

¿Las Locuras se curan?

Silvia es una muchacha que estuvo internada en observación en una institución psiquiátrica con el diagnóstico de **esquizofrenia paranoide**.

Al decir de los médicos y personal auxiliar ella había **escuchado a Dios** quien le dijo que iba a tener un hijo.

Su actitud era **apática** y **no comunicativa**.

Esperaba ser trasladada a una **unidad de tratamiento e internación** mas **prolongada**.

Solicité verla y el encuentro se pautó para el día siguiente en el comedor.

Ella me recibió con una pregunta.

_ ¿Dra.? ¿Yo estoy **loca**?

_Yo no lo creo pero ¿porque me lo pregunta?

_Porque estoy aquí internada y **me dijeron que lo estaba**. ¿Acaso los que escuchan a Dios no están locos?

_ ¿UD. se cree loca?

_No Dra.

_**Porque no me cuenta que le estuvo pasando este último tiempo**.

Allí la **expresión** de Silvia **se transformó** y comenzó el siguiente relato:

Ella **vivía luchando** por el **amor** de sus **padres** que no **reparaban** en ella aun siendo una **estudiante brillante**.

El padre era **músico**. Ella comenzó a **practicar clarinete** en la escuela secundaria y **la habían incorporado** a la primera fila de clarinetes.

El **padre** tiene un **ataque de violencia** al enterarse y le dice que ella no va a formar parte de **ningún conjunto musical** y **rompe el clarinete en dos**.

Silvia sale de su casa y va a **buscar a un novio** que había tenido.

Este le dice que el **no quiere compromisos** y que lo que quiere es **salir con otras chicas**.

Vuelve a su casa, **toma algunas ropas** y se queda junto a la puerta **esperando que la vengan a buscar...**

Le pregunto si eran ropas para el bebé y me dice que **eran ropas de ella**.

Después de este **encuentro con Silvia** el **comentario** del **personal de la clínica** es que se la **observaba** francamente **mejor...**

Su **expresión** había **cambiado**, estaba **comunicativa**, no había tenido síntomas, tanto que **estaban revisando el diagnóstico y la derivación.**

Hasta aquí el relato clínico que solo tiene como objetivo abrir una serie de reflexiones que me hice sobre una cantidad de prácticas profesionales y las consabidas teorías científicas en las que éstas se sustentan.

Hay **enfermedades** dentro del campo de la **psicopatología** y la **psiquiatría** que se consideran **crónicas** y de **mala evolución** o **incurables** (**esquizofrenias, depresión mayor, bipolaridad**)

Así como **dentro del campo** de la **biología médica** hay otras que se consideran **letales** (**cáncer, infarto, hipertensión**).

El **Dr. Marcos Peluffo** en su trabajo **“La Metáfora Maligna”** dice que el **concepto de incurabilidad** se gesta **dentro** del cuerpo del **saber médico** y desde allí se traslada a la población **asistida.**

De este modo empiezan a operar en el **imaginario social** las **ideas de muerte y postración** asociadas a ciertas enfermedades, aprendidas en las **Universidades** y **desarrolladas** en las **sociedades médicas y profesionales.**

Es interesante ver que pasa en ciertas comunidades que se cierran a estos conocimientos y se apoyan en sus creencias ancestrales.

En el año **1978** en el **XII Congreso Internacional del Cáncer** que se realizó en nuestro país un equipo de **médicos japoneses** presentó **3 casos de personas con cáncer** en un **avanzadísimo** estado de **desarrollo** que por razones de **fe religiosa** o de **creencias psíquicas** se **opusieron** a los **tratamientos convencionales.**

En esos 3 pacientes los cánceres involucionaron.

Tomemos el caso del matemático **John Nash** el **Premio Nobel** que se hizo famoso por la **película “Una Mente Brillante”.**

Estamos ante una **esquizofrenia rehabilitada** a la que **muchos psiquiatras** no dudarían hoy en **darle** la **misma terapéutica** que recibió, con las consabidas **secuelas** físicas que le dejó.

No nos olvidemos tampoco que aún con la **medicación de última generación** que estaba recibiendo seguía teniendo sus **alucinaciones visuales**.

Lo nuevo, el cambio en este caso, fue que el aprendió a no **darles crédito a las mismas** y a no incluirlas dentro de una **elaboración delirante**.

Ustedes verán que estoy haciendo un **paralelismo** entre las **psicosis** y cuadros como el **cáncer**.

Yo me apoyo en mis desarrollos dentro de la mal llamada Medicina Psicosomática, en un **modelo teórico** de los **Dres. Bahnson y Bahnson**, quienes plantean **al cáncer y al infarto** como una **alternativa a la psicosis**.

Ellos dicen que **en estas enfermedades** existe una **regresión a niveles psicóticos de organización de la personalidad**.

Mientras que en enfermedades como **el asma, las alergias** y la **ulcera** los **niveles de regresión son neuróticos**.

Esto abre el **debate** sobre **como se estructuran las relaciones entre soma y psique** ya que en mi experiencia en cuadros como el **cáncer**, el **infarto** o la **hipertensión**, no se ha encontrado la presencia de una **psicosis activa en curso**.

Sin embargo lo que si puedo afirmar es que son enfermedades todas ellas que cursan por **“brotes”, “metástasis”, “re- “infartos”, “crisis”**

Me pregunto entonces:

¿Estas manifestaciones de una enfermedad, son la **historia natural de la enfermedad**, o es lo que **conocemos a partir de la intervención de un saber medico y profesional**, disociado del **saber que tienen las personas sobre que les está pasando, al** que me resisto a llamar **vulgar** para no desvalorizarlo y pasará a llamar **popular**?

Los brotes, metástasis, re-infartos y crisis **¿no nos están indicando que algo ha fracasado en nuestro abordaje** y en nuestro intento de **acompañar la vix-matriculae** o proceso de **autocuración** de una persona?

Porque lo que yo creo es que nuestra **responsabilidad ética** frente a un paciente que nos consulta es **acompañarlo** en su proceso de **autocuración** y no enseñarle un **tratado profesional** sea la profesión que sea la que lo esta abordando...

El paciente siempre tiene una **fantasía de curación** basada en su **saber** que debe ser **incluida** y en la cual debemos apoyarnos para **personalizar el tratamiento** de ese individuo que tenemos adelante nuestro y **no forzarlo a entrar en nuestras estadísticas**.

Leavell y Clark en **1965** introdujeron un esquema de **5 periodos** en el **desarrollo natural de las enfermedades** de los cuales yo me voy a detener en el último llamado **periodo de resolución**.

Ellos dicen que **en este periodo la enfermedad evoluciona hacia la curación con o sin secuelas, hacia la cronicidad o hacia la muerte**.

Estadísticas americanas apoyadas en la salud pública de los EE.UU. afirman que de las **enfermedades mentales** un **tercio evolucionan** hacia **la cronicación**, un **tercio se curan con tratamiento** y lo más importante es que **el otro tercio remiten** solas.

Están los que frente a estas afirmaciones alzan sus voces afirmando que se trata de un **mito**.

Yo humildemente me pregunto que es lo que hace que eso sea así.

La **Nueva Medicina** desarrollada por el Dr. Hammer quien ha tenido éxito en la curación del cáncer, sostiene que **todo lo que enferma cura**.

Me pregunto entonces

¿Cuales son los factores que hacen que una enfermedad deje secuelas o curse hacia la cronicación y la muerte en lugar de curar?

Con esta pregunta quiero dejar abierta la discusión

Como humilde respuesta a la misma voy a citar una frase del **Dr. Ramón Carrillo** quien con su agudeza a mi entender se adelanto a la **Interdisciplina**.

“No hay enfermos sino enfermedades porque el concepto del hombre, sus circunstancias, su entorno social y económico condicionan sin lugar a dudas su patología”

Lic. Rebeca Cohen
8/09/06

Este trabajo fue leído en la Jornada Anual Sobre Medicina Antropológica en la AMA.