

### Equilibrios y conversación con una joven colega

El segundo artículo de este boletín aclara ciertos aspectos de la nueva ley de salud mental, propone precauciones para el trabajo clínico y explicita opciones para enfrentar problemas de naturaleza médico-legal. Fue distribuido a los socios hace un tiempo y ahora lo reiteramos por su relevancia.

Una colega joven -aunque con amplia inserción profesional y bastante experiencia- planteó que lo expresado en él orienta en parte hacia una frustrante psiquiatría defensiva, y creo que le asiste razón.

Veamos:

Los psiquiatras necesitamos estándares para trabajar tranquilos. Es preciso saber cómo evitar dificultades en la atención, prever acusaciones o demandas, y conocer la mejor manera de gestionar incidentes a nivel normativo, legal, etc. Sin embargo, sobredimensionar tales ejes puede conducir a una psiquiatría pacata, tímida, miedosa y plena de resguardos burocráticos y formales; a restringir la creatividad y el “riesgo necesario” que conlleva nuestra profesión, a una práctica repetitiva y de menor eficacia.

En otras especialidades la medicina defensiva tiende a salvaguardar al médico y sobreproteger al paciente exagerando la paraclínica, prolongando internaciones, accediendo a solicitudes no del todo fundadas de enfermos, familias, e instituciones, tomando desmedidas precauciones, etc.

Es más costosa e ineficiente para el sistema y fastidiosa para el usuario y el médico, pero es poco probable que dañe al primero.

Por el contrario, la psiquiatría ejercida desde esa premisa puede ser perjudicial para el paciente expresándose como paternalismo (o maternalismo, para actualizarlos) que atenta contra la libertad, prohibiciones, restricciones y controles exagerados, supervisión o vigilancia innecesarias, protocolización extrema de la terapéutica, y el mensaje más o menos explícito al paciente de que no es capaz de autovalerse en determinados aspectos, incluso si su patología no es demasiado grave.

La combinación del temor a las demandas, la incompetencia y necesidad burocráticas, la inhibición ante determinados grupos movidos por intereses espurios y/o signados por la ignorancia, sumadas a la inocuidad de lo políticamente correcto, pueden resultar en una psiquiatría constreñida que conlleva mayor distancia, menor compromiso y poca confianza en que se puede intentar ir más allá de lo estipulado en textos, protocolos y normas teñidos por la asepsia, muchas veces provenientes de medios distintos al nuestro. Eventualmente las familias y el entorno social -por conveniencia, prejuicio, estigma, etc.- se hacen cómplices de estas formas de limitar potenciales y libertades de los pacientes, y es responsabilidad de los técnicos evitarlo. Ello supone analizar situaciones, diseñar hipótesis de trabajo e incluir -cuando es adecuado- riesgos, así como integrar opciones diversas a las que cursan por el “mainstream” del momento.

Existen valiosas guías, orientaciones y reco-

---

mendaciones que sirven como referencia; sin embargo la realidad suele ser más compleja que el contenido de tales documentos. Cada entorno de práctica tiene particularidades, pero en casi todos es posible concebir estrategias para que aquellos a quienes atendemos desarrollen mejor sus capacidades. De hecho nuestra especialidad admite diversas concepciones teóricas, aproximaciones psicopatológicas, posibilidades terapéuticas, y -por tanto- mayor libertad de acción que otras: muy probablemente para cada situación hay más de una solución. La clínica invadida por formalidades, restricciones autoimpuestas, menor creatividad y una vaga pero pertinaz desesperanza menoscaba las oportunidades de los pacientes y la satisfacción del buen ejercicio profesional.

2

El compromiso y la asunción de ciertos riesgos en niveles razonables permiten impulsar al paciente a tomar decisiones y sortear limitaciones. Me refiero a riesgos concretos: variantes no explicitadas en los protocolos terapéuticos, altas anticipadas, salidas colectivas para grupos de enfermos, no exigir a rajatabla consentimiento informado cuando puede afectar el plan terapéutico, pactar con una persona que no va a intentar suicidarse y confiar, sugerir decisiones específicas a un paciente sobre hechos relevantes para su vida, apelar a la intervención de la familia o de terceros sin clara anuencia del paciente; en fin, infinidad de acciones que podrían -o no- difuminar algunas fronteras o exceder ciertas reglas. Seguramente en el anecdotario de cada uno de nosotros hay unas cuantas acciones de esa clase, pero es poco lo que se comunica para evitar explicaciones y papeleo, posibles consecuencias legales, miradas censuradoras de la comunidad y/o determinados colegas, etc.

No abogo por una modalidad irreflexiva o que no tome en cuenta las normas. Sin embargo, a veces parece necesario transitar rumbos no cartografiados para intentar resultados. La postura crítica nos corresponde como universitarios y puede manifestarse mediante una psiquiatría libre, rica en psicopatología y que comprenda las necesidades reales de cada persona. Exige conocimiento, responsabilidad, sensatez y buen sentido, sobre todo cuando hay que elegir alternativas no del todo protocolizadas.

Ciertamente el statu quo, la estructura de los servicios de salud, los modelos tradicionales, algunos intereses de las instituciones de atención y las industrias que se nutren de la medicina, y otros obstáculos hacen arduo y espinoso disponer modelos propios integrando procederes variados; es tentador tomar la línea de menor esfuerzo, es tentadora la burocracia.

Sin embargo, estudios de diversos medios señalan que los psiquiatras que dedican más tiempo al paciente, utilizan recursos psicoterapéuticos y son creativos, tienen mayor satisfacción profesional y menos frecuencia de burnout. Tales estudios también muestran que su práctica es más eficaz.

Creo que la mayor parte de nosotros elegimos este postgrado considerando -entre otros elementos- la autonomía que brinda y la posibilidad de decidir hasta dónde nos autolimitamos y qué riesgos estamos dispuestos a asumir.

La referencia a la conversación con una joven colega no es en vano. Quien tiene su carrera por delante debe enfrentar la tensión entre creatividad y rigidez, entre riesgo inapropiado y psiquiatría defensiva extrema, y decidir en qué lugar de la amplia gama entre ambos

polos intentará ubicar su práctica. Los que llevamos tiempo en la profesión probablemente no cambiemos demasiado y continuemos tomando los mismos riesgos que hace unos años (“inventábamos” más; las reglas no eran tan rígidas o definidas, variábamos recursos con cierta plasticidad y confianza, y los controles eran menos estrictos para bien y para mal).

Quienes están comenzando tienen como desafío investigar, reconocer, evaluar y utilizar el grado de libertad al que están dispuestos de acuerdo a la modalidad e intereses de

cada uno.

La colega a la que me refería no va a aburrirse y su creatividad ayudará a muchos pacientes y sus familias.

Publicamos el artículo que sigue a este por razones muy válidas, y también creo que son pertinentes las que me llevaron a escribir estas líneas.

Rafael Sibils

---

## Información de interés médico-legal para colegas

Con frecuencia llegan a SPU preocupaciones de los socios referentes a situaciones de orden médico-legal que pueden afectar la práctica de la profesión. También aparecen en las redes sociales que compartimos o en diálogos entre colegas.

Muchas tienen que ver con las características de la atención actuales: dificultades y carencias en las instituciones donde nos desempeñamos, demandas y expectativas de la población que atendemos, etc. Otras refieren a cambios en la legislación sobre la salud mental.

Hemos realizado actividades acerca de los alcances de la nueva Ley de Salud Mental, y una en particular sobre aspectos médico-legales con la Dra. Natalia Veloso (Dra. en Derecho, integrante del equipo asesor del SMU) y las colegas Prof. Dra. Sandra Romano y Dra. Fernanda Porteiro.

A continuación, en primer lugar figuran dudas e inquietudes referidas a dicha ley enviadas por los socios o detectadas en Comisión Directiva, con respuestas y sugerencias que la Dra. Veloso realizó (agradecemos mucho su tarea y disposición).

En segundo término están ciertas orientaciones para el desempeño de los psiquiatras. En tercer lugar hacemos llegar directivas concretas en cuanto a qué hacer cuando surgen problemas o dudas de índole legal.

### 1) RESPECTO A LA LEY DE SALUD MENTAL

Los siguientes artículos pueden generar situaciones conflictivas o requieren una interpretación:

**Artículo 6. Derechos:** En caso de requerir permanencia en régimen de hospitalización, a ejercer sus derechos y obligaciones como cualquier otra persona usuaria de los servicios de salud del prestador correspondiente.

**Comentario o pregunta de los colegas:**

La hospitalización psiquiátrica puede requerir condiciones especiales, tales como eventuales limitaciones, contenciones, restricciones, etc. Algunas de ellas están contempladas en la misma ley, por ejemplo las visitas de familiares; otras no.

**Respuesta de la Dra. Veloso:**

El principio general es que los derechos de cualquier sujeto sólo pueden ser limitados por una ley dictada por razones de interés general (art. 7 de la Constitución). Asimismo, el principio deber ser siempre la libertad, estando permitido todo aquello que no esté prohibido (art. 10 de la Constitución). El espíritu de la norma es consagrar la libertad como principio. Esto es, que el paciente internado contra su voluntad, no pierda por ese hecho todos sus derechos, sino que, por el contrario, los conserve. La limitación de los derechos debe ser considerada de forma restrictiva, ya que el principio general es la libertad.

En este contexto normativo, podríamos distinguir al menos tres grandes categorías de restricciones en la internación involuntaria: las reconocidas por la propia ley: en estos casos no hay problema ya que las mismas tienen base legal (ej.: vistas familiares); las que derivan necesariamente de las razones por las cuales se dispuso la internación involuntaria: esto es, las tendientes a evitar que el paciente atente contra sí mismo o

---

contra terceros o las necesarias para poder llevar adelante el tratamiento para el cual fue internado (ej.: si hay que mantenerlo sedado). En estos casos, se entiende que la base legal para este tipo de restricciones a la libertad está implícita en la disposición legal que habilita este tipo de internación. Por lo que no habría problemas respecto de las mismas.

las restantes: es para estos casos que la disposición a estudio resulta importante, pues para estos casos no existiría base legal para realizarlas, debiéndose el profesional y la institución actuante, abstenerse.

Artículo 23. (Consentimiento informado).- Se requerirá el consentimiento informado de la persona para la realización de las intervenciones biológicas y psicosociales, propuestas en la estrategia terapéutica, el que deberá ser obtenido de conformidad y con las garantías y excepciones dispuestas por el artículo 11 de la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008, la presente ley y demás normativa aplicable. En el caso de niñas, niños y adolescentes con trastornos mentales se requerirá el consentimiento informado del padre, madre o tutor y de acuerdo a la edad y condición mental del sujeto, se solicitará su consentimiento.

Comentario o pregunta de los colegas:

El consentimiento informado bajo esta normativa ¿contempla las alteraciones en la capacidad de consentir que presentan muchos pacientes mentales? ¿requiere un documento escrito o admite el acuerdo verbal no expresamente documentado? ¿alcanza con que el psiquiatra consigne que ha sido obtenido?

Respuesta de la Dra. Veloso:

El consentimiento informado en salud mental presenta ciertas particularidades. En primer lugar, debe distinguirse al paciente que está interdicto del que no lo está. Conforme al estado actual de nuestro Derecho positivo, el paciente que está declarado incapaz (interdicto) no puede emitir un consentimiento informado válido (aún cuando al momento de otorgarlo estuviese lúcido).

En cambio, en el caso de los pacientes no declarados incapaces pero que sí tienen algún tipo de enfermedad mental, debe estarse al juicio de evaluación del psiquiatra tratante a la hora de recabar el consentimiento informado. En efecto, será el psiquiatra tratante el que deberá analizar en cada caso si el paciente bajo análisis está o no en condiciones de brindar su consentimiento válido y libre y comprender el alcance y la finalidad del tratamiento a brindar.

En caso que el psiquiatra considere que el paciente está en condiciones de brindar dicho consentimiento, debe informarle sobre el tratamiento a realizar, sus etapas, los riesgos, los beneficios perseguidos, los efectos secundarios y las consecuencias de no realizarlo. Los riesgos a informarse deben ser los riesgos normales del procedimiento y aquellos que revistieran gravedad (aunque sean poco frecuentes).

El consentimiento no debe ser siempre recabado en forma escrita, pero a los efectos probatorios, es conveniente que así se haga. Por lo general se deja constancia en la HC de que fue otorgado el consentimiento y en caso de haberse otorgado, se solicita al paciente y al médico que firme dicha HC. En caso de ser una historia clínica electrónica, debe anotarse "se obtiene consentimiento informado del paciente en tal fecha y en tal lugar, estando presente ...." (si es posible

---

consignar testigos de la manifestación de voluntad del paciente mejor. Lo mismo si el consentimiento lo brinda madre, padre o tutor). Me remito a mi presentación en la SPU.

Artículo 24 hospitalización: En ningún caso la hospitalización será indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda.

Comentario o pregunta de los colegas:

En los hechos sucede precisamente que muchas hospitalizaciones se prolongan por problemas sociales o de vivienda, pero esto ocurre estrictamente en la interacción de esos problemas con la enfermedad mental que afecta la capacidad de autocuidado y autodeterminación del paciente. Parece necesario reglamentar contemplando este punto.

Respuesta de la Dra. Veloso:

En este caso la prohibición de la norma es clara. Lo que busca la norma es que la internación no se indique como un mecanismo para solucionar los problemas de vivienda o familiares de un paciente que puede vivir solo y autocuidarse pero por ejemplo, no tiene donde vivir. En estos casos, son otros mecanismos de contención social los que deben activarse y no la internación en un centro asistencial especializado en salud mental.

Distinto es el caso del enfermo mental que no puede autocuidarse y no tiene donde vivir o no tiene una red de contención familiar que lo sostenga. Estos casos no quedan alcanzados por la prohibición porque no se lo interna porque no tiene donde vivir o porque no tiene quien lo cuide, sino para proteger al paciente que no puede valerse por sí solo.

La distinción normativa está en la finalidad

para la cual se lo interna. No obstante, entiendo que en la práctica pueden existir muchos grises, que podrían ameritar algún tipo de reglamentación.

Artículo 25. La hospitalización no estará sujeta a límites temporales de cobertura...

Comentario o pregunta de los colegas

En los hechos este aspecto parece no respetarse siempre. Hay oportunidades en las que la dirección de alguna empresa sigue planteando treinta días como plazo máximo de internación. ¿Cuál es la responsabilidad del médico?

Respuesta de la Dra. Veloso:

Dicha situación, sería claramente lesiva del derecho del paciente y violatoria de la ley. No obstante, este tipo de limitaciones no comprometerían la responsabilidad del médico actuante sino del Prestador de Salud (por ejemplo, la mutualista que tome esta medida).

En estos casos, aunque sea antipático, el médico debería consignar en la HC de alguna forma que el paciente abandona la institución por política del Prestador y no porque ello se corresponda a su situación médica. Asimismo, también podría realizarse una gestión gremial frente a las instituciones que adopten este tipo de medidas para no exponer tanto al médico en forma individual. A modo de ejemplo, se podría cursar una nota de la SPU con el apoyo del SMU, indicando que se rechazan este tipo de medidas por contrarias a la ley y que en caso de verificarse algún daño, los profesionales actuantes quedarán exentos de toda responsabilidad.

En el caso de los seguros entiendo que la situación es diferente. Los servicios de salud

---

que están obligados a prestar un servicio integral son los prestadores integrales (de ahí su nombre) incorporados al FONASA. Los seguros que no están ingresados al FONASA, no prestan cobertura integral sino que pueden limitar libremente el alcance de sus prestaciones.

Por ejemplo, es muy común que los seguros no cubran la asistencia en parto si el embarazo fue obtenido por un tratamiento de fertilidad, que no cubran intervenciones no denunciadas al momento de afiliarse, que no tomen pacientes mayores de 40 años, etc. Todo eso es legítimo, porque son seguros no integrados al FONASA y se rigen por el régimen de libertad de contratación.

Por esta razón, entiendo que no sería ilegítimo que un seguro privado no integrado al FONASA establezca una limitación en la cobertura. Asimismo, el artículo habla de "usuarios" y usuarios refiere a los pacientes asistidos por FONASA.

En el caso de los seguros que tengan usuarios FONASA, es más dudoso que pueda limitarse la cobertura.

En definitiva, entiendo que la prohibición de limitación de la cobertura no alcanza a los seguros sino a todos los prestadores integrales incorporados a FONASA".

**Artículo 30. hospitalización involuntaria:** En la reglamentación de la presente ley, el Poder Ejecutivo establecerá cuáles son las situaciones de riesgo inminente de vida para el usuario y para terceros.

**Comentario o pregunta de los colegas:** (En este caso parecería poder condicionarse la percepción clínica a la letra de una reglamentación; el psiquiatra clínico debería ser quien evalúa los riesgos.)

**Respuesta de la Dra. Veloso:**

En ningún caso la reglamentación puede sustituir el criterio clínico del médico tratante. La reglamentación puede otorgar pautas o indicar ejemplos de situaciones que ameriten riesgo inminente para la vida del usuario y los terceros. Pero en ningún caso la enunciación podrá ser taxativa o sustitutiva del criterio médico, ya que, en última instancia, siempre será el médico actuante el que deba analizar si los casos particulares ingresan o no dentro de lo que a su criterio se considere "riesgo inminente de vida para el usuario y para terceros".

**Artículo 33. (Hospitalización por orden judicial).-** El Juez competente podrá disponer una hospitalización involuntaria cuando cuente con informe médico que la justifique.

**Comentario o pregunta de los colegas:**

(Hoy ocurren hospitalizaciones judiciales que no se acompañan de informes médicos y que uno tiene la certeza de que fueron realizadas sin este: ¿cuál debería ser la actitud del colega que recibe a tales personas, ya sea o en primera instancia o en sala de internación.)

**Respuesta de la Dra. Veloso:**

El Juez no debería disponer la internación si no cuenta con un informe médico que la justifique. El Juez no conoce de psiquiatría y en consecuencia, se vale de auxiliares que le aportan los conocimientos técnicos para cada caso concreto.

Si el médico tratante advierte una irregularidad en este sentido, y tiene la certeza o la sospecha de que un paciente fue internado sin contar con un informe médico, debe ponerlo inmediatamente en conocimiento de las autoridades del centro asistencial donde se ha dispuesto la internación, para

---

que la Dirección tome las medidas legales pertinentes.

Mediante la debida notificación a las autoridades, debería quedar salvada la responsabilidad del médico actuante, sin perjuicio de las responsabilidades que, por omisión, puedan corresponderle al Juez actuante.

Cuando estén dadas las condiciones para el alta de la persona, el Director Técnico del prestador deberá notificarlo a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y al Juez. Éste deberá expedirse al respecto en un plazo no mayor a tres días hábiles a contar desde el día siguiente al de la notificación.

Comentario o pregunta de los colegas:  
¿Qué sucede cuando el juez no se expide en ese plazo?

Respuesta de la Dra. Veloso:  
Este es un problema histórico que con la normativa vigente no tiene solución, ya que la norma exige el pronunciamiento del Juez. Para este caso, es necesario buscar una solución legislativa que revea esta norma y disponga a modo de ejemplo, que transcurrido el plazo anteriormente previsto sin que exista pronunciamiento judicial, la decisión del alta quedará a criterio de uno o dos médicos actuantes. No obstante, tal como está redactada hoy la ley, este problema no tiene solución.

La ley en distintos artículos hace referencia a "estructuras asilares y monovalentes" pero sin definirlos.

Comentario o pregunta de los colegas:  
¿Sería necesario reglamentar esto? ¿"Monovalente" refiere a un espacio físico, o a las características o diagnósticos de los

pacientes? ¿Es físico o geográfico, como el Hospital Militar o la Médica Uruguaya? ¿Es por la patología del paciente agudo, crónico o asilar y las prestaciones que se le puedan ofrecer, como acceso a otras especialidades, laboratorio, micronarcosis (electroshock), etc?

Respuesta de la Dra. Veloso:  
Cuando la ley se refiere a "estructuras monovalentes" está haciendo referencia a establecimientos exclusivamente psiquiátricos. Lo que se busca es el cambio del paradigma en la estructura asistencial pasando de estructuras asistenciales estrictamente destinadas a pacientes con enfermedades mentales a salas especializadas en Hospitales Generales.

Artículo 36. (Alta y permiso de salida).- El alta y el permiso de salida son facultad del médico tratante, sin perjuicio de los derechos de la persona hospitalizada voluntariamente y de las competencias del juez respecto de hospitalizaciones ordenadas por él.

Comentario o pregunta de los colegas:  
¿Qué sucede cuando el criterio del médico se contrapone al del juez?

Respuesta de la Dra. Veloso:  
Lo que quiere decir la norma es que el alta y los permisos de salida son competencia del médico tratante salvo en los casos de: a) hospitalización voluntaria (porque el paciente puede abandonar la internación en cualquier momento -art. 28 inc. 2, salvo que estén dadas las condiciones para una hospitalización involuntaria); o b) hospitalización judicial (ya que en ese caso es el Juez el que tiene que ordenar el alta art. 33 inc. final). En consecuencia, dicha contradicción sólo podría darse en el caso de que en una internación judicial, el médico tratante informara



---

que el paciente está para darle el alta y el juez informara expresamente que no la autoriza. No sé si ello ocurre en la práctica, pero en caso de que ocurriera, el Juez debería fundar su decisión técnicamente.

Art 38: El Poder Ejecutivo establecerá en la reglamentación de la presente ley el cronograma de cierre de los establecimientos asilares y estructuras monovalentes. El cumplimiento definitivo del cronograma no podrá exceder temporalmente el año 2025.

Comentario o pregunta de los colegas:  
Este artículo determina que existe un límite temporal. Si no se cierran para esa fecha ¿qué pasa? Por otro lado se plantea una fecha límite para el cierre pero no se plantea una fecha límite para la apertura de las “estructuras alternativas”. ¿Puede en la reglamentación supeditarse una a la otra, lo cual sería elemental y lógico?

Respuesta de la Dra. Veloso:  
Si no se cierran para esa fecha habría responsabilidad de los entes estatales por los daños que generaran en el incumplimiento de dichas normas. En efecto, la Administración está mandatada por la norma legal que establece un plazo límite para el cierre de este tipo de estructuras.  
La ley asimismo encomienda a la reglamentación el proceso progresivo de reconversión del sistema desde el modelo monovalente al modelo inclusivo, en el cual las salas de pacientes con enfermedades mentales estarían integradas en hospitales generales. Con independencia de lo que diga la reglamentación, el Estado tiene la obligación de brindar asistencia a la salud para aquellos carentes de recursos (art. 44 de la Constitución) por lo que, si al 2025 se encuentran cerrados los centros monovalentes, deberá

garantizarse la asistencia a la salud mental en otros centros so pena de que el Estado incurra en responsabilidad.

Queda igualmente prohibida, a partir de la vigencia de la presente ley, la internación de personas en los establecimientos asilares existentes.

Comentario o pregunta de los colegas:  
Actualmente siguen estableciéndose internaciones judiciales en asilos.

Respuesta de la Dra. Veloso:  
Esta prohibición está vigente, por lo que resulta necesario buscar una solución normativa.

Artículo 28. (Hospitalización voluntaria).- Cuando profesionalmente se determine la conveniencia de tratar a la persona con trastorno mental a través de hospitalización, se alentará su ingreso voluntario, brindándole oportunidad de elección entre posibles alternativas

La persona hospitalizada voluntariamente podrá, en cualquier momento, decidir por sí misma el abandono de la hospitalización. Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, al momento de gestionar el consentimiento informado para la hospitalización, se le debe hacer saber a la persona que los profesionales intervinientes podrán impedir su externación si se dieran las condiciones para una hospitalización involuntaria que se establecen en el artículo 30 de la presente ley.

Comentario o pregunta de los colegas:  
Eventualmente sería oportuno reglamentar la decisión de abandono de la internación “alta contra voluntad médica”, porque puede haber incidentes negativos a la salida del servicio y hay que ver cuáles serían las res-

---

ponsabilidades del médico. Es decir, puede no existir “riesgo inminente de vida para la persona o para terceros” o no estar “afectada su capacidad de juicio, y el hecho de no hospitalizarla pueda llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo pueda aplicarse mediante la hospitalización.” [Artículo 30] y aun así generarse problemas cuya responsabilidad no debería recaer sobre el psiquiatra.

Respuesta de la Dra. Veloso:

En estos casos el elemento fundamental para salvar la responsabilidad del médico actuante es la debida documentación de la situación en la HC. Debe dejarse constancia de que se trata de una internación voluntaria, que el paciente quiere dejar el centro contra la indicación médica y fundamental, dejar consignado que no se verifican en ese momento ninguna de las hipótesis que ameritarían una internación involuntaria. Esto es, dejar sentado que no estaban dadas las condiciones dadas para la internación involuntaria. Asimismo, es fundamental explicarle al paciente los riesgos que corre y consignarlo en la HC. Si el médico realiza esta documentación en forma debida, su responsabilidad no debería verse comprometida, aunque posteriormente, sucedieran hechos no deseados. En casos dudosos o “borderline”, siempre es conveniente recabar la opinión de otro profesional para respaldar la decisión de no internarlo. Por último, debe recordarse que la internación involuntaria es una medida excepcional, prevista para los casos específicos señalados por la ley.

## 2) ORIENTACIONES GENERALES DE ACCIÓN PARA LOS COLEGAS

Todas las Direcciones de Salud Mental de las Instituciones asistenciales públicas y privadas deben tomar en cuenta los puntos expresados a continuación para una mejor atención a los pacientes y garantías para el ejercicio profesional, y los psiquiatras debemos exigirlos:

- Disponibilidad de Historia Clínica sin excepciones. “El registro en la HC de todos los hechos relevantes es la mejor defensa del médico ante eventuales problemas”. (Dra. Natalia Veloso)
- Respeto de los tiempos que constan en el convenio SMU - IAMC para policlínica (cuatro pacientes por hora y doble turno la primera consulta, o tres pacientes por hora sin doble turno en primera consulta). Tiempos similares en el resto del sistema de salud. Si bien en psiquiatría frecuentemente son insuficientes, son los que figuran en el convenio e implican el mínimo aceptable.
- No agregar pacientes a la agenda establecida.
- Evitar la sobrecarga de los Servicios de Emergencia de psiquiatría.
- Respeto de las condiciones laborales pautadas en términos de descripción de tareas.
- Espacios de atención adecuados en cuanto a privacidad y comodidades básicas.
- Garantía de condiciones de seguridad y protocolo institucional al respecto en los casos que corresponda.

---

3) ACCIONES ANTE DUDAS Y RIESGOS LEGALES (para socios del SMU, que al serlo están cubiertos por un seguro; ver sitio web del SMU).

Situaciones en materia penal y en materia civil: Comunicarse directamente con el SMU los días hábiles en el horario 12:30 a 18:00 hs. a efectos de informar de la situación y recibir el correspondiente asesoramiento jurídico. (Br. Artigas 1569. 24014701 int. 102 src@smu.org.uy.)

Una vez en contacto se solicitará que completar el formulario de denuncia preventiva.

Situaciones urgentes en materia penal:

Solo en caso de detención o notificación de una denuncia penal.

Dentro del horario de atención del SMU, seguir los pasos del ítem anterior.

Fuera del horario de atención, llamar al teléfono de emergencia del estudio jurídico (099 887588) y a continuación dejar mensaje de voz en el número del SMU (098281683). Se recibirá confirmación del ingreso del caso y se solicitará completar el formulario de denuncia preventiva.

En estos casos, particularmente en situaciones en las urgencias, se plantea la posibilidad de hacer constar la situación en un acta notarial, etc., y eventualmente notificar a las autoridades.

Comisión Directiva

---

El siguiente artículo del Dr. Leonel Gómez-Sena\* -publicado en la columna de ciencia y tecnología de Uy press el día 1/6/18- es de sumo interés y tiene relación con algunas actividades recientes de nuestra Sociedad. Por ello la Comisión Directiva solicitó autorización a su autor -a quien agradecemos mucho- para replicarlo aquí.

## La caliente relación entre el sexo, el cerebro, la sociedad y la cultura

Para hacer corta una historia larga se podría decir que así como las diferencias genéticas entre hembras y machos de una especie (mujeres y varones en el caso de la nuestra) producen diferencias morfológicas y funcionales: diferencias endocrinas, órganos sexuales diferentes, otras diferencias corporales, etc. también producen diferencias en el cerebro y en el comportamiento.

Hasta allí estamos diciendo algo bastante incontrovertible, claramente probado y que forma parte de cualquier libro de texto básico de biología. Dicho esto podemos ahondar en los mecanismos por los cuales los genes producen tal o cual resultado en la estructura y función de un organismo. El conjunto de genes de un organismo conforman un sistema bien regulado, responsable de un despliegue progresivo y ordenado de instrucciones que hacen que a partir de una única célula termine conformándose un individuo de la especie con toda su impresionante complejidad anatómica y su enorme variedad de funciones. Los genes hacen su trabajo en interacción con el ambiente y el ambiente afecta la forma en que los genes se “expresan”, pero lo hace en formas que de alguna manera están “previstas” por el

organismo en desarrollo. Es una interacción reglada, regulada, mantenida dentro de ciertos márgenes tolerables de variación. Esa es la regla general pero los genes pueden codificar también estructuras previstas para variar, capaces de interacciones más abiertas con el entorno. Tal es el caso del sistema nervioso (SN) que regula y controla las relaciones internas y con el medio de la enorme mayoría de los organismos multicelulares del reino animal.

Dependiendo del grupo taxonómico y la especie podemos observar distintos grados de plasticidad en el SN. Algunos sólo admiten pequeñas variaciones en sus esquemas de relacionamiento con el entorno (incluyendo otros organismos de la misma especie o de otras especies) y por lo cual muestran comportamientos muy estereotipados. Otros cuentan con dispositivos cognitivos que habilitan mayores grados de plasticidad: sofisticados sistemas de memorias, diversidad de objetivos conductuales, mecanismos de evaluación y decisión, etc. Todo lo que denominamos aprendizaje entra dentro de esta categoría: desde el reflejo condicionado pavloviano hasta las reglas gramaticales o de la aritmética. Simplificando podemos

\* Leonel Gómez-Sena es médico, realizó como estudios de posgrado una maestría y un doctorado en biología con especialización en neurociencias y se dedica a la investigación de los sistemas sensoriales desde la perspectiva de las neurociencias cognitivas y computacionales. Es Profesor Adjunto del Laboratorio de Neurociencias, Sección Biomatemática del Instituto de Biología de la Facultad de Ciencias, grado 4 del PEDECIBA y nivel uno del Sistema Nacional de Investigadores. Es co-director de Centro Interdisciplinario en Ciencias Cognitivas para la Educación y el Aprendizaje (CICEA). Correspondencia:leonel.gomez@gmail.com

---

decir que en un extremo tenemos mecanismos de regulación conductual moldeados principalmente por la evolución a lo largo de la historia filogenética de la especie y en el otro extremo otros que, sobre la base de esa herencia filogenética, tienen la capacidad de aprender de la experiencia en el curso de la vida.

Las relaciones en el nivel de organización social en distintas especies animales se dan también dentro de un espectro similar: desde relaciones estereotipadas que constituyen sociedades muy regladas y relativamente rígidas (basadas en estructuras neurales poco plásticas) hasta aquellas que, en base a relaciones más flexibles, construyen sociedades más abiertas y variables (basadas en estructuras neurales capaces de aprender y modificarse en base a la experiencia). En un extremo alejado de esta distribución se encuentra nuestra especie cuyas capacidades cognitivas, incluyendo el lenguaje como una función particularmente relevante, nos posibilitan la creación de cultura.

Según la real academia "cultura" es el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc. De acuerdo con esta definición la cultura constituye un ambiente históricamente cambiante, un ecosistema que evoluciona y en el cual se produce nuestro desarrollo como individuos. La biología nos provee a los humanos los mecanismos para construir sociedades y cultura y, a su vez, la sociedad y la cultura esculpe nuestras estructuras neurales de acuerdo a esos mecanismos de plasticidad antes mencionados. Hay que tener presente que en esta compleja trama de interrelaciones recíprocas e históricamente

cambiantes distintos aspectos de nuestra biología imponen sesgos, restricciones, condicionan los caminos posibles para la cultura y ésta, a su vez explota los nichos de mayor variación potencial de nuestra biología.

Cuando se habla de biología o de las "causas" genéticas del comportamiento no podemos dejar de considerar todas esas mediaciones y relaciones recíprocas ante las cuales el uso de términos tales como determinación, predestinación o condena a un destino inmutable o inevitable por la biología se vuelven claramente inadecuados o directamente erróneos. Esa interacción, mencionada antes, entre la biología sentando las bases y las condiciones de cambio y el medio, la sociedad y la cultura dejando su huella en la estructura biológica a través de los distintos mecanismos de plasticidad neural es clave para pensar y eventualmente entender el tema de la relación entre sexo, cerebro y conducta en contextos socioculturales cambiantes a lo largo de la historia.

Una complejidad extra respecto a la diferenciación sexual del cerebro, que se suma por el lado de los factores biológicos que esculpen el cerebro en interacción con los factores ambientales y sociales ya mencionados, es que, además de los factores genéticos, intervienen de manera importante, factores hormonales secundarios a la diferenciación gonadal y dónde los efectos dosis dependientes están claramente probados en modelos animales. William C. Young y sus colegas en un artículo icónico, publicado en 1959 usando conejillos de india como modelo, demostraron convincentemente que la administración prenatal de testosterona era capaz de masculinizar el comportamiento sexual de las hembras en su etapa adulta.

---

Estos resultados llevaron en los años 60 del siglo XX a la teoría que hasta la actualidad organiza conceptualmente este campo de estudio y que postula el papel organizador y activador de las hormonas sexuales. Ellas cumplen el doble rol de moldear el desarrollo del cerebro en la fase perinatal y activar luego de la pubertad conductas específicas a través de acciones directas a nivel cerebral de las hormonas. Este modelo si bien sigue vigente en su esencia está actualmente siendo complementado y complejizado por nuevos hallazgos que muestran la existencia de multiplicidad de vías y señales sexualmente específicas que se entrelazan en la producción de efectos que van desde el comportamiento hasta una diferente vulnerabilidad a distintas patologías entre los sexos.

La reproducción sexual se estima que apareció en la historia de la vida hace unos 1200 millones de años (el primero de noviembre en el célebre calendario cósmico propuesto por Carl Sagan) como un mecanismo que permite la recombinación del material genético de los predecesores en la descendencia. Está enormemente difundido tanto en las plantas como en los animales y son pocos los ejemplos de especies que secundariamente perdieron la capacidad de la reproducción sexual. Esta predominancia y estabilidad del mecanismo sugiere fuertemente que confiere a los organismos alguna importante ventaja selectiva ya que implica un importante costo adicional respecto a mecanismos más simples de reproducción. En el caso de nuestra especie la sexualidad, que proviene de esta larga historia evolutiva, ocupa un lugar peculiar en esa encrucijada entre la biología, el cerebro, la sociedad y la cultura. Tiene toda la potencia de un mecanismo ligado a lo más esencial de la vida con toda

su carga afectiva, emocional y motivacional y está moldeado por todas las resonancias que adquiere en la trama de las relaciones interpersonales y en la cultura.

Se suma a esta complicada trama de interacciones que definen la naturaleza del "problema" todo el "ruido" que introducen las apasionadas posiciones que mucha gente tiene a priori respecto al tema. En un extremo está el igualitarismo radical que sostiene que cualquier mención a posibles diferencias biológicas lleva implícito un juicio de valor y es una justificación del status quo, la naturalización de la desigualdad no como simple diferencia o variación sino como validación de un lugar desigual con consecuencias en las jerarquías y los roles y por lo tanto una noción fundamentalmente inaceptable. En el otro extremo del espectro están los que esgrimiendo esas diferencias saltan rápidamente a conclusiones infundadas para definir pautas educativas, políticas institucionales o públicas al respecto, a veces validando estereotipos, legitimando prácticas discriminatorias y, en algunos casos, a directamente justificar el ordenamiento social existente como el resultado "natural" de nuestra biología, conjurando los peores temores de los que se ubican en el otro extremo ideológico. Nuestra limitada capacidad para entender problemas donde existen numerosos componentes y niveles que se influyen y condicionan mutuamente nos lleva muchas veces a la tentación maniquea de adherir a alguno de los dos polos de una disyuntiva ficticia.

Existe una enorme cantidad de publicaciones científicas que aportan datos sobre los cerebros y las capacidades cognitivas, actitudes y afectivo-emocionales de varones

---

y mujeres: la desigual distribución en las distintas profesiones, la subrepresentación de las mujeres en cargos jerárquicos en muchas empresas o instituciones; hallazgos sobre distinto rendimiento en pruebas que miden cosas como la habilidad verbal, el cálculo o la habilidad espacial; mediciones del tamaño de ciertas estructuras neurales o de las conexiones entre ellas. Algunos de esos datos “clásicos” han sido revisados posteriormente a la luz de mejores técnicas y metodologías y otros se han confirmado. Pero los datos por sí solos no son una explicación sino una descripción de algo que necesita ser explicado. Muchas veces los datos no son neutros sino que se colectan a la luz de preconceptos pero eso no debe ser excusa para desconocerlos o negarlos globalmente. Si la investigación está bien diseñada los datos tienen que ser atendidos y considerados seriamente aunque generan incomodidad dentro de ciertos ambientes ideológicos.

Para entender mejor de qué estamos hablando cuando hablamos de datos y sus interpretaciones traigo como ejemplo un estudio reciente (2015) publicado en la prestigiosa revista PNAS cuyas conclusiones son particularmente interesantes. Los autores sostienen que las diferencias documentadas de sexo/género en el cerebro a menudo se toman como apoyo de una visión sexualmente dimórfica de los cerebros humanos (“cerebro femenino” o “cerebro masculino”). Sin embargo, dicen, tal distinción sería posible sólo si las diferencias sexo/género en las características cerebrales fueran altamente dimórficas (es decir, poca superposición entre las formas de estas características en hombres y mujeres) e internamente consistentes (es decir, un cerebro sólo tiene características “masculinas” o sólo

características “femeninas”). En el estudio comparan resonancias magnéticas de más de 1.400 cerebros humanos que revelan una gran superposición entre las distribuciones de mujeres y hombres para toda la materia gris, materia blanca y conexiones evaluadas. Además, los análisis de consistencia interna revelan que cerebros con características que sean consistentes con uno de los extremos del continuo “masculinidad-feminidad” son raros. Por el contrario, la mayoría de los cerebros se componen de “mosaicos” de características únicas, donde algunos de estos patrones son más comunes en las mujeres, algunos más comunes en los hombres y algunos comunes por igual entre mujeres y hombres. Son datos morfológicos cuyos posibles correlatos funcionales son difíciles de visualizar pero sugieren algo bastante más rico y entrelazado que dos modos categóricamente diferentes de comportamiento entre los humanos. El tema está abierto en la comunidad académica que se ocupa del tema: esa visión coexiste con otras, igualmente sustentadas en datos empíricos, que sostienen la existencia de formas masculinas y femeninas en el cerebro y en el comportamiento. Como ocurre habitualmente en ciencia, nuevas investigaciones, nuevos métodos, nuevas teorías apoyarán una visión o la otra o generarán nuevas explicaciones y teorías que compatibilicen los datos que hasta ese momento parecían contradictorios.

El largo y sinuoso recorrido del artículo hasta este punto tal vez parezca caprichoso o confuso pero pretende poner en evidencia la densidad y profundidad de raíces de un tema que a menudo se discute desde trincheras ideológicas que invisibilizan su complejidad. En particular las visiones desde las ciencias sociales tienden a ignorar o desestimar los

---

factores biológicos que subyacen al comportamiento, sosteniendo la completa autonomía y autosuficiencia de las explicaciones sociales, culturales o antropológicas. En un lugar intermedio y más disputado están las explicaciones psicológicas dónde existen corrientes que sostienen la total autonomía de la psicología y aquellas que reconocen al cerebro como el órgano que sustenta y hace posible los fenómenos psíquicos y, por lo tanto, integran y asimilan el conocimiento proveniente desde las neurociencias. Este artículo fundamenta la necesidad de superar esas visiones parciales, segmentadas o exclusivistas, favoreciendo la búsqueda de explicaciones integradoras donde todos los factores mencionados se tengan en cuenta.

La diferente biología entre varones y mujeres, el rol diferente en la reproducción y, por lo tanto, en los orígenes de la organización familiar y social, los probables diferentes sesgos cognitivos y emocionales (tal vez

producto de presiones selectivas diferenciales), la historia cultural que se entrelaza de diferentes maneras con esos otros elementos, hacen extremadamente difícil aislar los factores y establecer sus pesos relativos en modelos comprensivos que expliquen los diferentes comportamientos de varones y mujeres. No obstante esas dificultades (o justamente por ello) debería alentarse el estudio científico del tema, preferiblemente con aproximaciones y métodos multi e interdisciplinarios serios. Tales investigaciones van a sustentar la reflexión dentro de los distintos campos disciplinarios, van a alimentar el debate público y, eventualmente, informar las tomas de decisión respecto a aquellas medidas que tengan que ver con sexo, sexualidad y género. Tal prudencia y responsabilidad es imprescindible debido a las múltiples derivaciones y posibles fuertes impactos en aspectos diversos y sustantivos de la vida de los individuos, en las relaciones sociales y en la cultura de tales decisiones.



---

## Reduccionismo y psiquiatría

En la presente nota pretendemos hacer un breve análisis de un problema de particular importancia en nuestra disciplina como es el del reduccionismo. El mismo nunca deja de tener actualidad en la psiquiatría, y quizás hoy día la tenga de una manera particular. Al mismo tiempo queremos presentar alguno de los temas que tratamos como parte del trabajo que llevamos adelante en el capítulo de filosofía y epistemología en psiquiatría. Para esta ocasión, en buena medida nos sustentamos en el artículo “Reducción y reduccionismo. Una polémica en psiquiatría” de E. Baca Baldomero. En la introducción se menciona cómo “el pluralismo de paradigmas que domina a la psiquiatría contemporánea se ha movido históricamente en el ámbito de la polémica entre reduccionismo y no-reduccionismo”.

El problema de la reducción y el del reduccionismo están implícitos en las raíces metodológicas y filosóficas de los métodos del conocimiento y en particular en la ciencia, y a menudo también aparecen en referencias explícitas en discusiones y debates conceptuales. En nuestra disciplina observamos que surgen posiciones que refieren a “reduccionismos” en la psiquiatría, que suelen tener un carácter crítico. Es necesario detenerse en estos conceptos puesto que su consideración es de particular importancia en nuestra disciplina ¿Por qué?

Antes que nada comencemos por mencionar una definición sencilla de reducción.

Reducir sería expresar los hechos u objetos de determinada naturaleza traducidos en términos de hechos u objetos de naturaleza diferente. En esta definición inicial de reducción, en lugar de “naturaleza” podría

usarse el término “tipo”, “categoría” o “nivel de organización”. El ejemplo más paradigmático y a la vez el más problemático y de mayor actualidad propio de nuestra disciplina sería el de la reducción de los fenómenos de naturaleza mental o psíquica en términos de fenómenos biológicos. Ante esta idea podría rápidamente surgir una contestación; los fenómenos mentales y los biológicos no son de naturaleza diferente puesto que en verdad los fenómenos mentales son también fenómenos biológicos. Independientemente de la “verdad” implícita en esta última aseveración la operación conceptual en cuestión ilustra lo que llamamos reducción. Una definición más genérica de reducción sería la siguiente: proceso de búsqueda de estructuras elementales en estructuras complejas (Baca Baldomero). Con estas definiciones de reducción, podríamos decir que el término reduccionismo se refiere al empleo sistemático o generalizado de la reducción como método en algún campo del conocimiento.

Ahora sí, luego de esta introducción podemos preguntarnos por qué el reduccionismo resulta particularmente problemático en la psiquiatría. Baca Baldomero menciona los siguientes puntos:

1. La enfermedad mental propicia preguntas radicales sobre el ser humano y su naturaleza. Este tipo de consideraciones por su carácter global y casi de por sí “filosófico” implican un “holismo” que hace dificultoso cualquier reduccionismo.
2. Existe una pluralidad de paradigmas que determina que ninguna de las posiciones enfrentadas tenga suficiente potencia explicativa como para oponerse a las aportaciones competidoras de manera

- satisfactoria. Dicho de otra manera: el reduccionismo (o los reduccionismos) no han sido de hecho lo suficientemente poderosos (en su poder de explicación) como para ocupar el rol primordial incuestionable que ocupan en otras disciplinas.
3. La psiquiatría implica un salto cualitativo en el grado de complejidad (con respecto a la biología), que independientemente de qué tan "superable" pueda resultar en el campo de las explicaciones evidentemente implica una dificultad como mínimo en su aplicación.
  4. La clínica plantea una situación en la que la introducción de cualquier práctica reduccionista abocaría inevitablemente a la escotomización del problema. La clínica general es, por definición, esencialmente totalizadora y una visión parcial mutila la realidad a aprehender. En el caso concreto de la clínica psiquiátrica este riesgo se acrecienta. En consecuencia ésta aparece como un campo de especial sensibilidad a las consecuencias de cualquier postura reduccionista.

A estas puntualizaciones de carácter general e intrínseco le podemos agregar un aspecto de carácter coyuntural: el rol que ha tomado el reduccionismo biológico entre los paradigmas "competidores" en el panorama de multiplicidad o complejidad actual en la psiquiatría. En palabras de Juan Carlos Stagnaro: "El análisis específico del campo de la psiquiatría, dentro de las especialidades médicas a las cuales pertenece, nos permite verificar que el reduccionismo biomédico penetró con fuerza, a lo largo de las últimas tres décadas, en el ámbito de la medicina mental".

## REDUCCIONES Y REDUCCIONISMOS

Existen diferentes formas de reducciones y distintos tipos de reduccionismos. Se diferencia la reducción de un objeto material (un estado más desarrollado está contenido en un estado menos desarrollado) de la de un objeto ideal (lo fundamentado está contenido en su fundamento). Esta última busca el paso de lo que es una idea a su fundamento y supone siempre una profundización en los fundamentos mismos de las ideas que se reducen. En cambio la primera, la reducción material (la realizada con objetos reales) supone el riesgo de simplificación (Baca Baldomero). En esta nota nos interesaremos más bien por ésta.

Baca Baldomero cita al filósofo de la ciencia Ernest Nagel que distingue:

- Reducción semántica: proceso por el cual un enunciado se reduce a otro.
- Reducción metodológica: reduce un enunciado empíricamente demostrado a otro enunciado de un campo científico distinto, en base a las conexiones lógicas entre determinados enunciados de ciencias distintas.
- Reducción ontológica: es, simplemente, la reducción de un objeto a otro. Un buen ejemplo lo constituye aquella afirmación que decíamos al inicio: los fenómenos mentales son fenómenos biológicos.

Baca Baldomero sostiene que, mientras la reducción semántica puede resultar creadora de confusión, la reducción metodológica es estratégica (y, agregamos, es útil en el avance del campo del conocimiento). Por último, la reducción ontológica, que es sustancial y

---

por tanto radical, produce un reduccionismo altamente discutible.

Pero, ¿cuáles son los problemas concretos que se pueden producir en la operación de reducción? En el artículo de Baca Baldomero se señalan distintos problemas de los que mencionaremos los más importantes. Vale la pena para su consideración tener en mente como modelo aquellas operaciones por las cuales se hacen reducciones sucesivas: de lo psicológico a lo fisiológico, a lo químico, a lo físico, a lo matemático.

### **LOS PROBLEMAS DE LA REDUCCIÓN. LOS RIESGOS DEL REDUCCIONISMO**

En primer lugar se señala un problema general: en cada paso de reducción se incluyen algunos elementos del objeto a reducir y se descartan otros; luego en el siguiente paso los elementos descartados antes nunca más vuelven a ser considerados. De tal manera, la reducción de psicología a fisiología por ejemplo (y así también en las sucesivas reducciones mencionadas) supone que la posibilidad de analizar lo fundamental y lo accesorio o accidental de la psicología no podrá hacerse nunca desde el nuevo nivel fisiológico en que ya, y por definición, estos aspectos particulares de la psicología han sido desechados a priori. Por este motivo entre otros, “el reduccionismo, incluido el metodológico, ha de actuar planteando probablemente un sistema de aproximaciones sucesivas basado en el principio general del “como si” (as if). Dicho de otra forma, todo reduccionismo, aunque en principio sea estratégico, ha de atemperar sus condiciones buscando vías de similitud y aceptando que dichas vías de similitud no será nunca vías de identidad. Pero este “truco” ha de que-

dar claro en el momento del análisis de los resultados obtenidos en las investigaciones. Ser similar no es ser igual; por lo tanto, el plano de la complejidad de los hechos y fenómenos reducidos y la imposibilidad ontológica de dicha reducción deben quedar salvaguardados”.

El tipo de reduccionismo que estamos considerando, el que sustenta la aplicación de la ciencia natural al problema de lo mental, afronta otro problema. Las teorías que se derivan de la aplicación del reduccionismo, para ser plausibles en su pretensión explicativa han de responder dos preguntas básicas: cómo funciona y cómo se generó. Muchas veces contamos con teorías que son afirmadas de manera categórica y que están sin embargo sustentadas, en el mejor de los casos, en cierto nivel de correlación de fenómenos. Pero estas correlaciones, si bien son necesarias para el planteo de la teoría reductora en cuestión, no son suficientes. Baca Baldomero da un ejemplo, aludiendo a Nagel que sostiene que para poder reducir una teoría T1 a otra teoría T son necesarias leyes inter-medias (llamadas leyes-puente) que puedan permitir la correlación entre T y T1. Aclara Baca Baldomero con el ejemplo: “no basta con establecer relaciones probabilísticas entre los términos “físicos”, (...) y los términos “mentales” (por ejemplo: con una probabilidad mayor de A todo cuadro depresivo presenta una disminución de la serotonina biodisponible en el espacio ínter-sináptico) sino que es necesario establecer leyes-puente que estén clara y definidamente formuladas y sean válidas para T y para T1 (serían algo así como saber por qué y cómo la disminución de la biodisponibilidad del neurotransmisor produce un estado de ánimo depresivo). Pero la realidad es que no

---

tenemos una teoría de lo mental que pueda ser reducida a una teoría de lo neurofisiológico. Nos falta T y también T1 para que las condiciones de la reducción nageliana se hagan simplemente posibles”.

Pero estos, que junto con otros constituyen problemas de índole más bien metodológica o epistemológica, quizás resultan menos sobresalientes que una consideración de orden sobre todo filosófico. Y es el problema del sentido, la aplicabilidad o utilidad (y más aún, la posibilidad) del intento reduccionista en relación con la distancia de los fenómenos implicados. Distancia en el sentido de proximidad o alejamiento entre niveles de organización que integran las distintas capas de la realidad. ¿Tiene sentido intentar explicar un acontecimiento histórico o social en términos de sumatorias de sucesos a nivel de los individuos? ¿Y en términos de sucesos moleculares? ¿Es posible explicar el amor o el odio en términos biológicos, químicos o atómicos? Es probable que frente a preguntas de este tipo se pueda pensar muy distinto y lo que para algunos pueda ser un “ejemplo por el ridículo” para otros sea en cambio una empresa de gran mérito. ¿Cuáles de estos “saltos” son posibles de recorrer o desandar, y cuales son distancias imposibles?

En el artículo de Baca Baldomero se alude a lo que dice el etólogo William Thorpe: “podría pensarse que las leyes fisicoquímicas serían de utilidad para entender determinados niveles de dicho proceso global. Para ver si esto es posible Thorpe se plantea tres preguntas escalonadas: a) en qué casos se podría considerar razonablemente la validez de la aplicación inmediata de las leyes fisicoquímicas a los procesos biológicos; b) en qué casos esta aplicación

es razonablemente dudosa, c) en qué casos esta aplicación es imposible de concebir. Se infiere que para Thorpe está claro que áreas muy extensas de la biología admiten el reduccionismo fisicoquímico. El problema comienza si se pretende asumir funciones más complejas a partir de los datos que pueden ser entendidos desde el reduccionismo fisicoquímico. Aquí la segunda posibilidad de Thorpe puede ser de aplicación. Pero la tercera posibilidad, y con ella el límite neto de la aplicabilidad de la reducción, se estrella ante la realidad del funcionamiento del SNC del hombre. Fenómenos como la conciencia y la conciencia de sí, la identidad y el lenguaje aparecen lejanos a cualquier reduccionismo físico-químico, por complejo que éste se presente. Pero también es inaplicable, por las mismas razones, cualquier reduccionismo biológico”.

En este momento cobra importancia la noción implícita en el pensamiento llamado emergentista, que sostiene que en la organización de niveles jerárquicos de las capas de la realidad surgen niveles de organización que, en su constitución dependen de las estructuras inferiores, pero que en su organización generan nuevas propiedades y relaciones de elementos, que no son analizables en los niveles inferiores. En el artículo de Baca Baldomero se señala que “los emergentistas defienden que cada nivel de complejidad creciente que se desarrolla evolutivamente es emergente en relación al anterior o precedente nivel. Cada nivel presenta en relación al anterior una cualidad que no puede encontrarse ni aun de manera incipiente o latente, en el nivel inferior o precedente. La emergencia supone al mismo tiempo “procedencia de” y “superación de” en relación al nivel anterior

---

e inferior". Estas propiedades emergentes que aparecen en los niveles más elevados cuestionan indudablemente al reduccionismo. "Las propiedades emergentes son irreducibles a los fenómenos y hechos del nivel inferior del cual emergen y asimismo son impredecibles desde ese nivel más bajo" (Baca Baldomero).

Vale la pena llegado a este punto citar a Steven Pinker en el siguiente párrafo, dada la claridad y elocuencia que tiene, a riesgo de simplificar, a la hora de sintetizar algunos de los problemas y riesgos del reduccionismo: "El reduccionismo, como el colesterol, puede ser bueno o malo. El malo, llamado también «reduccionismo ambicioso» o «reduccionismo destructivo», consiste en intentar explicar un fenómeno desde el punto de vista de sus constituyentes más pequeños o más simples. El reduccionismo destructivo no es ningún hombre de paja. Conozco a varios científicos que creen (o al menos eso cuentan a las entidades que les financian) que con el estudio de la biofísica de las membranas neuronales o de la estructura molecular de la sinapsis se harían grandes avances en la educación, la resolución de conflictos y otros asuntos sociales. Pero el reduccionismo ambicioso está lejos de ser una opinión mayoritaria, y es fácil demostrar por qué es un error. Como ha señalado Hilary Putnam, ni siquiera el simple hecho de que una clavija cuadrada no encaje en un agujero redondo se puede explicar en términos de moléculas y átomos, sino sólo en un nivel superior de análisis, en el que intervienen la rigidez (sea lo que fuere lo que hace que la clavija sea rígida) y la geometría. Y si alguien pensaba realmente que la biología podía sustituir a la sociología, la literatura o la historia, ¿por qué parar ahí? También la

biología podría asentarse en la química, y la química en la física, con lo que uno se vería intentando explicar las causas de la Primera Guerra Mundial en términos de electrones y de quarks. Aun en el caso de que la Primera Guerra Mundial no consistiera más que en una cantidad inmensamente grande de quarks en un patrón inmensamente complicado de movimiento, no se aporta idea alguna con tal descripción".

## **LA NECESIDAD DE UN REDUCCIONISMO METODOLÓGICO**

Podría parecer que la presente nota pretende lisa y llanamente oponerse al reduccionismo. Sin embargo, aunque se quisiera, esto sería imposible. El reduccionismo como método es una necesidad insustituible de la ciencia. Baca Baldomero cita a Popper que dice: a) los científicos no tienen más remedio que ser Reduccionistas b) los científicos deben aceptar el reduccionismo como método. Pero Popper también dice: c) no hay buenos argumentos a favor del reduccionismo filosófico; por el contrario sí los hay contra el esencialismo (o sea el reduccionismo ontológico).

El reduccionismo metodológico es una necesidad pero debe tenerse presente cuales son los problemas que presenta que limitan, condicionan y relativizan sus resultados.

Estamos en una época en que se ha producido un avance explosivo de la biotecnología y es comprensible que esto aliente la investigación en todas las áreas involucradas del conocimiento. Pero debe mantenerse una cautela razonable que considere los problemas mencionados que atañen al reduccionismo. De no considerarse dichas condicionantes se puede muy fácilmente caer en excesos inter-

---

pretativos de los resultados de los estudios reduccionistas y muy fácilmente se puede generar un panorama en que la similitud se transforma en identidad, el dato parcial se generaliza, la correlación se sobrevalora y se transforma en explicación y la hipótesis en verdad.

Por último, además de lo mencionado debe siempre tenerse en cuenta que el reduccionismo intrínseco a la ciencia natural ocupa, en el mejor de los casos, un lugar parcial en el campo del saber psiquiátrico si consideramos la premisa de Jaspers, según la cual la psiquiatría se desenvuelve tanto como beneficiaria de las ciencias naturales y su enfoque explicativo así como de las ciencias humanas y su enfoque comprensivo. El tema es abordado por Baca Baldomero que sostiene: “es posible que tengamos que admitir para la psiquiatría una especie de doble vía que nos llevaría a tener que desarrollar “dos aproximaciones distintas igualmente bien fundamentadas”: Una de ellas sería una psiquiatría de razones y la otra una psiquiatría de causas. La primera sólo admite una aproximación correctamente fenomenológica, es decir una aproximación hermenéutica. La segunda nos conduce posiblemente a un necesario y sensato materialismo no reduccionista pero con dificultades de dar cumplida respuesta a todos los matices de la realidad clínica”.

Vale la pena finalizar la nota con el siguiente párrafo de Baca Baldomero, de carácter conclusivo y sintético: “El psiquiatra, por tanto, aun tomando conciencia de que se mueve en el campo de una ciencia no-restringida y que puede, en su faceta de investigador, actuar dentro de las ciencias limítrofes (la más relevante de las cuales es, sin duda, la neurociencia) no puede perder de vista que su competencia ha de estar dirigida a la doble función de hacer una psiquiatría de causas y una psiquiatría de razones (es decir moverse en la doble dimensión de la explicación y de la comprensión) pero, eso sí, imprescindiblemente dentro de un modelo que mantenga claro que la vida humana es fundamentalmente un relato estructurado como una narrativa, cuyo sentido no puede dejar de ser descifrado y cuya aprehensión hace problemático, por principio, cualquier intento de reducción y exige excluir de raíz todo reduccionismo”.

Referencias: La idea general y la mayoría de las referencias provienen de “Reducción y reduccionismo. Una polémica en psiquiatría”. De E. Baca Baldomero, Rev. Neuropsiquiatr. 72 (1-4), 2009 25. También hay referencias directas de Juan Carlos Stagnaro. “Estudio crítico de la crisis paradigmática actual en psiquiatría” Trabajo leído en las X jornadas de la Asociación de Psiquiatría de Córdoba, Argentina, 1996. También de Steven Pinker, “La tabla Rasa. La negación moderna de la naturaleza humana”, Ed. Paidós ibérica SA, Barcelona, y de Ernest Nagel, “La estructura de la ciencia”, Ed. Paidós ibérica SA, Barcelona.

**Ramiro Almada**

---

## Consideraciones sobre la violencia

El 16 de mayo el Sindicato Médico y la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay organizaron una actividad científica acerca de tal tema.

Los expositores fueron:

Soc. Rafael Paternain (Profesor e Investigador del Depto. de Sociología de la Fac. de Ciencias Sociales, UDELAR).

Dr. Federico Dajas (Psiquiatra, Investigador Emérito del Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable).

Dra. Sandra Romano (Prof. Directora de la Clínica Psiquiátrica de la Fac. de Medicina, Responsable del Programa de Violencia y Salud del MSP, 2005 a 2014).

Participaron también los Dres. Gustavo Grecco y Rafael Sibils, Presidentes de SMU y SPU respectivamente.

Cuando la agresividad inherente a los seres humanos -necesaria para vivir y obtener logros- se transforma en hechos destructivos y predomina la no consideración del otro, estamos frente a la violencia: comportamiento agresivo fuera del contexto y el control inhibitorio normales.

La actividad científica se centró en la violencia interpersonal, diferenciándola de la autoinfligida y la social, aunque las tres vertientes están en términos generales interrelacionadas.

Constituye un problema de salud pública: provoca muertes, lesiones y alteraciones funcionales a una parte relevante de la población,

y afecta la salud mental de los directamente implicados y de toda la comunidad. Se expresa en todos los ámbitos sociales y con diversas formas: física, psicológica sexual, privaciones, descuido, etc., y su impacto se replica a través de los medios de difusión. Deteriora la calidad de vida: tiene repercusiones individuales, familiares, sociales, legales, laborales e impone costos económicos a las comunidades.

Es asimismo un tema de interés médico, como se desprende de las exposiciones realizadas.

El Dr. Grecco comenzó refiriéndose a las alarmantes cifras de violencia hacia los médicos, aportando datos concretos acerca de las condiciones y formas en que los colegas sufrieron agresiones y dejando en claro que los registros seguramente no incluyen todos los casos. De hecho los médicos tenemos contacto con la violencia como ciudadanos (espectadores, víctimas), como profesionales que tratan sus consecuencias y deben definir acciones cuando la constatan, y también podemos recibirla durante el ejercicio de la profesión; todos estos ejes fueron abordados por los expositores.

El Soc. Paternain se refirió al fenómeno de la violencia desde una mirada a la que los médicos no estamos acostumbrados, habilitando al auditorio a pensar acerca de muchos de sus ejes y a considerar variables que con frecuencia dejamos de lado. Particularmente incursionó en algunos aspectos

---

de la relación entre medicina y violencia, y citó experiencias en las cuales dicha profesión puede aportar a prevenir actos agresivos.

El Dr. Dajas ahondó en investigaciones acerca de fenómenos neurobiológicos que se detectan en las personas violentas mediante estudios de última generación; particularmente se refirió a los portadores de trastornos antisociales de personalidad. Reflexionó a partir de tales datos acerca del impacto de dichas personas en diversas áreas sociales, así como sobre las dificultades que presenta su tratamiento.

La Dra. Romano se centró en el modelo ecológico de la comprensión de la violencia y aportó múltiples referencias para facilitar el abordaje de esta problemática desde la psiquiatría, la medicina y los servicios de salud. Su enfoque apeló a ampliar el ejercicio clínico para detectar y prevenir las consecuencias de la violencia en diversos ámbitos. Refirió que existe material y recursos para abordar el tema, pero que muchas de las raíces de su génesis no son tomadas en cuenta de modo habitual.

El Dr. Sibils se refirió a algunos aspectos de la relación entre psiquiatría y violencia, intentando delimitar el campo de la especialidad. Destacó que la atribución de cierta clase de violencia esencial a los pacientes psiquiátricos se origina en concepciones falsas, es estigmatizante, y agrega un sufrimiento injusto a esas personas y sus familias.

El público asistente aportó valiosos comentarios y preguntas que dieron lugar a una segunda participación de los expositores, permitiéndoles ampliar la riqueza de sus planteos.

Es imposible resumir en unas pocas líneas el valor del encuentro científico realizado, por lo que sugerimos remitirse al video en el link: <http://www.smu.org.uy/se-realizo-en-el-smu-actividad-sobre-violencia-en-conjunto-con-la-sociedad-de-psiquiatria/>

## Comisión Directiva



### Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

Montevideo - Uruguay | Teléfono: (598) 2401 4701\* int. 160 | Fax: (598) 2402 0172  
E-mail: [socpsiquiatria@spu.org.uy](mailto:socpsiquiatria@spu.org.uy) | Sitio web: <http://www.spu.org>

#### Comisión Directiva (2017-2019)

**Presidente**  
*Dr. Rafael Sibils.*  
**Vicepresidente**  
*Dr. Luis Villaiba*

**Secretario**  
*Dr. Ramiro Almada*  
**Tesorero**  
*Dr. Adrián Curbelo*