de films.

Así, deseando profundizar la comprensión clínica y articular la tarea docente con miradas cada vez más enriquecedoras y superadoras de los estilos pedagógicos tradicionales (sin por ello desconocerlos) hemos venido desarrollando en nuestra distinguida Asociación, la referida tarea con la siguiente regularidad: durante dos años en el Curso de Postgrado “Cine, Salud Mental y Educación” (2011 y 2012), que luego pasó a constituirse en Capítulo de Subespecialidad de APSA en el año 2013.

Nuestra formación, parte de la formación tradicional en psiquiatría. Los colegas que nos acompañan integran un abanico plural a la hora de recorrer este camino que tiene el objetivo de propiciar el pensamiento crítico dentro del marco de las teorías de la complejidad, encontrando en el cine una maravillosa puerta de entrada a cada tema a abordar. Si reconocemos que las puertas de entrada pueden ser, entre otras, estéticas o narrativas, los films pueden cumplir ambas funciones.

En estos tres años, nos acompañaron con mucho entusiasmo y compromiso, colegas que realizaron aportes significativos a la hora de articular cine y salud mental, enriqueciendo el campo, tanto en lo que se refiere a la especificidad de la clínica, como en la mirada socio-cultural, contextual, en el que, inexorablemente, se enmarcan los procesos terapéuticos. Profesionales en su mayoría psiquiatras, psicólogos, logoterapeutas, asistentes sociales, licenciados en Arte, cineastas, psicopedagogos, socios de APSA, que conformando un muy buen grupo de trabajo, aumentan paulatinamente su participación, asistiendo a las presentaciones de las reuniones capitulares, a los Congresos de APSA (2011, 2012, 2013 y 2014); en el Congreso 2012 de la Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL) y en próximas actividades, a la que algunos van sumándose como oradores. Grupo de trabajo al que se suman con entusiasmo todos los recursos humanos de APSA, generando las condiciones para que disfrutemos en nuestra sede tanto de la proyección de la película “Una sombra ya pronto serás” como de la participación del destacado productor, guionista y director de cine argentino, Héctor Olivera, quién compartió vicisitudes de la historia y desarrollo del cine argentino, del film en sí mismo y generó un fértil debate con los concurrentes -viernes 25 de noviembre de 2013-.

Héctor Olivera: La trayectoria de nuestro invitado

Productor y director de cine y televisión, es una de las personalidades más significativas de la actividad cultural argentina. Presidente y co-fundador de Aries Cinematográfica Argentina S.A. junto con -el fallecido- realizador Fernando Ayala. Esta sociedad, desde 1956, ha producido 113 películas de largometraje y más de 200 episodios para la televisión. En esta actividad ha sido el creador y productor general de la serie de 80 capítulos titulada “Nueve lunas”, el programa de ficción más premiado de televisión argentina. Posteriormente produjo “De poeta y de loco” (el que, junto con la anterior) le significó el Premio Fundación TV de Oro que se otorga anualmente la

Televisión Educativa. En cine ha dirigido y codirigido 23 largometrajes, entre ellos “La Patagonia rebelde” y “No habrá más penas ni olvido”, ambos premiados con el Oso de Plata en los Festivales de Berlín. Ha obtenido premios en muchas muestras por sus películas “La nona”, “Los viernes de la eternidad”, “La noche de los lápices” y 5 premios Cóndor de Plata. También fue el realizador de dos cuentos de Jorge Luis Borges: “El muerto” (1975) y “El Evangelio según Marcos” (1992). Su última película, “El mural” (2010), recibió cinco premios de la Academia de Artes y Ciencias de la Argentina, y como tantas de sus películas fue premiada en festivales internacionales. Fue el productor de algunas de las más relevantes películas de Adolfo Aristarain y todas las de Fernando Ayala a partir de la creación de Aries. Además, produjo “El visitante” (1998) -ópera prima de su hijo Javier Olivera- y “El Camino”. Por su brillante carrera profesional recibió muchos premios, entre ellos el Konex Espectáculos (2001). Argentores le entregó el Gran Premio de Honor en 2012. Por supuesto, también ha sido miembro de distintos jurados en los festivales más importantes del mundo.

Héctor Olivera; su filmografía, temática de compromiso social:

Director de:

- Los neuróticos (1971)
- Argentinísima (1972)
- Argentinísima II (1973)
- Las venganzas de Beto Sánchez (1973)
- La Patagonia rebelde (1974)
- El muerto (1975)
- El canto cuenta su historia (1976)
- La nona (1979)
- Los viernes de la eternidad (1981)
- Buenos Aires Rock (1983)
- No habrá más penas ni olvido (1983)
- El mago del reino perdido (1985)
- La muerte blanca - Cocaine Wars (1985)
- Barbarian Queen (1985)
- La Noche de los Lápices (1986)
- Two to Tango (1988)
- Play murder with me (1990)
- El caso María Soledad (1993)
- Una sombra ya pronto serás (1994)
- Antigua vida mía (2001)
- Ay, Juancito (2004)
- El mural (2010)

Una Jornada de cine especial...

Se proyectó la película “Una sombra ya pronto serás” dónde en una Argentina de fin de siglo XX, un ingeniero venido de Europa deambula por una zona de La Pampa. Allí encuentra a un grupo de soñadores y perdedores que ya no tienen nombres ni identidades.

Héctor Olivera se aleja del cine testimonial y, a base de climas sugerentes y actuaciones trabajadas, logra una metafórica pintura de una Argentina en decadencia.

La película es su segunda adaptación de una novela del popular escritor Osvaldo Soriano, quien además contribuyó en la confección del guión. La anterior había sido la premiada “No habrá más penas ni olvido”.

Posteriormente, tuvo lugar un interesante debate entre los asistentes y Héctor Olivera quién relató en tono coloquial y ameno, su pasaje de lector de la obra de Osvaldo Soriano al comienzo de su amistad con el autor, a partir de la lectura de la novela “Una sombra ya pronto serás”.

La adaptación cinematográfica fue conjunta con Soriano, cuya muerte calificó como un durísimo golpe para él. Al respecto el auditorio encontró consonancia entre la novela y la película, celebrando el difícil traspaso de lo literario a lo cinematográfico.

El reconocido director se refirió a “Una sombra...” como a una de sus películas más queridas. En ella, llevando a cabo los roles de director y productor a la vez, comprendió que no se podría cambiar la esencia de la novela, con lo cual ésta no sería una película masiva. “Una sombra” pudo rodarse gracias al aporte del Instituto Argentino de Cinematografía, debido a su alto costo.

Se manifestó afortunado de conseguir el elenco de actores (Miguel Ángel Solá, Pepe Soriano, Alicia Bruzzo, Luis Brandoni, entre otros) y recaló su apoyo a los buenos actores, a quienes considera el conducto entre el espectador y el director de cine.

Respecto de la película, la adaptación se llevó a cabo respetando las mejores secuencias de la novela y su ambigüedad; esta historia de gente que va a algún lado y no llega a ninguna parte, que se la pasa entrecruzándose. Historia con un fuerte simbolismo que remite a los primeros años del menemismo (escenas de gente cortando cables, robando bronces). Pero la película recién pudo estrenarse en la Argentina del “uno a uno”. El público estaba aferrado a esa ilusión y no la acompañó en la taquilla.

Concurrió en Venecia, en una sala de más de 2.000 localidades. También fue elegida como candidata argentina al Oscar (a su parecer nada más inadecuado para que sea votada en Hollywood).

Olivera describió a “Una sombra ...” como una película muy particular que difiere del resto de su filmografía a la que califica como didáctica y ortodoxa en la manera de ser contada. El director no se considera influenciado por corrientes como la nouvelle vague o el cinema-dogma; defiende su estilo de cine de tipo clásico: “con la cámara sobre el hombro”, lo que permite que el público “se meta” en el lugar del interlocutor, procurando que el espectador lo reemplace, para que los diálogos lleguen y no haya distracciones.

Respondió con enorme disposición y generosidad diversas preguntas del auditorio: Sobre las locaciones y escenarios: Chacharramendi (Ultracán, La Pampa) –camino donde empezó la conquista del desierto- fue el lugar elegido por Olivera y su director de arte, junto a los silos de Puerto Madero y las salinas ubicadas al sur de Bahía Blanca. Acerca del proceso de

selección de actores, éste se realizó junto a Fernando Ayala. Y en relación a la elección de la música, de Osvaldo Montes –con quien trabajó en “El caso María Soledad” y en “Ay, Juanquito”; resulta en sintonía con los matices de la película.

Olivera retrató su recorrido como cineasta, filmando desde sus 17 años, con la frase “Confieso que he vivido”, parodiando el título de las memorias de Pablo Neruda. A los 15 años fue impactado por su visita a los Estudios Baires donde lo conmovió la escenografía de Viena. Esto marcó su vocación temprana, resultando autodidacta ya que no había escuelas de cine.

Realizó 25 películas antes de iniciar su productora Aries Cinematográfica, en 1956. En 1958 recibió del entonces Instituto Nacional de Cinematografía el primer crédito del cine argentino para la película “El Jefe”. Refiere que realizó cine comercial, sustentable económicamente, y sosteniendo una línea de producción comercial le permitió sustentar el cine que deseaba hacer.

El encuentro estuvo lleno de anécdotas sobre diversas filmaciones (La Patagonia rebelde, Ay Juancito, El jefe, El Mural, entre otras) y su relación con momentos diversos de la historia argentina y sus instituciones, y de la filmografía de compromiso social.

La visita de Héctor Olivera a APSA ha sido una visita histórica: su testimonio de los difíciles momentos del arte cinematográfico en nuestro país, su comprensión del rol del cineasta en la configuración del imaginario social con la consecuente influencia en el diseño de las subjetividades, su curiosidad acerca del interés de los psiquiatras en el ámbito de la producción y dirección, su posición y mirada en relación a otros grandes de la cultura, como Osvaldo Soriano y Osvaldo Bayer, resultaron una gran lección sobre la posibilidad de crear aún entre personas de diversa ideología. Nos unen el mismo país, la misma historia, y la misma necesidad de elaboraciones colectivas.

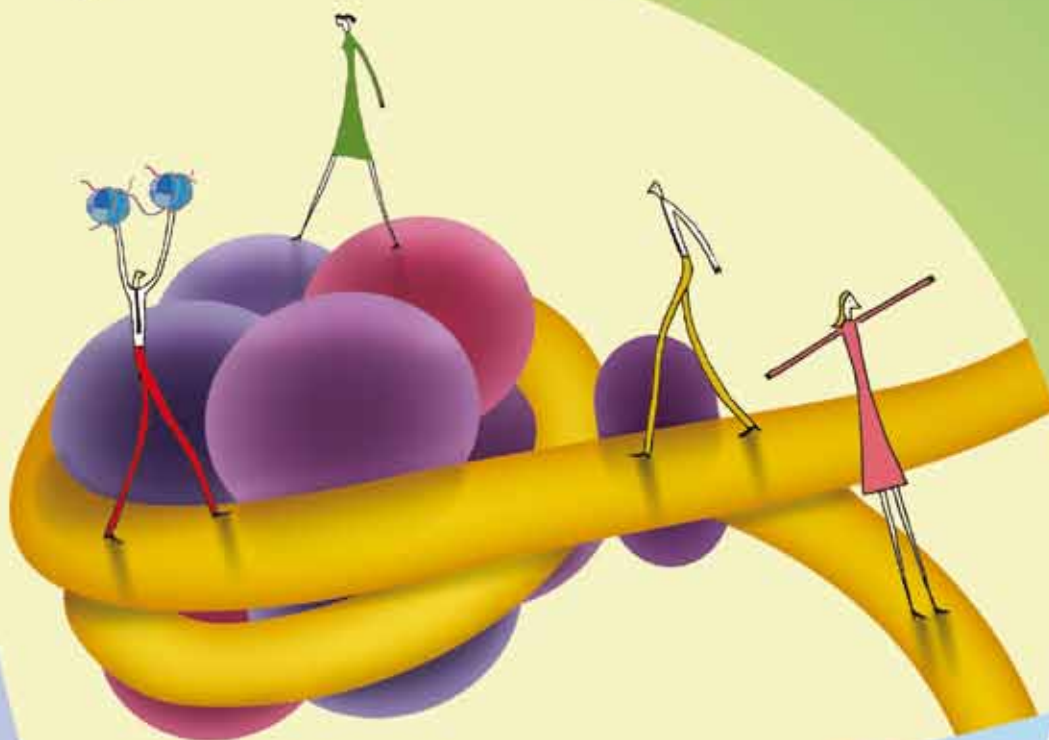
Referencias Bibliográficas

- (1) Bachelard, G. La formación del espíritu científico. México. Editorial Siglo XXI. 1987.
- (2) Badiou, A. El cine como falso movimiento: Conferencia. Studio de Ursulines. Imágenes y palabras. Buenos Aires. Bordes, Manantial. 2005.
- (3) Fiorini, H. Actualizaciones en psicoterapias psicoanalíticas. En: Nuevas líneas en psicoterapias psicoanalíticas: teoría, técnica y clínica. Madrid, Editorial Psimatica, 1999.
- (4) García Rolando. Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria, Barcelona, Gedisa. 2006.
- (5) Morin, E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona, Editorial Gedisa, 2001
- (6) Torre, S de la y V Violant, V. Estrategias creativas en la enseñanza universitaria. En: http://www.ub.edu/sentipensar/estrategias_creativas_universitaria

Alplax

ALPRAZOLAM

El genoma es programado por el epigenoma¹



Más allá del efecto ansioléptico²
Modifica índices fenotípicos de Carga Alostática³

PRESENTACIONES:

ALPLAX® 0,25, 0,5 y 1 mg: Envases con 30 y 60 comprimidos ranurados.

ALPLAX® 2 mg: Envases con 30 y 60 comprimidos multirranurados.

ALPLAX® XR 0,5, 1 y 2 mg: Envases con 20 comprimidos de liberación controlada.



Garantía de calidad farmacéutica

La más alta tecnología de fabricación, bajo normas internacionales

Confiabilidad y seguridad ansiolítica

Más de 100 controles garantizan la calidad Gador

Insumos y procesos que son claves del cumplimiento de la prescripción



Gador 
Al Cuidado de la Vida

<http://www.gador.com.ar>

1. Szyf M, et al. The social environment and the epigenome. Environ Mol Mutagen 2008; 49:46-60. 2. Soris C, et al. El proyecto GEMA. En Carga alostática. Segunda parte. Buenos Aires, 2011