



SISO/SAUDE, Nº 40- Verano 2004
Boletín da Asociación Galega de Saúde Mental
Congrega, S.L.
C/ Rosalía de Castro, 13. 1ª izda.
15004 A Coruña

Correo electrónico: congrega@agsm.es
<http://www.agsm.es>

Portada

Sin título
David Foschi

Diseño

M y M. A Coruña.
Tel. 659 81 85 69
Correo electrónico: montsepm2002@yahoo.es

Rodi Artes Gráficas. Rúa Seixalbo, 12. Orense
SISO/SAUDE: V.G. 10984. ISSN: 1130-1538

Presidente

L. Ferrer i Balsebre

Vicepresidente

G. Martínez Sande

Secretaría

F. Iglesias Gil de Bernabé

Vicesecretario

L. Vila Pillado

Tesoureiro

C. Castro Dono

Directora de Publicacións

Chus Gómez Rodríguez

Vocais

Sara Covadonga Granda Mariño

Ramón Area

Nuria García Gonzalo

Marina Albelda Martínez

Comité de Publicacións

Directora

Chus Gómez Rodríguez

Vocais

S. Lamas Crego

D. Simón Lorda

Fidel Vidal

Fe Lacruz Pardo

Yolanda Castro Casanova

Irene Esperon Rodríguez

Marisol Filgueira Bouza

Comisión de control e garantías

Antonio Rodríguez López †

Arturo Rey Rodríguez

Florentina Casado Bermúdez

Adolfo Bobadilla Pardos

Sección Psicoanálisis Aplicado

Coordinador

J.R. Eiras

Sección Infanto-Xuvenil

Coordinador

J. Mazaira

Sección de Rehabilitación

Coordinador

E. Paz Silva

Comisión de Docencia e Investigación

Coordinador

Alexandre García Caballero

Vocais

María Jesús Somoza Vazquez

Margarita Pena Puente

Lorenzo Sánchez Marcos

Javier Gonzalez Hermida

Comisión de Asistencia e Lexislación

Coordinador

J.M. García de la Villa Merchan

Vocais

Belén Martínez Alonso

Mª José Veiga Candan

Mª Teresa González Barba



Sumario

Editorial

Cambalache
Luis Ferrer i Balsebre

Originales y revisiones

7
9 Cambio semántico en los verbos de percepción y su
relación con la interpretación delirante, la percepción
delirante y la ocurrencia delirante
Area Carracedo, R., Vila Pillado L., García Caballero X.,
Recimil López MJ., García Lado I., Somoza Vázquez MJ.

21 Historias de Vida, personalidades peculiares y
decisiones que culminan en Alzheimer
Luis María Sánchez

49 Sofocos... ansiedad... malestar respiratorio
Santiago Agra Romero

59 Equipo de continuidad de cuidados na rede
de saúde mental. A experiencia da área de Lugo
Suárez Sueiro, M.J., Freije Castro, C., Vázquez, M.J., López Ares, S.

A propósito de..

71 El chiste y su relación con la salud mental
Javier Carreño Villada

75 Las artes de AHORA MISMO
Angel García

79 Qué queréis que os diga... hace treinta años
Santiago Lamas Crego



***Os eventos consuetudinarios que
acontecen na rúa***

- 93 Efectos psicológicos del encarcelamiento. Un acercamiento
al mundo carcelario
Francisco Moreno

Psicoanálisis aplicado

- 113 Clínica de la anorexia y de la bulimia
Manuel Fernández Blanco
- 135 Niños en psicoanálisis. El caso T
(una cura lacaniana)
Fe Lacruz
- 143 Nuevas aportaciones en psicoterapia
M^a Antonia de Miguel
- 153 Aproximación a la clínica de la anorexia
infantil: la psicopatología del rechazo
Ana de Aspe

Libros

- 169 Anuario de Psicología Jurídica 2003
Publicación del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
Antonio Domínguez Alvarez
- 171 Crimen y locura.
IV Jornadas de la Sección de Historia de la AEN
Javier Villada
- 175 El animal público
María Antonia Muñoz Mella
- 185 Fundamentos de psicopatología psicoanalítica
Ramón Area Carracedo, Luis Vila Pillado
- 187 Irredentas: sobre mujeres, niños y familias víctimas de las
cárceles franquistas
David Simón Lorda

193	La cara oculta de Salvador Dalí Chus Gómez
197	La hija del Ganges Ricard Arranz
199	La psicosis única: escritos escogidos Ramón Area Carracedo, Luis Vila Pillado
205	Las fronteras del enigma. Ensayo etiopatogénico sobre la anorexia nerviosa Ramón Area Carracedo, Luis Vila Pillado
207	Psicología del terrorismo (la personalidad del terrorista y la patología de sus víctimas) Antonio Domínguez Álvarez
209	Un libro necesario. Fundamentos de psicopatología psicoanalítica José R. Eiras
213	<i>Normas de publicación</i>



Editorial

Cambalache

Autor

Luis Ferrer i Balsebre
Presidente AGSM

Una vez más tenemos que hacernos eco de Crisis en el Medio. Parece que el siglo veintiuno sigue siendo el mismo Cambalache que cantó Enrique Santos Discépolo para el veinte, o aún peor si cabe. Cambios y crisis a los que adaptarnos a golpe de imagen y sobresalto: judíos de rodillas peinando campos en busca de pedazos humanos, palestinos barriendo escombros de casas y bebés, ayatolas linchando yanquis y yanquis sodomizando irakíes. Y los nuestros, nuestros muertos de tajo y sin razón.

Si algo está definiendo al recorrido andado en lo que llevamos de siglo es la violencia, y esta sabemos que es la sombra del miedo tanto como sabemos que el miedo, lo es de la angustia. Hechos, sentimientos y emociones que nos competen como profesionales de la conducta y frente a los cuales se nos obliga a dar una respuesta que no puede ser más que puntual y sintomática, porque el origen y comprensión de tanta “locura” es de un nivel superior -un nivel de clase y no de miembro- sobre el que únicamente se puede intervenir desde un nivel político o cultural. Esperamos que los vientos de cambio tranquilo nacidos dentro de tanta intranquilidad, sean propicios para nuevas fórmulas de convivencia que no puedan excusar tamaños desastres.

Mientras tanto, nuestros contenciosos domésticos siguen su curso y su discurso. Estamos adaptando nuestra Asociación a nuevos requisitos y nuestros requisitos a nuevas ordenanzas que a veces no son del todo claras, equitativas o razonables. Lo hacemos con firmeza, perseverancia y participación pero tristes, muy tristes. Nos duele Madrid y nos duele el Cambalache que no cesa.

Originales y revisiones

Cambio semántico en los verbos de percepción y su relación con la interpretación delirante, la percepción delirante y la ocurrencia delirante

Autores

Area Carracedo, R., Vila Pillado L., García Caballero X., Recimil López MJ., García Lado I., Somoza Vázquez MJ.

Introducción

Como en otros síntomas, la interpretación delirante, la percepción delirante y la ocurrencia delirante han recibido la consideración de primarios o secundarios a la psicosis. En un trabajo anterior sobre la paranoia celotípica, habíamos mantenido para la interpretación delirante la segunda de las opciones, es decir, que el delirio, establecido como certeza desde el inicio, avanza hacia la futuridad en forma de interpretaciones delirantes sucesivas.

Para argumentar tal posicionamiento, recurriremos a conceptos de la lingüística cognitiva, específicamente lo que se ha dado en llamar el proceso de gramaticalización.

No opinamos lo mismo al respecto de síntomas más estrechamente vinculados a la esquizofrenia desde un punto de vista histórico. Para argumentar tal posicionamiento, recurriremos a conceptos de la lingüística cognitiva, específicamente lo que se ha dado en llamar el proceso de gramaticalización.

Saussure consideraba, de todos es conocido, que el signo lingüístico era esencialmente arbitrario. Desde las teorías señaladas, autores como Sweester contradicen tal postulado. No dudan que un determinado signo, por ejemplo *ver*, sea arbitrario, (designar el significado de ver con la palabra *ver*), pero sin embargo esta arbitrariedad es abandonada cuando desde tal signo se puedan derivar de su significado básico otros como entender (1) o aprobar (2).

Ahora lo veo claro.

No veo conveniente un cambio en el momento actual.

Estos usos diferentes de ver ejemplifican un tipo de polisemia que parece demostrar que las palabras no adquieren nuevos significados por un proceso caótico, sino que este cambio de significado se realiza a través de principios cognitivos determinables, esencialmente, como veremos, la metáfora y la metonimia.

Metáfora y metonimia

Siguiendo a Lakoff y Johnson, la estructura interna de la metáfora se articula a partir de un dominio de origen que proyecta sus significados a un dominio de destino.

Un dominio cognitivo es una representación mental acerca de la forma en la que el mundo se organiza, incidiendo en una semántica de características enciclopédicas y no de características de diccionario.

La palabra “martes”, por ejemplo, precisa para comprender su significado el dominio del tiempo y un ciclo de siete días, es decir, los conceptos precisan para su significación otros ámbitos de conocimiento más generales, de tal forma que es imposible desvincular la semántica (lo denotativo) del funcionamiento del mundo (lo connotativo).

Los conceptos precisan para su significación otros ámbitos de conocimiento más generales, de tal forma que es imposible desvincular la semántica del funcionamiento del mundo.

Una metáfora, consiste en una serie de proyecciones desde un dominio de origen a un dominio de destino, y éstas proyecciones pueden dividirse en dos tipos:

-Correspondencias ontológicas: vinculan subestructuras entre los dos dominios.

Ej. En la metáfora: *Las ideas son alimentos*, tendríamos:

La persona que come los alimentos se corresponde con la persona que acepta la idea.

Cocinar el alimento se corresponde con engendrar la idea.

Digerir el alimento se corresponde con aceptar la idea.

-Correspondencias epistémicas: No conectan subestructuras entre los dos dominios, sino que representan el conocimiento que se importa desde el dominio de destino.

Ej. Dominio de origen: los alimentos sustentan el cuerpo.

Dominio de destino: las ideas sustentan la mente.

En estas correspondencias epistémicas es donde está el nudo del problema, al entrar en juego las denominadas imágenes esquemáticas. Éstas se definen como una subclase de imágenes conceptuales que surgen de experiencias perceptuales y motoras recurrentes. La hipótesis que se plantea es que, a partir de la interacción corporal que se tiene con el entorno, se pueden abstraer ciertas pautas que luego subyacen a nuestro sistema conceptual. Podrías existir varias docenas de imágenes esquemáticas: parte/todo, equilibrio, contacto, contenedor...

En el ejemplo alimentos/ideas, posiblemente se puedan hallar una serie de derivaciones que terminen en caer/sostener: la muerte física como caída, el alimento como sostén...

Lo verdaderamente importante de las imágenes esquemáticas es que son las que permiten y/o constriñen las proyecciones de un dominio a otro, manifestado por el propio Lakoff como la Hipótesis de la invariabilidad: la proyección metafórica se realiza conservando las imágenes esquemáticas entre los dominios.

La hipótesis que se plantea es que, a partir de la interacción corporal que se tiene con el entorno, se pueden abstraer ciertas pautas que luego subyacen a nuestro sistema conceptual.

Ej. *Mi trabajo es un callejón sin salida.*

Ambos dominios, origen (calles) y destino (trabajos), son compatibles con esquemas de trayectorias y barreras.

Hay elementos del dominio de origen que no se proyectan nunca al dominio de destino, ya que, si así sucediera, lo que tendríamos sería una tautología y no una metáfora. Una manera de expresar lo que sucede es que determinados componentes del dominio de origen se atenúan, mientras que otros se acentúan o se resaltan.

Un ejemplo clásico de esta situación es el del estudio de la red conceptual de ir+a+infinitivo. A esta construcción gramatical, le subyace un esquema de trayectorias:

- un origen.
- un destino.
- un trayecto.
- un viajero.

Y dos nociones:

- futuro (el destino se alcanza en el futuro).
- intencionalidad (alguien se pone en movimiento).

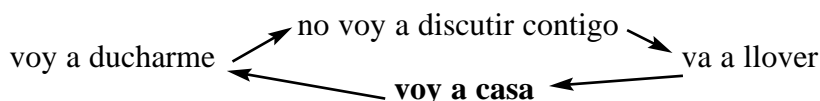
Ejemplo prototípico de ir+a+infinitivo: *voy a casa*.

Acentuación de futuridad, atenuación de lugar e intencionalidad: *va a llover*.

Acentuación de futuridad e intencionalidad, atenuación de lugar: *voy a ducharme*.

Acentuación de intencionalidad, atenuación de futuridad y lugar: *no voy a discutir contigo*.

Esto, formaría una red como las conocidas y empleadas en la categorización prototípica:



La metonimia, puede definirse cognitivamente como un tipo de referencia indirecta por la que se alude a una entidad implícita a través de una explícita. Lo implícito, en terminología de Langacker, se denomina zona activa y lo explícito, zona de referencia. Este proceso, sucede dentro de un mismo dominio (a diferencia de la metáfora).

Ej. *Suena el teléfono*. Metonimia del tipo, el todo por la parte, ya que lo que suena, evidentemente, es el timbre.

Zona activa: el timbre. Punto de referencia: el teléfono.

La metonimia, puede definirse cognitivamente como un tipo de referencia indirecta por la que se alude a una entidad implícita a través de una explícita.

Las relaciones entre metáfora y metonimia son problemáticas. En numerosas ocasiones, el calificar un proceso como metáfora o metonimia, depende de si se observa el cambio semántico de una forma global o secuencial. Considerado globalmente, se observa un origen y un resultado, por lo que se constata un cambio de dominio (metáfora). Considerado secuencialmente, el cambio se observa en sus diferentes etapas, que se desarrollan por contigüidad (metonimia).

La gramaticalización

Se considera a Meillet (1912) como el fundador de los estudios modernos sobre la gramaticalización, quien introdujo el término para hacer referencia a uno de los procesos de creación de formas

gramaticales junto con la analogía.

La analogía define la tendencia a modificar algunas formas de un paradigma a fin de regularizarlo y se basa en la capacidad humana de percibir semejanzas y diferencias (ej. formación de femeninos en -a, a partir de sustantivos que tan sólo tenían forma masculina). La gramaticalización es un proceso mediante el cual un elemento léxico asume una función gramatical, o una estructura gramatical, se gramaticaliza todavía más.

Ej. la conversión del demostrativo del latín ille-illa-illud eb el artículo románico él-ella.

La gramaticalización, para la lingüística cognitiva, no es azarosa, y así, Bybee propone tres estadios básicos desde lo léxico hasta lo gramatical, considerando seis aspectos, de los cuales, dos, son de especial interés, reanálisis y blanqueo.

El término reanálisis incide en el cambio categorial (ej. de sustantivo a preposición en el cambio desde *pesar* a *a pesar de que*). El término blanqueo incide en el debilitamiento de significado (de una forma semánticamente plena a otra reducida o vacía).

La idea básica es que existe una tendencia a interiorizar progresivamente el significado de ciertos elementos, tendencia que se puede subdividir en tres componentes.

Este último aspecto, el blanqueo, es más controvertido. Algunos autores como Sweester o Traugott señalan que lo que se produce en realidad es una pragmatización del significado y no un debilitamiento del significado. Esto es lo que constituye la hipótesis de la subjetivación, una de las que trata de explicar las motivaciones para la gramaticalización.

Antes de entrar en ella, nos gustaría señalar un punto en el que la teoría lacaniana difiere de los postulados de Freud. Freud, en el análisis del lapsus, interpreta el lenguaje desde la analogía, Lacan lo hace desde el reanálisis.

La hipótesis de la subjetivación sostiene que el emisor es el origen del cambio lingüístico, al subjetivizar progresivamente el significado. La idea básica es que existe una tendencia a interiorizar progresivamente el significado de ciertos elementos, tendencia que se puede subdividir en tres componentes:

1. Evolución desde significados basados en la situación externa a significados basados en la situación evaluativa, perceptiva y cognitiva.

2. Evolución desde la situación externa a la situación textual.

3. Tendencia de los significados a situarse progresivamente en el estado creencia-actitud del hablante respecto a la situación (de la objetividad a la subjetividad).

Ej. Praeferre (lat.): llevar hacia delante::: Preferir (esp.).

Post (lat.): después::: Pues (esp. en *pues no sé de qué te quejas*).

Estas tendencias permiten un acercamiento al problema de las interjecciones impropias (Dios mío, anda, hombre...) en las que al significado literal se le impone un significado pragmático de carácter expresivo o conativo. Determinados contenidos alucinatorios, toman esta forma, en las que el paciente parece perderse entre el significado literal y el pragmático. No entraremos en detalle, puesto que no es el objetivo del presente artículo.

Sin embargo, sí parece fundamental el proceso de reanálisis sobre todo en su tendencia a la ambigüedad y la subjetividad discursiva. Para adentrarnos en estos aspectos, trataremos el proceso del cambio semántico en los verbos de percepción.

Cambio semántico en los verbos de percepción

El papel de la metáfora y la metonimia en los procesos de gramaticalización han sido explicitados por Heine (1991), argumentando que se trata de recursos empleados para resolver problemas cognitivos. La metáfora contribuye a solventar problemas de representación mientras que la metonimia tiene la función de manifestar las intenciones del hablante. El perjuicio o la autorreferencialidad pueden ser abordados como actitudes del hablante a partir de partes metonímicas de su discurso.

La metáfora contribuye a solventar problemas de representación mientras que la metonimia tiene la función de manifestar las intenciones del hablante.

Sweester, Heine o Bybee defienden la idea de que lo que se produce en la gramaticalización es un aumento de los niveles de abstracción a través de procedimientos metafóricos. Un ejemplo es el del empleo de sustantivos que designan partes del cuerpo formando parte de expresiones que sirven para una función localizadora: *en frente de, a sus espaldas, a pie de página, de cara a ti...*

Ejemplos como éste, como veremos más adelante, podrían ayudar a comprender lo que sucede en determinados síntomas psicóticos

como la interpretación delirante, la ocurrencia delirante o la percepción delirante.

Sweester es el autor que ha tratado el cambio semántico de los verbos de percepción física o verbos de percepción intelectual, a través de la metáfora: *La mente como un cuerpo*. Quizás sea el momento de señalar que paradigmas actuales, como el de la Teoría de la mente, hacen justamente mención a esta metáfora, ni más ni menos.

Las dos preguntas fundamentales para el estudio de algunos fenómenos psicóticos son dos:

¿Existe alguna relación en este proceso con la sensación de pertenencia?.

¿Existe un cambio de elementos que se ponen en relación?.

La pregunta (2) tiene una fácil respuesta. Como señala Langacker, los verbos (procesos de acuerdo con su terminología) tienen la función de poner en relación elementos, fundamentalmente sustantivos. Si hay un cambio de dominio, hay un cambio de elementos y las metáforas implican un dominio de origen (la percepción) y un dominio de destino (la intelección). Por lo tanto, a través de la metáfora *La mente como un cuerpo*, se ponen en relación elementos mentales a través de verbos originariamente físicos.

Quizás sea el momento de señalar que paradigmas actuales, como el de la Teoría de la mente, hacen justamente mención a esta metáfora, ni más ni menos.

Se podría proponer el siguiente aforismo: el la esquizofrenia, la mente es realmente un cuerpo. Y esto es lo que opinan muchas personas, no necesariamente psicóticas.

Para responder a la pregunta (1), analizaremos el cambio semántico del verbo de percepción ver.

(a) *Veo un coche amarillo.* vs. (b) *Lo veo claro.*

Para (a), el sujeto identifica un perfil en un dominio, en este caso, un coche amarillo en el campo perceptivo. La situación es diferente en (b), en la que el dominio no es solamente el campo visual, sino que involucra un proceso de activación de los dominios necesarios para realizar un acto de significado. De manera similar al ejemplo de la construcción ir+a+infinitivo, en donde las nociones lugar, futuridad, intencionalidad permitían el estudio de su red conceptual

(ver más atrás), en este proceso hay un cambio en la atenuación/relevancia de la intencionalidad. Esto no es más que la definición de conciencia como intencional que realiza la fenomenología, o lo mismo que muchas de las opiniones de diferentes autores al respecto de las diferencias entre percibir y conocer.

Existe una pasividad del percibir frente a una intencionalidad del conocer. Además, en (a) se hace referencia a un objeto, mientras que en (b) la referencia incide en el sujeto, tal y como señalábamos que ocurría en los procesos de gramaticalización (tendencia 1: situación externa a situación evaluativa y cognitiva. tendencia 2: de la objetividad a la subjetividad).

Las diferencias entre percepción delirante, ocurrencia delirante e interpretación delirante, distan mucho de ser claras.

En la percepción delirante, se atribuye a una percepción real un significado anómalo.

En la ocurrencia delirante, lo característico, es la intensa convicción de veracidad en lo que ha ocurrido, por absurdo que aparezca ante un tercero.

En la interpretación delirante, hay una interpretación aberrante de hechos externos, percepciones, ideas propias, sensaciones... a las que el paciente dota de una significación especial y autorreferencial.

En una interpretación delirante se aplica un dominio persecutorio, el de la trama delirante, tras utilizar un verbo de percepción como verbo de actos mentales.

También han sido problemáticos los intentos por definirlos como primarios o secundarios, o como característicos de la paranoia (interpretación delirante) o de la esquizofrenia (percepción delirante y ocurrencia delirante –ésta última, no para K. Schneider). Desde el paradigma del cambio semántico de los verbos de percepción, la explicación a estas tres alteraciones psicopatológicas, sería la que sigue.

En una interpretación delirante se aplica un dominio persecutorio, el de la trama delirante, tras utilizar un verbo de percepción como verbo de actos mentales.

En una percepción delirante, también se utiliza un verbo de percepción como verbo de actos mentales, pero es el objeto el que marca el matiz persecutorio, no hay una superposición del

dominio y esto sea posiblemente la causa de la sensación de incomprendibilidad y su histórica vinculación con la esquizofrenia, frente a la interpretación delirante, tradicionalmente relacionada con la paranoia.

En una ocurrencia delirante, un verbo de actos mentales, se emplea como verbo de percepción.

El esquema sería como sigue:

Yo veo (mental → perceptivo).....algo (perceptivo).
dominio persecutorio: interpretación.
objeto persecutorio: percepción.

Yo veo (perceptivo → mental).....algo (perceptivo).
ocurrencia.

Echaremos mano de un ejemplo (tranquilos), para ser más claros:

Veo claros	tus pensamientos
Mental → Perceptivo	Mental → Perceptivo
<i>“Los pensamientos se pueden transmitir”</i>	

Veo	un coche amarillo
Mental → Perceptivo	Mental → Perceptivo

Dominio persecutorio: <i>“Que me persigue”</i>
Objeto persecutorio: <i>“Que son los coches de la CIA”</i>

De forma parecida, se podrían estudiar otros verbos de percepción con sus correspondientes metáforas.

Oir/Escuchar

Oigo el ruido de la calle.
Esa cara me suena.
Hay que saber escuchar.
Escucha analítica.

Oler

Huele a huevos podridos.

Me huele que hay gato encerrado.
Me huelo lo peor.

Tocar

El tocó suavemente la silla.
Toqué fondo.
Me tocó los huevos
(Y una más, para no terminar con algo malsonante):
Me tocó en el alma.

Bibliografía

- Introducción a la lingüística cognitiva. M.P. Cuenca, J. Hilferty. Ariel, 1999.
- Foundations of cognitive grammar, Vo.I: Theoretical prerequisites. R.W. Langacker. Stanford University Press, 1987.
- Mappings in thought and language. G. Fauconnier. Cambridge University Press, 1997.
- Grammaticalization: a conceptual framework. B. Heine. University of Chicago Press, 1991.
- Metáforas de la vida cotidiana. G. Lakoff, M. Johnson. Cátedra, 1986.
- From ethymology to pragmatics: metaphorical and cultural aspects of semantic structure. Cambridge University Press, 1990.
- Manual de semántica histórica. L.M. Santos, R.M. Espinosa. Síntesis, 1996.
- Fundamentos de psicopatología psicoanalítica. J.M. Alvarez, R. Esteban, F. Sauvagnat. Síntesis, 2004.
- Introducción a la psicopatología general. Ch. Scharfetter. Morata, 1998.

-Psicopatología clínica. K. Schneider. Fundación Archivos de Neurobiología, 1997.

-Psicopatología general. K. Jaspers. Fondo de Cultura Económica, 1993.

-Curso de lingüística general. F. de Saussure. Losada, 1945.

Historias de vida, personalidades peculiares y decisiones que culminan en Alzheimer

Peculiar personalities, life histories and decisions that have an Alzheimer's conclusion

Autor

Luis María Sánchez • Facultad de Ciencias de la Salud, Metodología de la Investigación, Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina. Dirección : 8 de junio 600 (3260) Concepción del Uruguay, Entre Ríos, email: stopalzheimers@hotmail.com , stopalzheimers@adinet.com.uy, sanchez@fcs.uner.edu.ar

Se estudiaron en 30 mujeres y 21 hombres actualmente con Alzheimer el desarrollo de siete áreas de relación-comunicación, las eventuales pérdidas personales y la capacidad de afrontamiento.

Resumen

Objetivos : Explorar la hipótesis de que la personalidad de relaciones sociales y comunicación muy limitada, pérdidas personales significativas aunque no extraordinarias e incapacidad de afrontar positivamente las mismas se encadenan en dirección a la desmotivación y el auto bloqueo perceptivo e instalar el proceso denominado Alzheimer.

Metodología: Se estudiaron en 30 mujeres y 21 hombres actualmente con Alzheimer el desarrollo de siete áreas de relación-comunicación, las eventuales pérdidas personales y la capacidad de afrontamiento de las mismas, y se compararon separadamente con otras tantas mujeres y hombres con envejecimiento normal, emparejados por edad, perfil laboral, escolaridad, ingreso del grupo familiar, etnia y otros factores (seudo gemelos). Los datos e informaciones se obtuvieron mediante entrevistas en profundidad bajo protocolos previamente validados, efectuadas al familiar cuidador central o al familiar más cercano, mejor instruido y dispuesto, y en forma directa a los voluntarios con envejecimiento normal.

Resultados: Todos los participantes en proceso de alzheimerización transcurrieron una fase de desmotivación plural y persistente (depresión *sui generis*) y posterior deterioro perceptivo manifiesto, en tanto que el perfil de relación y comunicación resultó significativamente menos plural y más bajo que en los seudo gemelos con envejecimiento normal, y la capacidad de afrontamiento positivo fue notablemente menor. Por el contrario, las pérdidas personales importantes fueron en general similares en ambos grupos.

Conclusiones: se deduce entonces que esta constricción aguda en lo relacional y comunicacional, sumado a la incapacidad de afrontamiento positivo de las pérdidas personales, es el escenario de crisis en que se instala un estado de desmotivación seguido de bloqueo perceptivo, lo que desencadenará la anulación o aversión del reforzamiento natural de las redes neuronales, con la consiguiente desintegración progresiva de las funciones cerebrales. Este proceso puede acompañarse por una decisión íntima última de *desear morir* o de perder *el interés en seguir viviendo*, decisión que la persona afectada instrumenta precisamente mediante el bloqueo perceptivo. Estos son los lineamientos generales de la teoría psico-socio-neurobiológica sobre el origen del proceso de alzheimerización.

Palabras claves: Alzheimer. Relacional. Pérdidas. Afrontamiento. Bloqueo. Sensorial. Aversión. Reforzamiento. Desintegración. Funciones. Cerebrales.

Abstract

Objective : to explore an hypothetical unchained of restrictive personality profiles, significative although not unusual personal losses and positive affront unfitness of those in install the process named Alzheimer by way of a demotivation state and previous auto perceptve blockade.

Methodology : seven relational and communicational areas, very important personal losses, and the capacity to affront those in the pre clinic phase were studied in 30 women and 21 men in Alzheimer's process, in comparison with other 30 women and 21 men normal ageing, matched in age, schooling, marital status, family income, ethnicity and other factors (normal ageing pseudo twins). Protocol patterned interviews were carried out to the main caregiver relative, while face to face interviews were applied to the normal ageing volunteers.

Results : All the affected persons underwent a *sui generis* depression phase from mild to major and later an affected sensorial behavior. The studies show also that the relational/communicational areas in the Alzheimer's cases were clearly reduced as compared with the normal volunteers, largely due to the fact that a

Este proceso puede acompañarse por una decisión íntima última de desear morir o de perder el interés en seguir viviendo, decisión que la persona afectada instrumenta precisamente mediante el bloqueo perceptivo.

quite minor capacity to a positive affront of their losses. No significant differences were present between both groups in personal losses ponderation.

Conclusions : It is then abduced that this acute constriction of the RC areas, the significant personal losses and the positive affront unfitness of those losses is the breakdown setting when a demotivation state and subsequently perception blockade is establish. This can be enclosed of an extreme and intimate decision, like *I wish to die*, or *I loss all interest to go on living*. These decision appear as instrumented by the gradual auto perception blockade, what will cause the voidance of normal neuronal net reinforcement, producing the progressive brain functions disintegration. This is the general basis of the psycho-social-neurobiology theory of the alzheimerization process.

Key words : Alzheimer. Psychosocial. Relational. Losses. Sensorial. Blocking. Reinforced. Aversion. Brain. Disintegration.

Introducción

Aún cuando la mera observación del comportamiento psicosocial, las personas afectadas por el proceso de alzheimerización pueden comprenderse como padeciendo un repliegue social extremo y progresivo, aún cuando el cuadro está escrito desde siempre en las biografías y en la novelística, y aún cuando en todas las lenguas existen desde épocas inmemoriales expresiones que identifican al fenómeno de personas que luego de uno o varios acontecimientos muy penosos para ellos se rinden y su cerebro

La mera observación del comportamiento psicosocial, las personas afectadas por el proceso de alzheimerización pueden comprenderse como padeciendo un repliegue social extremo y progresivo

comienza a desintegrarse o son afectadas por enfermedades que los aniquila rápidamente, el estudio sistemático y con metodología científica de los escenarios, circunstancias y factores sociales que se muestran ligados al comienzo e instalación plena de dicho proceso, tiene un peso muy bajo en el concierto de la investigación mundial sobre el problema.

En el referente semántico por excelencia de la lengua castellana, común a centenares de millones de personas, puede encontrarse desde 1925 la acepción undécima de **entregar**, como **entregar(la)** [vida, -o sea-] **morir**, en el lenguaje coloquial (1). Precisamente *entregarse* es la designación popular en nuestra región de lo que le acontece a una persona con lo que hoy se denomina Alzheimer. Boller y Forbes (2) nos relatan casos notables como el de Jonathan Swift, o el que resalta como emblemático de Maurice Ravel (3-5), quien entra en ese proceso ante la pérdida (¿acaso objetiva?) de su creatividad. Si bien está bastante extendida la concepción de que el mejor encuadre científico de lo social en el campo de la salud son los estudios de factores de riesgo asociado, dejando a la *verdadera*

ciencia ocuparse de las causas mismas, esto es insostenible tanto conceptual como epistemológicamente. Baste recordar que si una enfermedad es causada por una bacteria, un factor de riesgo es aquel que coloca al individuo en condición de ser enfermado por la bacteria de acuerdo con una lógica explícita y una base factual indubitable, y que las esperanzas en avanzar en la salud de las poblaciones se centran precisamente en este marco lógico y humanístico, y no en limitarse en aniquilar a la bacteria.

También es necesario llamar la atención de que un factor de riesgo puede y debe estudiarse siempre en relación a una causa ya establecida y comprobada científicamente, y por ello, y dado que se desconocen las causas que producen el fenómeno que se ha dado en llamar Alzheimer, todo lo que hasta ahora se ha estudiado entra en la categoría epidemiológica de *presunto factor asociado*. Para pasar al nivel de factor de riesgo, debe establecerse en primer lugar la causa, en segundo lugar la lógica que une al factor de riesgo con la causa, y por último la causalidad –*relación, no ya asociación*– de producción cierta, no ya probabilística, del efecto frente a dicha causa. Si ésta se establece, se puede actuar y obtener el resultado esperado, se puede entonces conjugar los factores de riesgo y establecer un modelo científico cierto de prevención. En sentido estricto, lo saldado hasta el momento con las investigaciones en Alzheimer no alcanza para afirmar que se trata de una enfermedad, sino quizás sólo un síndrome. A esto se agrega la profusa variabilidad semiológica y la heterogeneidad clínica que surgen de los test neuropsicológicos (7), que pone en tela de juicio la identidad nosológica que se presume, con una taxonomía cada vez más amplia, compleja y confusa de síndromes.

Dado que se desconocen las causas que producen el fenómeno que se ha dado en llamar Alzheimer, todo lo que hasta ahora se ha estudiado entra en la categoría epidemiológica de presunto factor asociado.

Uno de los argumentos más fuertes para presumir que al menos *ab initio* el problema está anclado en lo social, son las investigaciones sobre tratamientos psicoterapéuticos que producen efectos verificables (8-11). Nada hay más científico, al menos desde la primigenia concepción pragmática de Charles S. Peirce, que obtener un resultado esperado a partir de actuar sobre la base de una hipótesis explícita. Después, habrá de verificar si la causa que suponemos como tal no está unida a la verdadera causa a través de un artefacto que no hemos identificado inicialmente como actuante.

Esta perspectiva se refuerza con los estudios que dan cuenta de diversos factores relacionados con un perfil especial de la

personalidad de riesgo, como escasas y poco plurales relaciones personales, baja actividad física e intelectual, pasividad, dificultades en la comunicación, retraimiento (12-22, 26-28), situaciones que ya Coleman (23) alertara sobre su importancia en la atención primaria, y que los propios familiares han reportado desde siempre, como nos consta, y Cahill y La Rue, entre otros, sistematizaran (24,25).

Y también se ha reportado la situación inversa, es decir, que el establecimiento de vínculos amplios y plurales, una vida activa, la exploración de nuevas experiencias, la curiosidad persistente, la actividad física, la actividad intelectual, son protectivas de la demencia de este tipo (12,14,17,29,30).

En el marco de aquella personalidad especial, pero algo frecuente sin duda, acontecimientos personales penosos, como la pérdida de la pareja, de un hijo muy apegado, o hijos, de algún familiar muy vinculado, o del trabajo, o de la capacidad mental (objetiva o subjetiva), de la capacidad física, del poder omnímodo sobre otros (de artistas o políticos, por ejemplo), o de aspectos estéticos muy notables, entre otros, se han indicado como incrementando el riesgo para Alzheimer (14,18,19,21-23,28-30).

Por otra parte son muy numerosos los estudios que asocian el bajo nivel de escolaridad con este tipo de demencia (31-41), el tipo de ocupación (33,36-38,41), así como el bajo nivel socioeconómico (38,40,41).

Por otra parte son muy numerosos los estudios que asocian el bajo nivel de escolaridad con este tipo de demencia (31-41), el tipo de ocupación (33,36-38,41), así como el bajo nivel socioeconómico (38,40,41).

A esto se agregan las diferencias notables en las prevalencias poblacionales o institucionales en diferentes lugares, países o diferentes regiones de un mismo país, o de la misma etnia pero residentes en diferentes partes del planeta, o de ciertas etnias y razas (42-46), una abrumadora evidencia que obliga al enunciador de políticas de salud como la WHO, a aceptar la influencia del estilo de vida en la instalación del Alzheimer (Dold, 47).

Si sólo la mitad de lo expuesto precedentemente tuviese un indubitable sostén casuístico y metodológico, podría decirse que son insostenibles las hipótesis que apuestan al origen genético o de factores físicos o químicos del ambiente en la instalación del proceso de alzheimerización. Hasta los trabajos originales de Alois Alzheimer son hoy día descartados no sólo metodológicamente sino también por sus resultados mismos : personas sin Alzheimer

presentan amiloidosis y ovillos intracelulares de proteína **t** (los dos indicadores histopatológicos a que hiciera mención Alois Alzheimer) y viceversa, personas con la afectación presentaron al fallecer una situación histopatológica cerebral similar a cualquier persona con envejecimiento normal. La medicalización extrema del problema (6), y el subterráneo paradigma organicista de las afectaciones mentales tienen tal fuerza que en muchos casos obnubilan el razonamiento científico. En otros, en cambio, es posible que nos encontremos hablando de distintos objetos nosológicos : la fase de instalación, anclada en lo social, y la fase de desarrollo, eminentemente biológica.

El problema científico se ha trasladado entonces a la cuestión de cómo ciertos comportamientos y acontecimientos del campo de la vinculación del individuo con lo social y la manera en que lo social lo afecta y cómo éste responde, se convierten en fenómenos anormales neurobiológicos y afectan tan significativamente las funciones cerebrales. Esta es precisamente la inquietud subyacente de la presente investigación, que forma parte de una serie de estudios secuenciados sobre nuestra base de casos registrados desde 1988, pero ya en el marco de una explícita teoría general.

Sujetos, métodos y técnicas

Dado que la metodología epidemiológica, utilizada centralmente en los estudios citados, tiene una limitación excluyente que impide pasar de lo meramente orientativo, a lo demostrativo, es necesario superar dicho esquema y optar por un diseño cuasi experimental, en el cual las experiencias, valga la redundancia, que la realidad efectúa sin nuestra injerencia ni control, puedan ser recuperadas, resignificadas y sistematizadas para ser consideradas como variables en el marco de un clásico modelo de diseño experimental. Al que debe sumarse entonces una hipótesis de articulación de factores en ciertas condiciones de contorno que generan, presumiblemente, el fenómeno estudiado. Este es precisamente el meollo metodológico del presente trabajo.

La medicalización extrema del problema (6), y el subterráneo paradigma organicista de las afectaciones mentales tienen tal fuerza que en muchos casos obnubilan el razonamiento científico

Los participantes que actualmente se encuentran en proceso de alzheimerización (30 mujeres y 21 varones) fueron postulados para esta investigación por sus familiares cuidadores más cercanos o sus familiares mejor instruidos y colaborativos, que accedieron a nuestro grupo sea por conferencias realizadas, a través de los medios de prensa o la difusión de nuestros boletines mensuales, o

bien posteriormente por las páginas web www.stopalzheimer.com.ar o www.prevenirelzheimer.cjb.net de nuestro centro de investigaciones, y luego seleccionados para esta primera etapa de presentación de resultados y primera publicación, de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión : diagnóstico clínico con al menos un año de seguimiento y confirmación anterior a los 65 años de edad y criterios orientados por el MMSE y luego NINCDS-ADRD, escolaridad de 8 a 13 años, ingreso del grupo familiar de 200 a 350 u\$s ± 10 %, casados, viudos o separados con no más de 10 años sin pareja, residir en la región de la cuenca media del Río Uruguay (Este de Argentina, Oeste de la R.O. del Uruguay, Sudoeste de Brasil), sin antecedentes de progenitores con Alzheimer, demencia senil, arterioesclerosis o depresiones mayores (diagnosticadas o referidas como tales por sus familiares). Se utilizaron protocolos estandarizados y validados previamente (14,19) que se agregan luego de las referencias bibliográficas, para que el familiar cuidador más estrecho, o bien el familiar más instruido y dispuesto evaluaran y ponderaran la dinámica de relación y comunicación de la persona en su mediana edad sana, de la cuantía de las pérdidas personales, y de la capacidad que tenía para hacer frente a una pérdida personal y seguir alternativas superadoras (afrontamiento positivo). Los mismos protocolos se utilizaron en las entrevistas realizadas a los voluntarios participantes que cursan con

Se utilizaron protocolos estandarizados y validados previamente que se agregan luego de las referencias bibliográficas, para que el familiar cuidador evaluara y ponderara la dinámica de relación.

envejecimiento normal, pertenecientes a grupos de la tercera edad como Clubes de Tango, Centros Folklóricos, de Danzas Folklóricas, de Samba, de Amigos, de Adultos Mayores, de Grupos solidarios laicos o confesionales, de Colectividades, de Centros de Jubilados y Pensionados y otros colectivos más específicos, o más plurales. Estos voluntarios participantes se seleccionaron de acuerdo a las condiciones de inclusión referidos previamente, excepto obviamente por cursar con envejecimiento normal los voluntarios, y además tamizados uno a uno para emparejar lo más cercanamente posible la serie de factores demográficos con las personas con Alzheimer. Dichos factores de emparejamiento son los mismos que las establecidas como condiciones de inclusión, y que incluye las siguientes "etnias" : de origen español sin aditamento, gallego, catalán, vasco, andaluz, asturiano, castellano, murciano, valenciano, portugués, italiano, hebreo, alemán, alemán del Volga, belga, suizo, francés, polaco, armenio, sirio-libanes, ruso y nativos de tercera generación. Estos participantes voluntarios, o controles, los denominamos seudo gemelos de los casos de Alzheimer. Las entrevistas se realizaron tanto a los familiares de los casos como a los colaboradores con

envejecimiento normal con conocimiento informado y aceptado de buen grado de los objetivos, finalidades y alcances de la investigación. Participaron de ellas los integrantes de nuestro grupo de investigación y los tesisistas de grado y postgrado de comunicación social, enfermería, fonoaudiología, kinesiología, medicina, obstetricia, psicología, psiquiatría y trabajo social, que recibieron un entrenamiento previo mediante un seminario, un taller y una representación teatralizada de la entrevista y posterior análisis crítico. Cada estudio requirió tres instancias : la primera de presentación y explicación del protocolo, la segunda para retirar las respuestas al cuestionario y cotejar su llenado, y la tercera para saldar dudas y faltantes halladas durante la carga de los datos e informaciones. El proceso fue controlado por el Comité de Etica en la Investigación en Ciencias de la Salud de nuestro centro de investigaciones, de acuerdo a las Pautas Eticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos, del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002. Los datos fueron procesados con el programa Epi Info 3.0 y se indican en cada caso en Resultados los estadísticos de las pruebas de *t* que se analizaron y presentaron, pero que es un procesamiento restringido a los fines de este trabajo. Los tesisistas de post grado e investigadores que pudieran estar interesados en los datos crudos totales e informaciones accesorias para eventuales procesamientos ulteriores, pueden solicitarlo vía internet a la casilla de correo electrónico del director. Nuestra base de datos cuenta con 359 registros completos de casos a diciembre de 2003.

Las entrevistas se realizaron tanto a los familiares de los casos como a los colaboradores con envejecimiento normal con conocimiento informado y aceptado de buen grado de los objetivos

Resultados

En las siguientes tablas (1-M a 4-M correspondientes a las 30+30 mujeres y 1-V a 4-V para los 21+21 varones) se presentan los valores medios sólo en enteros, las desviaciones estándar (**SD**) y los intervalos de confianza al 95 % (**IC95%**) para las siete áreas de relación-comunicación de los pseudo gemelos en su mediana edad (**DRC_m**) en la escala 0-100, de la ponderación de las pérdidas personales significativas acaecidas (**PPS**) en la escala 0-100, del factor de afrontamiento positivo de las mismas (**FAP**) en la escala 0-1, y de la resultante de aplicar dicho factor al monto de las pérdidas personales en cada área para obtener una estimación de la dinámica de relación y comunicación previa a la instalación del Alzheimer o actual para el

caso de los controles (**DRC_f**), de acuerdo al algoritmo **DRC_f = DRC_m - PPS (1 - FAP)**, para cada uno de los pares de pseudo gemelos. Se presentan además los valores de **P** y de las significaciones estadísticas de las diferencias, **S.E.D.**, como **AS** : altamente significativas ($\leq 0,01$), **S** : significativas (0,05), **ES** : escasamente significativas (de 0,1 a 0,05), y **NS** : no significativas ($> 0,1$), siguiendo en lo conceptual a Gardner y Altman, de 1993 en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 114(6):536-549.

Tabla 1.M : Ponderación de la dinámica relacional-comunicacional en la escala 0 (nula) a 100 (máxima) en la mediana edad (DRC_m) en 30 pares de seudo gemelas con y sin Alzheimer

	<i>Mujeres actualmente con Alzheimer</i>	<i>Pseudo gemelas normales</i>	Test de t Valores P y S.E.D.
DRC_m 1 <i>consigo misma</i>	48±14 IC95% 43-53	69±10 IC95% 66-72	P<0,0005 AS
DRC_m 2 <i>con la pareja</i>	71±11 IC95% 67-75	68±8 IC95% 65-71	P > 0,43 NS
DRC_m 3 <i>con familiares</i>	73±11 IC95% 69-77	70±7 IC95% 67-73	P > 0,46 NS
DRC_m 4 <i>con lo social</i>	43±11 IC95% 38-44	73±11 IC95% 69-77	P < 0,01 AS
DRC_m 5 <i>con lo laboral</i>	51±13 IC95% 46-56	62±11 IC95% 58-66	P 0,5 NS
DRC_m 6 <i>con lo sexual</i>	59±7 IC95% 57-61	70±7 IC95% 68-72	P < 0,005 AS
DRC_m 7 <i>con lo abstracto</i>	42±12 IC95% 38-46	71±12 IC95% 67-75	P < 0,0005 AS

Al comparar en primer lugar la dinámica relacional y comunicacional en la mediana edad, se observa que las seudo gemelas que cursan con envejecimiento normal presentan un perfil de relación-comunicación francamente más plural, con diferencias

significativas especialmente en las valoraciones y consideraciones de sí mismas, en las relaciones sociales, en relación con las entidades abstractas, en lo sexual y muy escasamente en lo laboral, no así con relación a la pareja y las relaciones familiares.

La situación correspondiente pero entre los varones afectados y sus pseudo gemelos normales se presenta de la siguiente manera :

Tabla 1.V : Ponderación de la dinámica relacional-comunicacional en escala 0 (nula) a 100 (máxima) en la mediana edad (DRC_m) en 21 pares de seudo gemelos con y sin Alzheimer

	<i>Varones actualmente con Alzheimer</i>	<i>Pseudo gemelos normales</i>	Test de t Valores P y S.E.D.
DRC_m 1 <i>consigo mismo</i>	58±9 IC95% 54-62	73±9 IC95% 69-77	P <0,005 AS
DRC_m 2 <i>con la pareja</i>	65±13 IC95% 59-71	70±11 IC95% 65-75	P 0,41 NS
DRC_m 3 <i>con familiares</i>	65±10 IC95% 61-69	61±16 IC95% 57-69	P 0,40 NS
DRC_m 4 <i>con lo social</i>	43±19 IC95% 31-55	68±12 IC95% 64-72	P <0,005 AS
DRC_m 5 <i>con lo laboral</i>	83±10 IC95% 79-87	83±13 IC95% 78-88	P 0,18 NS
DRC_m 6 <i>con lo sexual</i>	75±11 IC95% 71-79	75±9 IC95% 71-79	P 0,15 NS
DRC_m 7 <i>con lo abstracto</i>	50±16 IC95% 43-57	73±14 IC95% 66-79	P <0,005 AS

El mismo patrón de diferencias entre afectados y normales se presenta entre los varones en la mediana edad en lo que hace a la relación consigo mismos, con lo social y con lo abstracto, pero entre estos pseudo gemelos las diferencias entre ellos en las cuatro

áreas restantes no resultaron significativas.

La ponderación objetiva de las pérdidas que han tenido las mujeres, tanto las afectadas como sus pseudo gemelas con envejecimiento normal, se presentan en la siguiente tabla :

Tabla 2-M : Ponderación de las pérdidas personales significativas (PPS) en la escala 0 (no tuvo) a 100 (total) de 30 pares de seudo gemelas, con y sin Alzheimer

	<i>Mujeres actualmente con Alzheimer</i>	<i>Pseudo gemelas normales</i>	Test de t Valores P y S.E.D.
PPS 1 <i>de sí misma</i>	40±23 IC95% 32-48	21±8 IC95% 18-24	P 0,07 ES
PPS 2 <i>de la pareja</i>	65±22 IC95% 57-73	51±17 IC95% 46-54	P 0,495 NS
PPS 3 <i>de familiares</i>	42±22 IC95% 34-50	27±15 IC95% 21-33	P 0,495 NS
PPS 4 <i>de lo social</i>	23±10 IC95% 20-26	16±7 IC95% 13-19	P 0,07 ES
PPS 5 <i>de lo laboral</i>	27±20 IC95% 20-34	37±22 IC95% 29-45	P 0,45 NS
PPS 6 <i>de lo sexual</i>	47±13 IC95% 42-52	43±21 IC95% 35-51	P 0,2 NS
PPS 7 <i>de lo abstracto</i>	19±20 IC95% 12-26	19±5 IC95% 17-21	P 0,2 NS

Esta componente no presenta diferencias notables entre uno y otro grupo, excepto en la relación consigo mismas y con lo social, pero con escasa significación estadística. Es posible que las ponderaciones se encuentren sesgadas en parte por la situación sana de las participantes con envejecimiento normal, y porque su pertenencia a colectivos dinámicos de la tercera edad les da una impronta especial, y viceversa para las afectadas.

En cambio, la ponderación de las pérdidas efectivamente acaecidas en los varones de este estudio se presentan en la siguiente tabla :

Tabla 2-V : Ponderación de las pérdidas personales significativas (PPS) en la escala 0 (no tuvo) a 100 (total) de 21 pares de seudo gemelos, con y sin Alzheimer

	<i>Varones actualmente con Alzheimer</i>	<i>Pseudo gemelas normales</i>	Test t Valores P y S.E.D.
PPS 1 <i>de sí mismo</i>	46±17 IC95% 39-53	34±12 IC95% 29-39	P <0,025 S
PPS 2 <i>de la pareja</i>	51±32 IC95% 37-65	20±26 IC95% 9-31	P 0,31 NS
PPS 3 <i>de familiares</i>	31±20 IC95% 22-40	37±21 IC95% 28-46	P 0,30 NS
PPS 4 <i>de lo social</i>	44±15 IC95% 37-51	48±15 IC95% 42-54	P 0,2 NS
PPS 5 <i>de lo laboral</i>	68±17 IC95% 61-75	57±26 IC95% 46-68	P 0,45 NS
PPS 6 <i>de lo sexual</i>	33±15 IC95% 24-38	27±17 IC95% 20-34	P 0,33 NS
PPS 7 <i>de lo abstracto</i>	61±17 IC95% 54-68	60±16 IC95% 53-67	P 0,25 NS

Entre los varones pseudo gemelos aquí estudiados tampoco aparecen diferencias en las pérdidas efectivamente sufridas, excepto en la relación consigo mismos en que aparece una diferencia, aunque escasamente significativa desde el punto de vista estadístico.

El indicador de la modalidad con que la persona ha enfrentado a sus pérdidas se ha sistematizado con el protocolo anexo

correspondiente, y se presenta en las siguientes tablas, la primera para las mujeres y la segunda para los varones:

Tabla 3-M : Factor de afrontamiento positivo de las pérdidas personales acaecidas (FAP) en la escala 0 (pérdida no superada en absoluto) a 1 (pérdida superada totalmente), en 30 pares de seudo gemelas, con y sin Alzheimer

	<i>Mujeres actualmente con Alzheimer</i>	<i>Pseudo gemelas normales</i>	Test de t Valores P Y S.E.D.
Factor de afrontamiento positivo (FAP)	0,34 ± 0,11 IC95% 0,30-0,38	0,72 ± 0,10 IC95% 0,68-0,76	P <0,0005 AS

Este factor es indudablemente el que presenta las diferencias más notables y altamente significativas estadísticamente, por lo que podríamos decir que se trata de una componente clave en el proceso de instalación de la alzheimerización.

Tabla 3-V : Factor de afrontamiento positivo de las pérdidas personales acaecidas (FAP) en la escala 0 (pérdida no superada en absoluto) a 1 (pérdida superada totalmente), en 21 pares de seudo gemelos, con y sin Alzheimer

	<i>Varones actualmente con Alzheimer</i>	<i>Pseudo gemelos normales</i>	Test de t Valores P y S.E.D.
Factor de afrontamiento positivo (FAP)	0,42 ± 0,15 IC95% 0,36-0,48	0,65 ± 0,11 IC95% 0,60-0,70	P <0,0005 AS

Entre los pseudo gemelos vuelve a repetirse la notable diferencia en la capacidad de afrontamiento de las pérdidas por las que han atravesado, aunque las diferencias son menores que en las mujeres.

Por último presentamos la resultante de aplicar el algoritmo al que hicimos referencia, para obtener las estimaciones de la Dinámica de

Relación y Comunicación, bien previas al diagnóstico de Alzheimer en unos casos, o actuales, en los participantes con envejecimiento normal.

Tabla 4-M : Estimación de la Dinámica de Relación y Comunicación previa a la instalación del Alzheimer o actual en las colaboradoras con envejecimiento normal (DRC_f), obtenida a partir de aplicar el Factor de Afrontamiento Positivo a los perfiles DRC en la mediana edad, de acuerdo al algoritmo $DRC_f = DRC_m - PPS(1 - FAP)$

	<i>Mujeres actualmente con Alzheimer</i>	<i>Pseudo gemelas normales</i>	Test de t Valores P y S.E.D.
DRC_f 1 <i>consigo misma</i>	22±12 IC95% 18-26	48±11 IC95% 44-52	P<0,0005 AS
DRC_f 2 <i>con la pareja</i>	27±17 IC95% 21-33	45±14 IC95% 40-50	P 0,4 NS
DRC_f 3 <i>con familiares</i>	46±11 IC95% 42-50	49±10 IC95% 45-53	P 0,47 NS
DRC_f 4 <i>con lo social</i>	27±13 IC95% 23-31	69±12 IC95% 65-73	P<0,0005 AS
DRC_f 5 <i>con lo laboral</i>	34±9 IC95% 31-37	52±11 IC95% 48-58	P<0,0005 AS
DRC_f 6 <i>con lo sexual</i>	22±10 IC95% 17-27	49±11 IC95% 45-53	P<0,0005 AS
DRC_f 7 <i>con lo abstracto</i>	25±11 IC95% 21-29	52±14 IC95% 47-57	P<0,0005 AS

Se observa una acentuada diferencia entre ambos grupos de casos y sus pseudo gemelas en lo que hace a su mundo de relación-comunicación, muy francamente disminuida en el caso de las personas que entrarían en alzheimerización. Excepto en la relación con su pareja y con los familiares, en las demás áreas las diferencias resultaron de elevada significación estadística.

Los correspondientes datos para los pares de pseudo gemelos varones se presentan seguidamente :

Tabla 4-V : Estimación de la Dinámica de relación y comunicación previa a la instalación del Alzheimer o actual en los controles con envejecimiento normal (DRF_f), obtenida a partir de aplicar el Factor de afrontamiento positivo a los perfiles DRC en la mediana edad,

	<i>Varones actualmente con Alzheimer</i>	<i>Pseudo gemelos normales</i>	Test de t Valores P y S.E.D.
DRC_f 1 <i>consigo mismo</i>	33±12 IC95% 28-38	61±10 IC95% 57-65	P<0,0005 AS
DRC_f 2 <i>con la pareja</i>	53±23 IC95% 40-62	64±14 IC95% 58-70	P 0,475 NS
DRC_f 3 <i>con familiares</i>	47±14 IC95% 41-53	49±18 IC95% 41-57	P 0,27 NS
DRC_f 4 <i>con lo social</i>	22±18 IC95% 15-29	52±13 IC95% 46-58	P<0,0005 AS
DRC_f 5 <i>con lo laboral</i>	44±12 IC95% 39-49	64±19 IC95% 56-72	P<0,0005 AS
DRC_f 6 <i>con lo sexual</i>	55±29 IC95% 33-68	68±10 IC95% 64-72	P <0,0005 AS
DRC_f 7 <i>con lo abstracto</i>	16±14 IC95% 10-22	53±15 IC95% 46-60	P<0,0005 AS

Aquí no resultaron significativas las diferencias con relación a la pareja y a la familia, en tanto que se repite a similitud de lo ocurrido con las mujeres con diferencias muy significativas en la relación consigo mismo, con lo social, con lo laboral y con lo abstracto.

Discusión

En esta serie de presentaciones, del cual el presente trabajo forma parte, se van introduciendo nuevos casos a partir de aquellos que constituyen nuestra base de datos iniciada en 1988, y en esta oportunidad hemos seleccionados los participantes afectados y normales por medio del emparejamiento uno a uno con diversos factores, precisamente los que ya fueron estudiados y considerados como asociados al Alzheimer en muy diversas investigaciones. De esta manera esperabamos poder reducir drásticamente su influencia y su variabilidad entre los pares de pseudogemelos, unos con Alzheimer y otros con envejecimiento normal. Esta metodología ha sido posible por otra parte por el trabajo sostenido durante años de nuestros tesisistas de grado y postgrado con los colectivos de la tercera edad, que son numerosos en nuestra región y con una gran disposición a colaborar en investigaciones, lo que constituye una inestimable ayuda.

En este estudio vuelve a repetirse la situación que hemos reportado previamente (14,19 y 23) en el sentido de que los perfiles de relación y comunicación de las personas que luego entrarían en el proceso Alzheimer, son francamente menores que el de las personas con envejecimiento normal, y esto mismo coincide con otras investigaciones (11-13.15-18,20-22). A su vez, el perfil de las pérdidas personales significativas se muestra similar, aunque no igual, entre ambos grupos, con una diferencia de mayor peso de ciertas pérdidas en el grupo con envejecimiento normal, pero que no ha resultado significativo desde el punto de vista estadístico, y es probable que se deba a la variabilidad intrínseca de este tipo de ponderaciones personales y psicosociales, y también al azar, por el tamaño de la muestra.

De esta manera esperabamos poder reducir drásticamente su influencia y su variabilidad entre los pares de pseudogemelos, unos con Alzheimer y otros con envejecimiento normal.

Las diferencias más notorias en lo que hace a la dinámica de relación y de comunicación tanto entre los pseudo gemelos mujeres como varones, se da en la relación consigo mismos, con lo social y con las entidades abstractas. A este último respecto, cabe aclarar que la evaluación de este último componente tiene aquí una remota relación con el nivel de escolaridad, que es el indicador más frecuentemente usado en las investigaciones entre “educación” y Alzheimer. De hecho no aparece en nuestro protocolo, ya que no se le adjudica mayor peso. Así por ejemplo, un ingeniero con un post grado universitario, podría llegar a tener en nuestra evaluación una relación más restringida con las entidades abstractas que una ama

de casa que está informada de los acontecimientos sociales, nacionales e internacionales, lee novelas o está realizando un taller de teatro, por ejemplo.

Este tipo de investigaciones tienen como limitación el que las informaciones vertidas por los familiares de la persona afectada con relación a los rasgos de la personalidad que se les solicitan ponderar, o sobre las pérdidas personales incluso, no deben ser con seguridad independientes del hecho mismo de la situación actual de dichas personas. Así como que las pseudo gemelas y pseudo gemelos con envejecimiento normal, al pertenecer a colectivos dinámicos de los adultos mayores, seguramente están sesgados hacia la positividad. No obstante, los resultados están alineados coherente y consistentemente con una lógica de producción del fenómeno Alzheimer, y es posible prever perfeccionamientos metodológicos ulteriores.

En cambio, la componente psicosocial relativa a la capacidad de encontrar una alternativa y seguirla frente a una dada pérdida importante, que se corresponde conceptualmente a la expresión *afrontamiento (positivo, agregamos)* utilizado en investigaciones europeas, presenta aquí diferencias que no sólo son estadísticamente muy significativas, sino que puede decirse que constituye una de las claves importantes en el proceso de instalación del Alzheimer. De hecho el escenario previo al inicio del problema de relaciones sociales de las personas afectadas, está extraordinariamente disminuido frente a sus pseudo gemelos con envejecimiento normal, no tanto por el monto mismo de las pérdidas acaecidas, sino por el bajo valor de este factor.

Los resultados están alineados coherente y consistentemente con una lógica de producción del fenómeno Alzheimer, y es posible prever perfeccionamientos metodológicos ulteriores.

Entendemos que esta secuencia de acontecimientos conduce a colocar a la persona en una situación de constricción relacional extrema y sin capacidad de recuperación por sus propios medios, dando lugar a una crisis personal extrema, que para el observador externo aparece como una depresión *sui generis* (48-52), cuando que en realidad se trata de otra situación que definimos de acuerdo a las evaluaciones profesionales de desmotivación plural y persistente.. Y esto podría explicar la disparidad en los estudios sobre esta fase del Alzheimer, ya que sería diferente su etiología. Situación que pronto se convertirá en un auto bloqueo de la percepción, que es también otra mirada y otra categoría descriptiva para aquello tan estudiado como variable de las disfunciones cognitivas en las etapas iniciales del Alzheimer (53-58).

Suponemos que en el ínterin puede haberse decidido *desear la muerte*, o bien se ha perdido *todo interés en seguir viviendo*, y que ello se instrumenta precisamente mediante dicho bloqueo progresivo y cada vez más efectivo de las percepciones sensoriales, a despecho de la integridad de las correspondientes vías funcionales (56-58). Y el recurrir a cortar la conexión con la realidad se comprende, ya que es algo que sabemos bien hacer todos como parte de la modulación y regulación natural de los estímulos externos. Así la persona mira pero no ve, toca pero no siente, escucha pero no oye, todo lo cual, aunque utilizando otras categorías nosológicas, se ha descrito abundantemente en la bibliografía.

Las consecuencias de todo ello serán profundas, dado que se altera el mecanismo natural, la fuente cotidiana del mecanismo de reforzamiento de las redes neuronales y sus emergentes, la funciones cerebrales, y que se efectúa por medio de la actividad sensorial permanente, y con ello aquellas comenzarán un lento e inexorable proceso de desintegración.

Este es básicamente el enunciado de nuestra teoría psico-socio-neuro-biológica sobre el establecimiento del fenómeno denominado Alzheimer. Pero que también puede considerarse como la postulación de un mecanismo que traza un puente objetivo, constatable, entre el ser social y el ser biológico, entre una personalidad peculiar en una dada cultura y con una cierta historia de vida, y la afectación somática, que puede tener connotaciones más allá de su aplicación en los casos de Alzheimer.

Las consecuencias de todo ello serán profundas, dado que se altera el mecanismo natural, la fuente cotidiana del mecanismo de reforzamiento de las redes neuronales y sus emergentes

Agradecimientos

A los tesisistas de grado y posgrado de Argentina y Uruguay que a lo largo de años han colaborado con estas investigaciones en la realización de las tareas de campo. A los médicos geriatras, psiquiatras y neurólogos de los tres países que participaron en la ejecución de los MMSE y la aplicación de los criterios NINCDS-ADRD y clínicos. Y a los miembros de los grupos comunitarios de adultos mayores y de la tercera edad de Argentina, Brasil y Uruguay, siempre dispuestos a brindar su apoyo en forma desinteresada.

Referencias bibliográficas

- Real Academia Española 1992 Diccionario de la Lengua Española, XXI Ed., pp. 852.
- Boller F, Forbes MM. History of dementia and dementia in history : an overview. *J of the Neurol Sciences* 1998;158:125-133.
- Henson R. Maurice Ravel's illness : a tragedy of lost creativity. *Br Med J* 1988; 296:1585-8.
- Dalessio D. 1984 Maurice Ravel and Alzheimer's disease. *J Am Med Assoc* 252:3412-3.
- Crichton P. Jonathan Swift and Alzheimer's disease. *Lancet* 1993; 342:874.
- Estes C, Binney E. 1989 The biomedicalization of aging : dangers and dilemmas. *The Gerontologist* 29:587-96.
- Alberca R. Heterogeneidad clínica de la enfermedad de Alzheimer. En : Alberca R., López Pousa (eds.): *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias*, 2ª. Ed. Madrid : Panamericana 2002; 279-286.
- Richarz B. Considerations to the Psychosomatics of Alzheimer's Disease. *Dynamische Psychiatrie* 1997; (166/167): 340-55.
- Bauer J. Benefits of psychotherapeutic treatment in Alzheimer patients in the early stage of the disease. *Nervenarzt* 1997; 68:421-424.
- Richarz B. Psychodynamische un gruppensdynamische. Aspekte einer Alzheimer Demenz. *Dyn. Psychiat* 1996; 29:101-115.
- Oswald WD. Non-drug therapy and prevention of Alzheimer disease. *Z Gerontol Geriatrie* 2001; 34/2:116-121.
- Kondo K, Yamashita I. A case-control study of Alzheimer's disease in Japan : association with inactive psychosocial behaviors. En Hasegawa K, Homma A, Eds, *Psychogeriatrics biomedical and social advances*. Amsterdam : Excerpta Medica 1990; pp. 49-53.
- Mortimer JA. Do psychosocial risk factors contribute to Alzheimer's disease ? In : Henderson AS., Henderson JH.. editors. -

- Etiology of dementia of Alzheimer's type. Chichester. John Wiley & Sons 1988; 39-52.
- Sanchez LM y Garcia JD. La patología de la sociabilidad y la comunicación como fase previa a la instalación de la enfermedad de Alzheimer. II Congreso del Comité Regional Latinoamericano-International Association of Gerontology, 1995; 11:26-30, Buenos Aires.
- Linn RT, Wolf PA, Bachman DL, Knoefel JE, Cobb JL, Belanger AJ, et al. The "preclinical phase" of probable Alzheimer's disease. A 13-year prospective study of the Framingham cohort. Arch Neurol 1995; 52:485-90.
- Kropiunigg U, Sebek K, Leonhardsberger A, Schemper M, Dal'Bianco P. Psychosocial risk factors for Alzheimer's disease. Psychoter Psychosom Med Psychol 1999; 49:153-9.
- Conde Sala JL. Personalidad premórbida y factores de riesgo en la enfermedad de Alzheimer. Rev Esp Geriatr Gerontol 1999; 34:157-61.
- Malinchoc M, Rocca WA, Coligan RC, Offord KF, Kokmen E. Premorbid psychosocial processes in patients with Alzheimer's disease : an exploratory case-control study. Behav Neurol 1997; 10:117-20.
- Sanchez LM. Dinámica relacional y comunicacional y perfiles de pérdidas personales en la fase preclínica de casos de Alzheimer no genético de instalación temprana, Geriatrianet.com 2003; 5(2):1-14.
- Bauer J, Stadtmüller G, Qualmann J, Bauer H. Prämorbid psychologische Prozesse bei Alzheimer-Patienten und bei Patienten mit vaskulären Demenzerkrankungen. Z Gerontol Geriat 1995; 28:179-189.
- Sanchez LM Psychosocial corraling profiles at the preclinical phase as a trigger for the Alzheimer's disease. Alzheimer Disease International, 12th International Conference, Jerusalem 1996.
- Friedland RP, Smyth KA, Rowland DY, Esteban-Santillan C, Koss E, Cole R et al. Pre-morbid activities in patients with Alzheimer's disease as compared to age- and sex- matched controls : Results of a case-control study. In : Iqbal, K : Winblad, B; Nishimura T;

- Takeda M; Wisniewski HM eds. Alzheimer's disease : Biology, diagnosis and therapeutics. New York : Wiley; 1997:33-37.
- Coleman WH. Importance of behavioral and psychological symptoms of dementia in primary care. *Psychogeriatr* 2000; 12:67:72.
- Cahill S. Family carers recognition of early stage dementia. Alzheimer Disease International, 12th International Conference, Jerusalem, 1996.
- La Rue A, Watson S, Plotkin D. First symptoms of dementia : a study of relatives reports. *Int J Geriatr Psychiatry* 1993; 8:239-245.
Shen Y A case-control study of risk factors on Alzheimer's disease. Multicenter collaborative study in China. *Chung Hua Shen Ching Ching Shen Ko Tsa Chih* 1992; 25:284-7.
- Helmer C, Damon D, Letenneur L, Fabrigoule C, Barberger-Gateau P, Lafont S, et al. Marital status and risk of Alzheimer's disease : a French population-based cohort study. *Neurology* 1999; 53:1953-8.
- Pecyna SM. Effect of psychological family crises on manifestations of Alzheimer's disease in people of working age. *Przegl Epidemiol* 1993; 47:343-8.
- Wang H X, Karp A, Winblad B, Fratiglioni L. Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia : a longitudinal study from the Kungsholmen Project. *Am J Epidemiol* 2002; 155:1081-7.
- Danner DD, Snowdon DA. Positive emotions in early and longevity: finding from the Nun Study. *J Pers Soc Psychol* 2001; 80:804-13.
- Fratiglioni L, Grut M, Forsell Y, Viitanen M, Grafstrum M, Holmen K, et al. Prevalence of Alzheimer's disease and other dementias in an elderly urban population : relationship with age, sex and education. *Neurology* 1991; 41:1886-1892
- Katzman R. Education and the prevalence of dementia and Alzheimer disease. *Neurology* 1993; 43:13.

- Mortimer JA, Graves AB. Education and other socioeconomic determinants and Alzheimer's disease. *Neurology* 1993; 43(suppl 4):S39-S44.
- Martinez Lage JM. Educación, reserva cerebral y factores de riesgo de demencia y enfermedad de Alzheimer. *Med Clin (Barcelona)* 2001; 116:418-21.
- Schmand B, Smit J, Geerlings ML. Low education is a genuine risk factor for accelerated memory decline and dementia. *J of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1997; 59:170-174.
- Stern Y, Gurland BJ, Tatemichi TK, Tang MX, Wilder D, Mayeaux R. Influence of education and occupation on the incidence of Alzheimer's disease. *J Am Med Assoc* 1994; 271:1004-1010.
- Ravaglia G, Forti P, Maioli F, Orlanducci O, Sacchetti L, Flisi E, et al. Education, occupation and prevalence of dementia : findings from the Conselice Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2002; 14:90-100.
- Bonaiuto S, Rocca WA, Lippi A, Giannandrea E, Mele M, Cavarzeran F, et al. Education and occupation as risk factors for dementia : a population-based case-control study. *Neuroepidemiology* 1995; 14:101-109.
- Ott A, van Rossum CTM, van Harskam F, von de Mheen H, Hofman A, Breteler MM. Education and the incidence of dementia in a large population-based study: the Rotterdam Study. *Neurology* 1999; 53:663-666.
- Cobb JL, Wolf PA, Au R, White R, D'Agostino RB. The effect of education on the incidence of dementia and Alzheimer's disease in the Framingham Study. *Neurology* 1995; 45:1707-1712.
- Evans DA, Hebert LE, Beckett LA, Scherr PA, Albert MS, Chown MJ, et al. Education and other measures of socioeconomic status and risk of incident Alzheimer disease in a defined population of older persons. *Arch Neurology* 1997; 54:1399-1405.
- Hendrie HC, Osuntokun BO, Hall KS. Prevalence of Alzheimer's disease and dementia in two communities : nigerian africans and african Americans. *Am J Psychiatry* 1995; (152):1485-92.
- Hendrie HC. Alzheimer's disease : a review of cross cultural

- studies. In : Mayeux R, Christen Y Eds. *Epidemiology of Alzheimer's disease : from gene to prevention*. Berlin: Springer 1999; 87-101.
- Hendrie HC, Hall KS, Pillay N, et al. Alzheimer's disease is rare in Cree. *Int Psychogeriatr* 1993; 5:5-14.
 - Whaley LJ, Thomas BM, McGonical G, Starr JM. Epidemiology of presenile Alzheimer's disease in Scotland (1974-88): 1. Non-random geographical variation. *British J of Psychiatry* 1995; 167:728-731.
 - Brenner SR. Lower incidence of Alzheimer disease in an Indian community compared with an American community. *Arch Neurol* 2001; 58:517.
 - Dold C. Lifestyle and Alzheimer disease - study strengthens link, *Bulletin WHO* 2001; 79:378.
 - Speck CE, Kukull WA, Brenner DE, Bowen JD, McCormick WC, Teri L, et al. History of depression as a risk factor for Alzheimer's disease. *Epidemiology* 1995; 6:366
 - Devanand D, Sano M, Tang M, Taylord S, Gurland B, Wilder D, et al. Depressed mood and the incidence of Alzheimer's disease in the elderly living in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:175-182.
 - Starkstein SE, Chemerinski E, Sabe L. Prospective longitudinal study of depression and anosognosia in Alzheimer's disease. *British J of Psychiatry* 1997; 171:47-52.
 - Förstl H, Burns A, Luthert P. Clinical and neuropathological correlates of depression in Alzheimer's disease. *Psychological Medicine* 1992; 22:877-884.
 - Loreck DJ, Folstein MF. Depression in Alzheimer's disease. In *Depression in Neurologic disease* (Eds Starkstein SE & Robinson RG), pp. 50-62. Baltimore, MD: John Hopkins University Press, 1993.
 - Kaskie B, Storandt M. Visuospatial deficit in dementia of the Alzheimer type. *Arch Neurol* 1995; 52:422-425.
 - Kurylo DD, Corkin S. Allard T., Zatorre RJ. Auditory function in

Alzheimer's disease. *Neurology* 1993; 43:1893-1899.

- Binetti G, Cappa SF, Magni E, Padovani, Bianchetti A & Trabucchi M. Visual and spatial perception in the early phase of Alzheimer's disease. *Neuropsychology* 1998; 12(1):29-33.

- Davies DC, McCoubrie P, McDonald B, et al. Myelinated axon number in the optic nerve is unaffected by the Alzheimer's disease. *British J of Ophtalmology* 1995; 79:596-600.

- Tipper SP, Weaver B, Houghton G. Behavioral goals determine inhibitory mechanisms of selective attention. *Quarterly J of Exptl Psychology* 1994; 47A:809-840.

- Marmonier J-P, Charles A. Démence et résolution de problèmes un déclin progressif des structures de contrôle. *Revue européenne de Psychologie Appliquée*, 3er. Trimestre 1995, vol 45, No.3, pp. 203-214.

Protocolo A
para la evaluación de la dinámica de relación y comunicación

(DRC). En todos los casos se solicita al familiar cuidador o familiar muy cercano una ponderación global de entre 0 y 100

DRC 1 : par consigo mismo : nivel de autoestima, de autovaloración, grado de libertad para tomar decisiones propias, cuidado que le mereciera su salud, cuidado de su vestimenta, de su aseo y su estética, de su estado físico, el resguardo de sus formas particulares de ocio y recreación, el resguardo de sus objetos propios. Su cultivo intelectual, su interés por aprender cosas nuevas, por estar informado de hechos ajenos y/o lejanos, reconocimiento de talentos propios y capacidades adquiridas sean físicas o intelectuales.

DRC 2 : en la pareja : parte de la vida dedicada a atender su relación de pareja, acompañamiento al otro, grado de dependencia y/o necesidad del otro, acuerdo con el otro para la toma de decisiones sociales o financieras, dificultad para la utilización inconsulta del dinero por los gastos diarios, dificultad para la realización de actividades sociales propias, afectación por los problemas de su pareja.

DRC 3 : con familiares : concentración de relación afectiva con algunos familiares (excluyendo esposo/esposa o pareja), grado de desplazamiento relacional en dirección a algún o algunos familiares (hijos, nietos, sobrinos, etc) más allá de la atención cotidiana hogareña habitual, grado de compromiso con lo que le sucede a ciertos familiares, grado de afectación por percances menores que afectaron a dichos familiares.

DRC 4 : con lo social : grado de pertenencia y participación con un colectivo social, cultural, deportivo o religioso. Grado de concurrencia a reuniones sociales tales como reuniones familiares, barriales, escolares, muestras, conferencias, exposiciones, representaciones u otras. Grado en que se ha involucrado en lo político (no sólo partidario). Nivel de participación activa, espontánea y natural con lo religioso instituido. Cantidad y riqueza de amistades con quienes comparte actividades sociales.

DRC 5 : con lo laboral (incluye el trabajo en el hogar y los que son por cuenta propia) : grado de importancia otorgado al trabajo, de compromiso con la eficacia y eficiencia de su tarea, cumplimiento, cuidado y respeto dispensado a su trabajo, grado de prioridad

otorgado al trabajo.

DRC 6 : con lo sexual : grado de importancia otorgada a la relación sexual. Frecuencia con que, a través de distintas formas verbales, gestuales, en forma de bromas o comentarios, dejaba traslucir el peso de lo sexual. Preocupación por la motivación sexual, preocupación por la posibilidad de declinación sexual, o por los impedimentos físicos para la expresión sexual.

DRC 7 : DRC con las entidades abstractas y el pensamiento : grado de interés en los informativos, en la problemática política social o gremial, frecuencia de lectura de periódicos y pluralidad de temas consultados, frecuencia de lectura de libros o revistas de contenidos plurales, concurrencia a conferencias, cursos o actividades intelectuales. Participación en conversaciones sobre temas teóricos o abstractos, reales o virtuales, grado de auto reconocimiento de influencia o liderazgo intelectual, grado de capacidad de convencimiento y de convocatoria con la palabra. Interés en los temas abstractos traídos al seno del hogar por hijos o nietos, interés en las nuevas tecnologías y los nuevos equipos.

Protocolo B

para la evaluación del grado de afectación sobre la persona de una pérdida personal significativa (PPS). En todos los casos se solicita al familiar cuidador o familiar muy cercano que pondere la importancia de la pérdida entre 0 y 100.

PPS 1 : de una pérdida en él mismo, sea de memoria, del habla, del lenguaje, del pensamiento, de su posibilidad de desplazamiento, de su visión, de su audición, de su autoestima, autovaloración, libertad y posibilidades que antes tenía..

PPS 2 : Pérdida de su pareja, total o parcial, sea debido a

fallecimiento, separación, alejamiento, incapacitación importante
PPS 3 : Pérdida de aquellos familiares sobre el cual o cuales había depositado la mayor parte de su energía emocional (excluye al esposo/esposa o la pareja), ya sea por fallecimiento, traslado, casamiento, u otra causa.

PPS 4 : Pérdida de pertenecer a un colectivo social, deportivo o cultural, de concurrir a exposiciones, muestras, conferencias, representaciones, u otras, de participar activamente en cuestiones político sociales o gremiales, o de tener una participación activa con lo religioso, de haber perdido o no haber podido continuar con amistades a través de las cuales se relacionaba socialmente.

PPS 5 : Pérdida del trabajo, sea por jubilación, incapacitación, despido u otra razón, o reducción importante de la eficacia y eficiencia del trabajo, sea por motivos físicos o intelectuales propios, o por razones externas.

PPS 6 : pérdida de la relación o de la actividad sexual no debida a fallecimiento de su pareja, sino por razones propias o de su pareja sexual.

PPS 7 : pérdida intelectual, del pensamiento, de su capacidad de sostener una relación dinámica con las entidades abstractas, pérdida de la comunicación y expresión, pérdida de su posición social-intelectual (profesión, docencia, gerenciamiento, dirección, jefatura de grupo de trabajo, jefatura de sección o encargado, titular de taller propio, de colectivo social, político, gremial, cultural, religioso, etc.), o pérdida de la capacidad de mantener conversaciones significativas con familiares, vecinos, amigos o compañeros del colectivo al que perteneciera.

Protocolo C

Factor de afrontamiento positivo (FAP), y capacidad de encontrar alternativas a pérdidas personales significativas

A ponderar por el familiar cuidador o familiar más cercano en la escala 0 a 1 para cada uno de los ítems que se indican a continuación (escala de 0 a 1 en todos los casos).

1.-capacidad para superar y resolver positivamente pérdidas nimias, como desperfectos en el hogar, el automóvil o similar. Disposición inmediata a encontrar la solución más expedita, eficaz y eficiente posible.

2.-Capacidad para enfrentar y buscar salidas y alternativas frente a situaciones de pérdidas intermedias, como despidos de trabajo, imposibilidad de vacacionar, enfermedades transitorias, incapacidades transitorias, alejamiento de los hijos por razones laborales o de constitución de nuevo núcleo familiar, u otras similares.

3.-Capacidad para enfrentar pérdidas muy significativas, como fallecimientos de la pareja, hijos o familiar muy apegado, abandonos, alejamientos afectivos traumáticos, pérdidas significativas de la capacidad física, pérdida auto reconocida de la capacidad mental, declinación sexual importante, gran decepción moral, accidente con muertes de allegados, enfermedad con

pronóstico fatal, u otro acontecimiento de similar nivel de importancia.

4.-capacidad de sobrellevar, es decir, iniciar una alternativa de reemplazo, más allá que muestra no haber superado la pérdida.

Sofocos... ansiedad... malestar respiratorio ***Hot flushes...anxiety...respiratory distress***

Autor

Santiago Agra Romero
Unidade de Saúde Mental IV. Hospital Psiquiátrico de Conxo.
Complejo Hospitalario-Universitario. Plaza Martín de Herrera, 2
15706 - Santiago de Compostela. (A Coruña)

Resumen

Se presenta el caso de una paciente diagnosticada de Trastorno Mixto Depresivo-Ansioso (CIE 10ª F41.2) quien mostró una marcada dificultad respiratoria tras toma de veralipride, una benzamida sustituida utilizada para el tratamiento de los síntomas vasomotores de la menopausia. El trastorno respiratorio se diagnostica como acatisia respiratoria. La suspensión del veralipride fue seguida de mejoría.

Caso de una paciente diagnosticada de Trastorno Mixto Depresivo-Ansioso (CIE 10ª F41.2) quien mostró una marcada dificultad respiratoria tras toma de veralipride.

Palabras clave

Acatisia respiratoria, discinesia respiratoria, veralipride.

Summary

Presents a female patient with Mixed Anxiety and Depressive Disorder (ICE 10ª F41.2) who has shown a marked respiratory distress after administration of veralipride, a substituted benzamide drug which is used for the treatment of menopausal hot flushes. The respiratory distress is diagnosed as respiratory akathisia. After discontinuation of this drug the improved had been obtained.

Key words: respiratory akathisia; respiratory dyskinesia; veralipride.

Introducción

Poco tiempo después de su comercialización en 1952 comenzaron a aparecer artículos relacionados con la presencia de efectos secundarios en el curso del tratamiento neuroléptico de las psicosis y cuadros afines. Los efectos secundarios detectados se referían a trastornos del movimiento, cardiovasculares, gastrointestinales, urinarios, hematológicos, endocrinos, etc, siendo responsables de los mismos todas las familias neurolépticas en mayor o menor medida, incluyendo en este grupo a los neurolépticos de comercialización más reciente.

Sin embargo, dentro de los efectos secundarios y más concretamente de los trastornos del movimiento, que incluyen parkinsonismo, distonía aguda, discinesia aguda, acatisia aguda, acatisia tardía, distonía tardía y discinesia tardía, nos encontramos con muy escasas referencias a los trastornos de la respiración, como si los neurolépticos no tuviesen acción sobre esta fundamental función.

El caso clínico que se expone a continuación se refiere a la sintomatología respiratoria ocasionada por un fármaco con acción antidopaminérgica, concretamente el veralipride, prescrito para tratar los trastornos vasomotores de la menopausia.

Caso clínico

Mujer de 47 años de edad, casada, trabajadora textil quien acude a consulta presentando un cuadro de insomnio, irritabilidad, inquietud, taquicardia, sensación de ahogo, dolor epigástrico, anorexia y adelgazamiento, labilidad afectiva, etc, de tres meses de evolución estando presentes diversos acontecimientos vitales estresantes (regulación y pérdida de empleo, enfermedad grave del marido, cuidado de los padres ancianos, dos hijos de 19 y 13 años, cuidado de la casa, enemistad con hermano, etc). Hipotiroidismo, a tratamiento con levotiroxina. Vértigo por cervicoartrosis, sin tratamiento. No tabaco, no alcohol. Menopausia tratada por ginecólogo a base de veralipride (Agregal) suspendiéndolo la paciente al cabo de tres meses coincidiendo con la consulta psiquiátrica. Exceptuando las pruebas tiroideas, el resto de los resultados del análisis de sangre y orina fueron normales. ECG y EEG no registraron trazados patológicos. Por todo ello fue diagnosticada de Trastorno Mixto Depresivo-Ansioso (CIE 10ª -

Mujer de 47 años de edad, casada, trabajadora textil quien acude a consulta presentando un cuadro de insomnio, irritabilidad, inquietud, taquicardia, sensación de ahogo, dolor epigástrico

OMS - F41.2) de carácter reactivo a factores vitales estresantes, se prescribió tratamiento a base de Paroxetina (20 mg/día) y Alprazolán 0,50 mg (1,50mg/día) constatándose mejoría en las semanas siguientes lo que permitió la reducción progresiva del tratamiento hasta su práctica supresión.

Sin embargo, 4 meses después la paciente acude nuevamente a consulta manifestando que desde hacía un mes volvían a repetirse los síntomas de inquietud y dificultad respiratoria en forma de respiración rápida con sensación de opresión torácica y disnea vivenciada de forma angustiosa, de aparición rápida a mitad de la mañana y remisión lenta y progresiva hasta el mediodía transcurriendo las tardes y las noches libres de síntomas tanto de ansiedad como respiratorios. La consulta al médico de cabecera permitió descartar patología cardiopulmonar. Entendiendo que se trataba de una recaída tras reinicio de actividad laboral en nueva empresa y ante la persistencia de algunos de los factores vitales estresantes citados, se repitió el tratamiento ansiolítico inicial a dosis de 1 mg/día en dos tomas (desayuno y comida), lo que no produjo mejoría alguna en las 48 horas siguientes, manteniéndose invariable el patrón de presentación matutino: en torno a las once de la mañana de todos los días desde hacía un mes. Preguntada la paciente resultó que ante la persistencia de los trastornos vasomotores propios de la menopausia, aprovechando la mejoría experimentada, por su cuenta y riesgo había reiniciado la toma de un comprimido de veralipride (100 mg/día) en torno a las 8 a.m....

La paciente acude nuevamente a consulta manifestando que desde hacía un mes volvían a repetirse los síntomas de inquietud y dificultad respiratoria en forma de respiración rápida

La suspensión del veralipride (sin modificación del tratamiento ansiolítico) se acompañó de la desaparición de la dificultad respiratoria en el transcurso de las 48 horas siguientes, lo que a su vez posibilitó la reducción paulatina del tratamiento ansiolítico hasta su supresión. En la actualidad la paciente no presenta síntomas de tipo depresivo-ansioso ni precisa tratamiento ansiolítico ni veralipride para controlar los sofocos de la menopausia. Mantiene el tratamiento del hipotiroidismo (Levotiroxina).

Discusión

El veralipride (AGREAL) que es la 5-sulfamoil-2, 3-dimetoxi-N [(1-(2-propenil)-2-pirrolidinil) metil] benzamida o también (N-[(1-alil-2-pirrolidinil)metil]-5-sulfamoil-o-veratramide, es un derivado de las benzamidas, es decir un fármaco con acción

antidopaminérgica y susceptible de ocasionar, entre otros efectos secundarios, trastornos del movimiento. A la misma familia que el veralipride, las benzamidas sustituidas, pertenecen: sulpiride, tiapride, clebopride, bromopride y metoclopramida, sultopride, remoxipride, bromopride y amisulpride. El veralipride es utilizado principalmente para el control de los trastornos vasomotores (“sofocos”) en la menopausia, siendo prescrito sobre todo por ginecólogos y médicos de cabecera, por lo que es frecuente que no se informe de su capacidad para provocar hiperprolactinemia y efectos extrapiramidales (los que a su vez suelen ser interpretados como síntomas de la propia menopausia cuando no de la “ansiedad” o del “histerismo” de las pacientes).

Los trastornos del movimiento atribuidos al veralipride incluyen: discinesia respiratoria, distonía tardía, parkinsonismo y discinesia aguda. Poco tiempo después de su comercialización comenzaron a aparecer artículos relacionados con dichos trastornos: Laplane et al (1) en 1982 advertían de la capacidad del veralipride para producir discinesias; en 1983 Destee y Warot (2) informaban de discinesia inducida por veralipride; en 1984 Bouchez et al (3) mencionaban la existencia de un síndrome excitomotor al inicio del tratamiento con veralipride, si bien se considera a Gabellini et al (4) como los primeros autores en comunicar la relación entre veralipride y distonía tardía. Milandre et al (5) en 1991 mencionaron el síndrome parkinsoniano durante el tratamiento con veralipride. Tieve y Sa (6) en 2001 informaron de empeoramiento del parkinsonismo en una paciente tras la administración de veralipride como tratamiento de la menopausia. Franchignoni y Tesio (7) en 1995 comunicaron un caso de parkinsonismo por veralipride. Masmoudi et al (8) también en 1995 informaron de 5 casos: uno con discinesia aguda y cuatro con síndrome parkinsoniano. Desconocemos la prevalencia de efectos secundarios debidos al veralipride, sin embargo, en su estudio sobre síndromes parkinsonianos inducidos por fármacos, Llau et al (9) en 1994 relacionaban al veralipride con el 6% de los casos. Conviene recordar también que las benzamidas sustituidas no son los únicos fármacos con capacidad para producir alteraciones respiratorias: la adenosina, los salicilatos, la medroxiprogesterona, la quetiapina según Shelton et al (10) y la olanzapina según Sattar y Gastfriend (11) están asociados a disnea e hiperventilación. El mecanismo por el que estos medicamentos inducen hiperventilación no está aclarado por completo, pero se piensa que implica una acción directa sobre el centro respiratorio del cerebro medio así

El veralipride es utilizado principalmente para el control de los trastornos vasomotores (“sofocos”) en la menopausia, siendo prescrito sobre todo por ginecólogos y médicos de cabecera

como una acción indirecta sobre los quimiorreceptores periféricos y neurotransmisores como la serotonina. Las complicaciones derivadas del síndrome respiratorio son la alcalosis respiratoria y la neumonía por aspiración.

La sintomatología respiratoria puede estar relacionada con:

Síndrome de Hiperventilación

Según Polkey et al (12) son varios los factores que pueden dar lugar a un Síndrome de Hiperventilación ya sean solos o por separado; dichos factores incluyen trastornos respiratorios tales como asma, enfermedad pulmonar intersticial o embolia pulmonar; la misma fiebre o la altitud y también la ansiedad, la depresión, la fobia y el trastorno de pánico (hiperventilación psicógena).

El síndrome de Hiperventilación se caracteriza por presentarse de forma súbita: respiración rápida y profunda (“hambre de aire”) con sensación de mareo, inestabilidad de la marcha, temblores, parestesias (sobre todo “hormigueo” peribucal y de los dedos) que pueden recordar a la tetania; disminución leve del nivel de conciencia (“atontamiento”, “presión craneal”); visión borrosa e

El síndrome de Hiperventilación se caracteriza por presentarse de forma súbita: respiración rápida y profunda (“hambre de aire”) con sensación de mareo, inestabilidad de la marcha, temblores.

incluso pérdida de visión; dolor de cabeza, náuseas, dolor torácico, taquicardia, malestar general; tinnitus. Otras manifestaciones como alucinaciones o síntomas somáticos (más comunes al lado izquierdo que al derecho) pueden conducir a diagnósticos erróneos tales como epilepsia, ataques isquémicos transitorios, enfermedades desmielinizantes o migraña. La reproducción de los síntomas mediante la hiperventilación voluntaria se ha utilizado como prueba diagnóstica del síndrome de hiperventilación, aunque no es una prueba totalmente fiable. Según Phillipson (13) los pacientes con hiperventilación

psicógena manifiestan, por una parte, disnea en reposo pero no durante el ejercicio leve y por otra parte, la necesidad de suspirar con frecuencia.

En el caso que nos ocupa, a pesar del cuadro clínico previo depresivo-ansioso, estaba ausente el componente ansioso y había desaparecido el depresivo; los intentos por respirar de forma sosegada no dieron resultado y además la paciente no presentaba la sintomatología propia de la Hiperventilación.

Discinesia Respiratoria

Weiner et al (14) en 1978 comunicaron cuatro casos de discinesia fármaco-inducida que manifestaban disnea y dolor torácico secundario al trastorno del movimiento; los pacientes presentaban respiración irregular y taquipnéica, gruñidos nasales y jadeos. Esto que ahora se denomina discinesia respiratoria suele acompañarse de discinesias faciales y orales y la dificultad respiratoria es continua durante las horas del día, disminuyendo o desapareciendo durante el sueño; por el contrario, las dificultades respiratorias empeoran cuando empeoran los trastornos del movimiento o con el estrés.

Como manifiestan Marta-Moreno et al (15) a la discinesia respiratoria se la considera también una variante de la discinesia tardía pues aparece mucho tiempo después del uso prolongado e ininterrumpido de tratamiento antipsicótico, cosa que no ocurre en nuestro caso pues la dificultad respiratoria apareció tanto al debut del cuadro clínico como en los días siguientes al reinicio del tratamiento con veralipride. Por otra parte, la reacción respiratoria no se acompañaba de jadeo ni gruñido, aparecía a la misma hora y desaparecía a las pocas horas sin relación con el esfuerzo físico, al mismo tiempo que carecía de acompañamiento de discinesias orales o de otro tipo.

Acatisia Respiratoria

Hirose (16) describe 5 casos que presentaron hiperventilación y disnea tan pronto iniciaron la toma de medicación antipsicótica y mejoraron al poco de suspenderla. Los pacientes se quejaban de tener una sensación interna de inquietud o malestar interno que les llevaba a buscar alivio mediante la respiración forzada, o dicho de otra manera, manifestaban la incapacidad de respirar de forma relajada (la misma incapacidad que otros pacientes manifiestan a la hora de controlar el movimiento de sus piernas). A este tipo de dificultad respiratoria Hirose la denominó “acatisia respiratoria” atribuyéndola al tratamiento neuroléptico mientras que su supresión y/o la administración de biperideno eliminaba o mitigaba la acatisia. La acatisia respiratoria no siempre se acompaña de la inquietud motora típica y/o síntomas parkinsonianos, por lo que fácilmente puede pasar desapercibida. En nuestra opinión, la clínica descrita por Hirose es la que manifiesta la paciente del caso clínico, en donde lo más destacado es la incapacidad de respirar de forma sosegada, sin otros síntomas acompañantes. La suspensión del veralipride fue

La discinesia respiratoria suele acompañarse de discinesias faciales y orales y la dificultad respiratoria es continua durante las horas del día, disminuyendo o desapareciendo durante el sueño

seguida del cese total de dicho trastorno, al igual que había ocurrido al suspenderlo la paciente la primera vez coincidiendo con la primera consulta. Suponemos que el alprazolam no produjo el efecto miorrelajante deseado por ser una dosis insuficiente.

Distonía Aguda

Se caracteriza por contracciones tónicas de los músculos respiratorios que empeora con el esfuerzo y se manifiesta por cambios en la voz, cambios posturales anormales y disnea. En opinión de Braun et al (17) esta última parece ser debida a las contracciones excesivas y/o des-sincronizadas de las vías aéreas superiores y/o del diafragma, siendo normal el intercambio de gases. Estas contracciones musculares espasmódicas e irregulares durante la conversación y las actividades diarias están asociadas con la sensación del esfuerzo excesivo para superar los espasmos. En el caso que nos ocupa, tampoco estaban presentes las alteraciones de la voz ni las posturales.

Otra posible variante a tener en cuenta es la **Distonía Laríngea**, mencionada por Lagueny et al (18) como responsable de un síndrome obstructivo de vías aéreas superiores, en algunos casos grave; según estos autores los trastornos respiratorios aparecen después que los signos de distonía cervical o facial.

Estas contracciones musculares espasmódicas e irregulares durante la conversación y las actividades diarias están asociadas con la sensación del esfuerzo excesivo para superar los espasmos.

Otros Diagnósticos

La **discinesia laríngea funcional** es un trastorno que cursa con estridor; la clave para su diagnóstico es la aducción paradójica del pliegue vocal en inspiración, lo cual se aprecia con la nasendoscopia (Renz et al, 19).

Exploración

Ante las dificultades respiratorias detectadas en el curso del tratamiento con neurolépticos, ya sea acatisia o discinesia respiratorias ya sea el síndrome de hiperventilación psicógena, es conveniente:

- 1.- Anamnesis detallada (inicio, evolución...) Antecedentes, enfermedades, medicamentos....
- 2.- Exploración física general
- 3.- Exploración cardio-pulmonar: ECG, radiografía de tórax,

pruebas funcionales respiratorias, gases sanguíneos (alcalosis respiratoria).

4.- Exploración neurológica (incluido TAC craneal para descartar infarto ganglionar basal).

5.- Examen clínico de la Discinesia Respiratoria: en caso de duda seguiremos los pasos propuestos por Chiu et al (20):

a.- Como maniobra de activación decirle al paciente que camine durante un minuto.

b.- Desnudo hasta la cintura, observar la respiración durante tres minutos en posición sentado y acostado.

c.- Observar la presencia de gruñidos, jadeos y disnea.

d.- De acuerdo con los criterios de discinesia respiratoria, valorar la frecuencia, ritmo y profundidad de la respiración.

e.- Descartar cualquier otra enfermedad médica que pueda cursar con alteraciones de la respiración.

Tratamiento

1.- De la acatisia respiratoria:

Suele ser suficiente la suspensión del veralipride de forma escalonada. Si es muy intensa se puede administrar Biperideno o Trihexifenidilo, es decir, se puede aplicar el tratamiento usual de la acatisia por neurolépticos.

2.- De la discinesia respiratoria:

Suspender el neuroléptico y sustituirlo por Clonazepan e incluso la Tetrabenazina o bien recurrir a la sustitución por otros fármacos no neurolépticos: baclofeno, ácido valproico, clonidina, propranolol, bromocriptina, diltiacén, etc.

La ausencia de otros síntomas acompañantes (discinesia respiratoria con discinesias orofaciales; hiperventilación, etc) orienta el diagnóstico hacia una acatisia respiratoria tal y como la describe Hirose.

Conclusiones

La paciente presentó dificultad respiratoria en forma de disnea al poco tiempo de iniciar la tomar veralipride para controlar los síntomas vasomotores de la menopausia. La ausencia de otros síntomas acompañantes (discinesia respiratoria con discinesias orofaciales; hiperventilación, etc) orienta el diagnóstico hacia una acatisia respiratoria tal y como la describe Hirose (16). Por tanto, debemos considerar a la acatisia respiratoria como un acontecimiento adverso incluido entre las posibles reacciones adversas del veralipride en ausencia tanto de otros tratamientos

simultáneos como de otras enfermedades concomitantes susceptibles de ocasionarla. Por otra parte, la relación temporal entre el veralipride y la dificultad respiratoria es muy clara y se confirma con la desaparición del síntoma tras la suspensión del veralipride.

Bibliografía

- Laplane D, Dougados M, Macron JM. Dyskinesias due to veralipride. *Nouv Presse Med* 1982; Jun 5; 11(26):2015.
- Destee A, Warot P. Remarques a propos des dyskinesies dues au veralipride. *Presse Med* 1983; 12(16):1018.
- Bouchez B, Farre JM, Arnott G. Early excitomotor syndrome during treatment with veralipride. *LARC Med (France)* 1984; 4(3):178-179.
- Gabellini AS, Pezzoli A, De Massis P, Sacquegna T. Veralipride-induced tardive dystonia in a patient with bipolar psychosis. *Ital J Neurol Sci* 1992 ; 13(7):621-3.
- Milandre L, Ali Cherif A, Khalil R. Syndrome parkinsonien au course d'un traitement par le véralipride. *Rev Med Interne* 1991 ; 12(2):157-8.
- Tieve HAG, Sa DSS. Piora de parkinsonismo após uso de veraliprida para tratamento da menopausia: relato de caso. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2001; 59(1):123-124.
- Franchignoni FP, Tesio L. Parkinson syndrome induced by veralipride. *Minerva Ginacol* 1995; 47(6):277-9.
- Masmoudi K, Decocq G, Chetaille E, Rosa A, Mizon JP, Andrejak M. Extrapiramidal disorders induced by veralipride (Agregal). Apropos of 5 cases. *Therapie* 1995; 50(5):451-4.
- Llau ME, Nguyen L, Senard JM, Rascol O, Montastruc JL. Drug-induced parkinsonian syndromes: a 10-year experience in a regional center of pharmaco-vigilance. *Rev Neurol (Paris)* 1994; 150(11):752-62.
- Shelton PS, Barnett FL, Krick SE. Hyperventilation associated with quetiapine. *Ann Pharmacother* 2000; 34:335-7.

- Sattar SP, Gastfriend DR. Olanzapine-induced hyperventilation: case report. *Rev Psychiatr Neurosci* 2002; 27(5):360-63.
- Polkey MI, Lyall RA, Moxham J, Leigh PN. Respiratory aspects of neurological disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 66:5-15.
- Phillipson E.A. Trastornos de la Ventilación. En Harrison. *Principios de Medicina Interna*; Madrid; McGraw-Hill, 2003; II:1775-1779.
- Weiner WJ, Goetz CG, Nausieda PA, Klawans HL. Respiratory dyskinesias: extrapyramidal dysfunction and dyspnea. *Ann Int Med* 1978; 88:327-331.
- Marta-Moreno E, Gracia-Naya M, Marzo-Sola ME. Discinesia respiratoria inducida por veralipride. *Rev Neurol* 1997; 25(138):245-247.
- Hirose S. Restlessness of respiration as a manifestation of akathisia: five case reports of respiratory akathisia. *J Clin Psychiatry* 2000; 61:737-741.
- Braun N, Abd A, Baer J, Blitzer A, Steward C, Brin M. Dyspnea in dystonia. A functional evaluation. *Chest* 1995; 107:1309-1316.
- Lagueny A, Burband P, LeMasson G, et al. Involvement of respiratory muscles in adult-onset dystonia: a clinical and electrophysiological study. *Movement Disorders* 1995; 10(6):708-713.
- Renz V, Hern J, Tostevin P, Hung T, Wyatt M. Functional laryngeal dyskinesia: an important cause of stridor. *J Laryngol Otol* 2000; 114(10):790-2.
- Chiu HFK, Lam LCW, Chan CHS, Ho CKW, Shum PPS. Clinical and polygraphic characteristics of patients with respiratory dyskinesia. *Brit J Psychiatry* 1993; 162:828-830.

Equipo de continuidade de cuidados na rede de saúde mental. A experiencia da área de Lugo

Autoras

Suárez Sueiro, M. J. D.U.E.*, Freije Castro, C. Auxiliar Enfermería.*, Vázquez, M. J. Psicóloga.** López Ares, S. Psiquiatra**

*Equipo de continuidade de cuidados

**Hospital de día psiquiátrico.

Resumo

A necesidade de desenvolver novos recursos asistenciais para a atención de enfermos mentais graves coma os case manager ou os tratamentos asertivos comunitarios.

Analízase a necesidade de desenvolver novos recursos asistenciais para a atención de enfermos mentais graves coma os case manager ou os tratamentos asertivos comunitarios. Describense e analízanse os resultados de 2 anos de traballo dun equipo de “continuidad de cuidados”

Palabras clave

Enfermo mental grave ou severo, Psiquiatría comunitaria, Continuidade de cuidados, Case Manager, Tratamento Asertivo Comunitario(ACT)

Summary

Analysis of the need for development of new welfare resources for care of patients with severe mental disorders such as case management or assertive community treatment. Description and analysis of results of 2 years of work of a “care continuity” team.

Key words

Severe mental disorder, Community psychiatry, Care continuity, Case Manager, Assertive community treatment (ACT)

O paso dunha asistencia psiquiátrica baseada nos hospitais a unha asistencia baseada na comunidade, plantexa a necesidade da creación de novos recursos asistenciais.

Que o “Decreto polo que se regula a saúde mental en Galicia” establecera que a asistencia terá “unha orientación comunitaria”(1) supuxo un aval a unha rede de recursos xa existentes -por teren sido creados dende os hospitais psiquiátricos- e un impulso para a creación de novos recursos,

As unidades de hospitalización psiquiátrica nos hospitais xerais ademais de acabar coa inadmisíbel discriminación dos enfermos psiquiátricos, acabou- no caso dos enfermos mentais máis graves- con longas e ás veces definitivas separacións dos enfermos da súa familia e da sociedade, pero teñen que ser complementadas con estruturas intermedias que garantan o seu tratamento e “continuidade de cuidados”. As Unidades de Saúde Mental (U.S.M.), os Hospitais de Día e os Centros de Día cumpren esta función e foronse desenvolvendo na nosa comunidade nos últimos anos, cun especial impulso na provincia de Lugo que partía dunha situación moi precaria.

Pese ó desenvolvemento dos recursos ambulatorios e de hospitalización parcial os enfermos mentais graves, polas características da súa enfermidade –en especial a falta de conciencia de enfermidade- seguen sen acceder a uns servizos que por outra parte se atopan moitas veces saturados por outros enfermos con patoloxías máis leves (e incluso ás veces banais) pero que exercen unha grande presión asistencial, o que tamén contribúe á súa marxinação.

Os Assertive community Treatment (ACT) responden a esta necesidade de prestar asistencia a enfermos mentais graves que con anterioridade eran tratados en hospitais.

Os Assertive community Treatment (ACT) responden a esta necesidade de prestar asistencia a enfermos mentais graves que con anterioridade eran tratados en hospitais. Dende o seu inicio en EEUU nos anos 70, xurdiron outros modelos que -aínda que con variantes entre eles- adoitanse chamar títolos de casos ou Case Manager con obxectivos similares pero con distintas formas de actuación, distintos profesionais e tempo de dedicación, así como a asignación de responsabilidades. Así no caso dos ATC a responsabilidade dos pacientes recae sobre un equipo multidisciplinar que realiza toda a atención, incluída a psiquiátrica e que está dispoñible 24 horas tódolos días do ano (2). En 1997 publicáronse as “Propostas de desenvolvemento da atención á saúde mental en Galicia”,(3) nas que se inclúen as Unidades de

Continuidade de Coidados como un recurso de rehabilitación e asignándolle as funcións de coordinación cos dispositivos e a verificación da continuidade de coidados. Asimila esta unidade, ó equipo do Centro de día coordinador incrementada polo Titor de casos.

Este dispositivo de rehabilitación foise poñendo en marcha de forma gradual nas distintas áreas sanitarias antes de que se constituísen os centros coordinadores de día polo que na actualidade dependen organizativamente de outros recursos de rehabilitación e se constituíron como equipos de continuidade de coidados bastante autónomos.

Tanto a composición do equipo coma o tempo de dedicación os fai diferentes dos ATC sen embargo tamén difiren dos Case Manager pola súa forma de actuación que, polo menos no caso do equipo da área de Lugo ten bastante de asertivo.

Estes equipos están formados por un DUE e un Auxiliar de Enfermería.

Experiencia do equipo de continuidade de coidados na área de Lugo

O equipo empezou o seu traballo despois de un período de formación con outro equipo, experimentado no traballo con enfermos mentais graves na comunidade, como é o da área de Vigo

A finais de 2001 creouse a unidade de continuidade de coidados da área de Lugo. O equipo está formado por unha DUE e unha Auxiliar de Enfermería (como xa dixemos) e dispoñen dun coche para os seus desprazamentos e un teléfono móbil, que lles permite un contacto case permanente (durante a súa xornada laboral) cos enfermos que teñen ó seu cargo e coa rede de servizos psiquiátricos (en especial o hospital de día) cos que serven de ponte.

O equipo empezou o seu traballo despois de un período de formación con outro equipo, experimentado no traballo con enfermos mentais graves na comunidade, como é o da área de Vigo e de un período de rotación polos servizos da rede asistencial da área.

A análise destes dous primeiros anos de traballo, permítenos sacar algunhas conclusións, tanto do traballo realizado como de aspectos organizativos que en principio non foron explicitados, pero que o propio sentido común foi explicitando. Un bo exemplo disto foi que non se estableceu de antemán a distancia máxima, ou no seu caso se

a asistencia se realizaría en toda a área, o que se traduciu nunha demanda focalizada nunhas isocronas de media hora de distancia. Tampouco se explicitou ningunha outra característica dos usuarios, nin dos niveis de actuación, actuouse alí onde foi necesario. Analizaremos todos estes aspectos e outros que nos suxiren os datos de estes 2 anos.

O equipo depende organizativamente do hospital de día, onde dispón dun despacho e onde ten os seus arquivos, e onde tódolos días inicia a súa actividade, coa posta ó día das fichas dos enfermos que foron obxecto de algunha actuación o día anterior e a planificación das visitas a realizar ese día.

Un día á semana lévase a cabo una reunión de coordinación no Hospital de Día, na que o equipo e a psiquiatra responsable do mesmo, analizan os problemas xurdidos e planifican solucións ou criterios de actuación (independente das necesidades que xurdan de forma puntual con máis ou menos urxencia).

Actividade

Descontado o tempo de planificación o 71% do tempo adícase á atención domiciliaria.

A frecuencia das visitas é moi variable- depende sobre todo do estado clínico dos enfermos- e son planificadas segundo as necesidades de cada enfermo, inclúen:

- Control da medicación oral.
- Administración da medicación depot.
- Valoración da evolución.
- Información
- Concienciación da enfermidade
- Información ós familiares.
- Atención ás necesidades sanitarias non psiquiátricas.
- Atención a necesidades sociais

Un día á semana lévase a cabo una reunión de coordinación no Hospital de Día, na que o equipo e a psiquiatra responsable do mesmo, analizan os problemas xurdidos e planifican solucións

Realízanse unha media de 71 visitas domiciliares/mes.

A relación con outros servicios supón o 29% da actividade, da cal o 6% realízase na unidade de hospitalización psiquiátrica onde se realizan entrevistas previas á alta, outro 6% desta actividade lévase a cabo cos servicios sociais e o 9% restante realizase nas U.S.M.

ACTIVIDADE/ MES

Visitas Domicilio	71
U.S.M.	9
Unidade de Agudos	7
Servicios Sociais	6
Pisos protexidos	1
Outros	2

Táboa 1

Obxectivos do servicio

Dentro do obxectivo xeral da “toma a cargo” que trata de manter ó enfermo dentro da rede asistencial, procurándolle unha asistencia integral (sanitaria, psiquiátrica e social) o máis eficaz, satisfactoria e acorde coas súas necesidades. Establecemos os seguintes obxectivos parciais e escalonados:

Dentro do obxectivo xeral da “toma a cargo” que trata de manter ó enfermo dentro da rede asistencial, procurándolle unha asistencia integral o máis eficaz, satisfactoria e acorde coas súas necesidades.

- Apoio, acompañamento e asesoramento ó paciente.
- Seguemento e control do tratamento.
- Detección precoz de abandonos.
- Detección precoz de descompensacións
- Coordinación con cada dispositivo específico co que se relacionou o paciente:
 - Unidade de agudos.
 - Hospital de Día.
 - Atención primaria.
 - Servicios sociais.
 - Outros
- Actuación sobre a familia ou outras persoas relacionadas co paciente.
- Orientación a actividades de grupo (psicoterapia, socioterapia, ocio)
- Conexión e coordinación cos recursos sociais e comunitarios nos que se pretende integrar ó paciente

Características dos usuarios

Durante os dous anos de funcionamento da Unidade atenderonse 42 enfermos: 10 mulleres (40%) e 25 homes (60%), cunha idade media de 48 anos para as mulleres e 40.2 para os homes.

	TOTAL	MULLERES	%	HOMES	%
	42	17	40	25	60
Media Idade	43.4	48		40.2	

Táboa 2

MEDIO	Número	%
RURAL	13	31
URBANO	29	69

Táboa 3

A maioría das demandas procederon da Unidade de Hospitalización 32 pacientes (76%) e foron previas á alta o que permitiu entrevistas de contacto na propia Unidade de Hospitalización, nas que se estableceu unha relación interpersoal moi valiosa para as posteriores visitas a domicilio.

A segunda fonte de demanda foi o Hospital de Día de Psiquiatría (6 pacientes (14%)), moi por debaixo da Unidade de Hospitalización. O 10% da demanda procede da Asociación de familiares.

PROCEDENCIA DA DEMANDA

	Número	%
U. HOSPITALIZACIÓN	32	76
H. DE DÍA	6	14
OUTROS	4	10

Táboa 4

A maioría dos enfermos derivados á unidade estaban diagnosticados de esquizofrenia 24 (57%), aínda así menos dos que cabería esperar, isto é debido a que en moitos casos están condicionados por factores sociais (e en xeral corresponden a aqueles que requiren unha atención temporal) máis que clínicos.

O 17% estaban diagnosticados de Trastornos afectivos, o 10% de Trastorno de Ideas Delirantes e outro 10% de outras psicoses. Tres enfermos tiñan outros diagnósticos, un deles tiña un tumor cerebral e non recibía ningún apoio familiar polo que tivo que ser seguido polo equipo.

DIAGNÓSTICOS	NÚMERO	%
ESQUIZOFRENIA	24	57
T. AFECTIVO	7	17
T. I. DELIRANTES	4	10
OUTRAS PSICOSES	4	10
OUTROS	3	7

Táboa 5

A situación familiar é xunto coa situación clínica o factor máis importante para que sexa requerida a actuación do equipo, xa que a ausencia de familia ou a falta de apoio desta (xa sexa por incapacidade, ignorancia ou estaren desbordados polo problema) é unha das causas da mala evolución dos enfermos.

Menos da metade dos enfermos 19 (45%) viven con seus pais ou familia de orixe, pero máis da metade destes 52% viven só coa súa nai, que en ocasións é maior, está enferma (ás veces é unha enfermidade mental) e non está suficientemente informada da enfermidade do seu fillo.

Catorce (33%) enfermos non viven coa familia, xa que están nun piso protexido, unha residencia ou nunha pensión. Tres viven sós e seis viven con outros familiares como irmáns ou tíos.

CONVIVENCIA

	Número	%
CON PAIS	19	45
OUTROS FAMILIARES	6	14
SÓS	3	7
OUTROS	14	33

Táboa 6

Resultados

Dos 42 enfermos atendidos polo equipo 10 (24%) non foron seguidos de forma continuada, e as actuacións foron puntuais en función das súas necesidades (en 2 casos a actuación consistiu en propicia-la asistencia ó Hospital de Día.

Nun traballo descriptivo coma este non é posible sacar conclusións sobre a eficacia deste dispositivo, nin moito menos comparalo coa eficacia de outro tipo de actuacións, sen embargo a análise dos resultados obtidos demostra unha melloría dos enfermos respecto a unha serie de parámetros como: a adherencia ó tratamento, frecuentación dos servizos, melloría clínica e aumento da calidade de vida dos enfermos e a súa familia.

Só 3 enfermos non tiveron ningunha melloría respecto á súa situación inicial. Dos 28 dos que partían de unha situación de continuos abandonos do tratamento, 25 son bos cumpridores na actualidade.

O período de estudio de dous anos é insuficiente para valora-la súa incidencia no número de ingresos, pero ó menos en sete casos que partían dun elevado número de internamentos, catro non sufriron ingresos neste período e os que sufriron ingreso con posterioridade ó seguimento (5 casos), diminuíron o tempo de estancia no hospital.

Nun traballo descriptivo coma este non é posible sacar conclusións sobre a eficacia deste dispositivo, nin moito menos comparalo coa eficacia de outro tipo de actuacións

Conclusións

Aínda que é cedo para facer unha valoración da eficacia de este dispositivo e sobre todo carecemos dun sistema de avaliación fiable e obxectivo, as seguintes conclusións aínda que reais e trascendentes -no sentido de que tiveron consecuencias importantes na evolución da maioría dos enfermos- non poden ser comparadas con outros modelos de actuación. Esta dificultade de avalia-los resultados de xeito obxectivo é, ó noso xuízo, unha das razóns de algunhas críticas (5) e da falta de “evidencias” de eficacia da revisión COCHRANE (6), mentres que nos últimos anos estes modelos de asistencia estenderonse por toda Europa (7)

A análise do traballo realizado durante estes 2 anos permítenos extraer dous tipos de conclusións, unhas que chamaremos clínicas e que teñen que ver cos factores que inflúen na evolución e outras que teñen que ver coa organización.

Conclusións clínicas

A actuación a nivel familiar mellora a calidade de vida dos enfermos e as súas familias e diminúe a angustia que produce o temor ás descompensacións, os ingresos e o regreso dos enfermos a casa tra-la alta.

Os enfermos máis graves que teñen escasa conciencia de enfermidade, baixo apoio familiar e tendencia a abandona-lo tratamento e por tanto a recaer; mediante a actuación do equipo de continuidade de cuidados aumentan o cumprimento do tratamento e manteñense estables clínicamente.

A actuación dos “titores de casos” mellora a frecuentación dos servizos psiquiátricos e sanitarios en xeral.

A intervención a distintos niveis das redes sociais, aumenta a participación dos enfermos en actividades, o que diminúe o seu illamento.

A actuación a nivel familiar mellora a calidade de vida dos enfermos e as súas familias e diminúe a angustia que produce o temor ás descompensacións, os ingresos e o regreso dos enfermos a casa tra-la alta.

A escasez de dispositivos de apoio social e a falta de dispositivos de integración laboral supoñen un teito na consecución da integración dos enfermos na comunidade.

Como en toda rede, os erros no resto dos dispositivos (como prazos

excesivos para as revisións) diminúen a eficacia das actuacións.

En definitiva, aínda que esta valoración poda pecar de subxectiva, a maioría dos enfermos ós que se prestou atención, están e atopanse moito mellor e os profesionais da saúde mental que están implicados no seu tratamento mostranse satisfeitos cos resultados.

Conclusiones sobre a organización

Xa comentamos que non se delimitou unha área xeográfica dentro da cal actuaría o equipo nin se estableceron criterios clínicos nin sociais e isto non supuxo ningún atranco, como tamén comentamos antes, gracias ó sentido común dos profesionais que demandaron o servizo. Sen embargo non se pode asumir sen máis coma o mellor criterio a “falta de criterio”.

Respecto da delimitación dunha área esta claro que a distancia en tempo é inversamente proporcional ó número de enfermos que poden ser atendidos, pero tamén é certo que supón unha certa discriminación, discriminación que por outra parte sufren tódalas persoas en función da súa residencia.

Respecto ós factores clínicos e sociais, aínda que de cara á organización, establecemento de prioridades, rexeitar un servizo ou levar a cabo unha investigación son desexables; a elaboración de criterios precisa dun tempo de rodaxe e un estudio posterior da demanda, que habitualmente co seu crecemento impón a adopción de criterios e prioridades

Despois dunha primeira fase de lóxico crecemento a demanda atopase estabilizada, o que fai pensar que o equipo está ben dimensionado para a área de actuación actual e que o criterio de selección dos enfermos que poderíamos chamar simplemente de “enfermos que o necesiten” é o axeitado.

Por todo isto concluímos que:

O número de equipos terase que establecer en función do nº de habitantes e a súa dispersión, organizando o servizo territorialmente en torno ós principais eixos de comunicación viaria. A suma de factores sociais e clínicos- ou só clínicos - sen establecer límites concretos poden ser abondo se os profesionais implicados na demanda teñen claras as funcións do equipo e se a poboación a asistir está ben dimensionada.

Nos casos de Hospitalización o contacto previo á alta cos enfermos débese establecer coma unha norma e coma unha recomendación no caso de enfermos en seguemento nas U.S.M.

E necesario desenvolver sistemas fiables para avaliar de forma obxectiva os cambios na evolución dos enfermos que se observan tralas actuacións dos equipos de continuidade de cuidados.

Bibliografía

- Decreto 389/1994 do 15 de decembro, polo que se regula a saúde mental en Galicia.

- Gisbert, C. coord. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Cuadernos temáticos AEN nº6 2002

- Propostas de desenvolvemento da atención á saúde mental en Galicia. Colección Saúde mental nº 18. Xunta de Galicia 1997.

- Jansen, M.A. Implantación de un programa baseado en la comunidad para enfermos mentales crónicos. En Temas de Salud mental en la comunidad. Ed. Levav, I. O.P.S. 1992.

- Tizón, J.L. Investigación y docencia en Salud Mental II Rev . Asoc. Neuropsiq. 2001 Vol. XXI nº 78 pag 73-101

- Case management for people with severe mental disorders (Cochrane Review)

- Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. From The Cochrane Library, Issue4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. All rights reserved

- Case Management and Assertive Community Treatment in Europe. Tom Burns, M.D., F.R.C.Psych., Angelo Fioritti, M.D., Frank Holloway, F.R.C.Psych., Ulf Malm, M.D. and Wulf Rössler, M.D. Psychiatr Serv 52:631-636, May 2001 © 2001 American Psychiatric Association

- Kaplan, G. Principios de psiquiatría preventiva. Paidós Buenos Aires 1985.

- Birchwood, M. y Tarrier, N. eds. El Tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Ariel Barcelona 1995.

- Watts, F.N. y Bennet, D.H. comps. Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y práctica. Limusa Mexico 1990

A propósito de..

El chiste y su relación con la salud mental

Autor

Javier Carreño Villada. MIR-2 Psiquiatría. Vigo.

Atenazados por el discurso totipotente de una ciencia que ha cercenado la subjetividad y, parapetados detrás de unos manuales diagnósticos a los que no dudamos en vilipendiar, la salud mental, a pesar de todo, nos brinda lindos agujeritos por los que se escapa algo que consigue dar salud mental a la salud mental. El deseo, lo inconsciente, siempre en continuo devenir dentro de los vericuetos que dejan los discursos hace su aparición en momentos casi poéticos, donde aquellos que nos dedicamos a esto, brindamos nuestros mejores diagnósticos, nuestras más acertadas intuiciones pronósticas y hasta las posibilidades de tratamiento más próximas a la verdad de los asuntos a los que nos enfrentamos en nuestro quehacer diario. Son estos momentos, los territorios “basura” de lo profesional. Son los lugares para el chiste, la comedia y al chanza. Las charlas de pasillo, los cafés y los encuentros fuera del trabajo diario. Momentáneamente despojados de los semblantes, se nos caen los diagnósticos más verdaderos, “es un psicótico”, es una histérica”; los más avezados pronósticos “este se descompensa en cuanto llegue a casa”, “en cuanto vuelva a tocar ese tema...”, “con esa familia lo tiene crudo”, e incluso los tratamientos más genuinos, “esta lo que le pasa es que está mal follada”, “esta si el marido la llamase al orden”, “este en cuanto le deje la mujer se espabila...”.

El deseo, lo inconsciente, siempre en continuo devenir dentro de los vericuetos que dejan los discursos hace su aparición en momentos casi poéticos.

Freud, en su tiempo, conjeturó todo un modelo teórico de la psique humana y de su padecimiento con el pobre andamiaje de los desheredados de la psicopatología, a saber: el chiste, los sueños, los lapsus... y con la luz que le brindaron comentarios de la trastienda profesional, es decir, el famoso dicho de Breuer, “esto son secretos

de alcoba” o el no menos oportuno de Charcot, “Mais, dans des cas pareils, c'est toujours la chose génitale, toujours..., toujours..., toujours”. Hasta el punto de erigir todo un modelo etiológico del enfermar psíquico a base de la sexualidad, y de desarrollar toda una lógica de este enfermar tabulando y equiparando el síntoma a fenómenos como el chiste. Con el chiste, como recoge Lacan en el seminario 5, fue especialmente acertado. Tras el habitual trabajo de investigación y “desbrozamiento” de lo anteriormente publicado, Freud se adentra de lleno en una parte teórica donde desbrida lo que viene a ser la raíz del chiste. Como señala Lacan, Freud apunta primeramente lo cómico, como aquello perteneciente a lo imaginario, como ese placer en la imagen imposible, esa satisfacción en las paradojas de lo corporal, como las escenas cómicas, las caretas, los disfraces, las situaciones imaginariamente absurdas nacidas casi de la ingenuidad ante la imagen. Por otro lado, su análisis del chiste no se sacia ahí, sino que es capaz de llevarlo más allá, al concebir, el chiste propiamente dicho, como un fenómeno más allá de lo imaginario, que radica su fundamento en la presencia de un tercero. El chiste es la búsqueda y el desencuentro con ese tercero, ese Otro. Como dice Freud se trata, en el placer del chiste, de la liberación de una coerción y la consecuente satisfacción. En el momento del chiste hay una súbita destitución del Otro al que los significantes del mismo chiste nos conminan, con la consecuente experiencia de satisfacción. Se podría decir que el placer viene realmente de la restitución que se produce automáticamente después de la destitución del Otro. Brevemente, la cadena significativa se torna vacía para en el acto poder ser reinstaurada hacia otro lugar que nos posibilita la polivalencia del chiste, siendo más explícitos con el texto, sería del poco sentido al paso de sentido, ese retorno al estadio infantil de instrumentalización del significativo.

Freud apunta primeramente lo cómico, como aquello perteneciente a lo imaginario, como ese placer en la imagen imposible, esa satisfacción en las paradojas de lo corporal, como las escenas cómicas

A fin de no perdernos, retomamos nuestro presupuesto inicial, y con lo aprendido nos asomamos de nuevo al quehacer diario de la clínica en salud mental. Como comentábamos antes, es habitual el chiste entre colegas. Como piedra de toque de estas chanzas suele estar, en la mayoría de las ocasiones, la veracidad de nuestros esquemas y principios propedeúticos, recordemos sino.. ”este.. un neuras” “ tienen pinta de psicoticazo...”, “tiene un tufo a jeta...”, argumentos estos con los que intentamos de forma jactante comulgar con el prójimo en esta especie de desabonamiento paradigmático en el que está sumida nuestra labor. En este proceso, al igual que con el chiste de Freud, reducimos al Otro de la

psiquiatría, de los manuales, de la ciencia al fin y al cabo a una mera pantomima. Es decir, el discurso de la ciencia es incapaz de captar con todo su abanico descriptivo todo lo que podemos elucubrar en torno a nuestros pacientes, es más, ninguno de nuestros pacientes termina nunca de acomodarse en ningún casillero de los descritos por la ciencia. Lógico es que cuando saltamos con alguno de estos diagnósticos chistosos, la satisfacción sea proveniente, como refiere Freud, de la liberación de una coerción. Para más inri, estos comentarios no son vacíos en absoluto, si no que en muchas ocasiones, dan cuenta de una visión estructuralista de la patología mental “es un psicótico”, o de una etiología sexual del malestar psíquico “cuando se case se le pasa”. Casualmente y para cerrar el círculo, son estos temas, los temas “bandera” del psicoanálisis, resumiendo; el diagnóstico estructural, las psicosis no desencadenadas, la sexualidad, la subjetividad, el caso por caso etc... Por lo tanto, como en tiempos de Freud, el psicoanálisis hace aparición de nuevo entre los restos del discurso psicopatológico, justo cuando el clínico se descorseta del asfixiante yugo de un proceder desprovisto de la subjetividad y hastiado por su infecunda labor, profiere a su colega el chiste que libera.

Por último para los valientes lectores que hayan llegado al final de esta reflexión, al igual que en el chiste, ofrecemos este chiste que libere de la reflexión a que condena este artículo:

El psicoanálisis hace aparición de nuevo entre los restos del discurso psicopatológico, justo cuando el clínico se descorseta del asfixiante yugo de un proceder desprovisto de la subjetividad.

-¿Cuántos psiquiatras son necesarios para cambiar una bombilla?

- Uno, pero lo importante es que la bombilla quiera cambiar.

Creemos quizás, manteniéndonos en lo dicho de que en el chiste esta la verdad, que haya sido mucho más gráfico este epílogo que todo lo barruntado anteriormente.

Bibliografía

- Freud, S. “El chiste y su relación con lo inconsciente”. Obras Completas. Biblioteca Nueva, Tomo III.
- Freud, S. “Historia del movimiento psicoanalítico”. Obras Completas. Biblioteca Nueva, Tomo V.
- Lacan J, El seminario, Libro V. “Las formaciones del inconsciente”. Ed. Paidós.

Las artes de AHORA MISMO

“De lo que existe, ya no es necesario hablar”(1)

Autor

Ángel García
Filósofo. Artista plástico y environment maker. Palma de Mallorca,
11-Maio-2004

Si podemos hablar sobre algo y encerrarlo entre los límites de las letras y espacios que forman el lenguaje, asistimos a su cese (muerte no, por favor).

Hablemos, pues, de lo que aún no existe.

Esta es la exigencia que le planteamos al arte contemporáneo, o, mejor dicho, a las artes de ahora mismo, en ESTE PRECISO INSTANTE: reflejar sólo la vida, y, además, la vida viva.

Esta es la exigencia que le planteamos al arte contemporáneo, o, mejor dicho, a las artes de ahora mismo, en ESTE PRECISO INSTANTE: reflejar sólo la vida, y, además, la vida viva.

Creemos que la gramática que anima a las artes es tan distinta de la de los lenguajes convencionales que esperamos encontrar en ellas fórmulas sobre lo que más nos interesa de la vida: lo vivo (misterio no, por favor).

Y es posible, que las artes actuales estén en ese puente finísimo entre lo vivo y lo muerto, y, por eso mismo, representen perfectamente lo que está en proceso, lo que no está acabado, lo que se muestra en ciernes y que nos necesita para completarse.(2)

Y es posible, también, que les exijamos soluciones terapéuticas que nos acerquen a la comprensión de lo caótico, de lo sorprendente y que nos cure de la polifobia que vivimos en la actualidad: “tenemos miedo de todo –de las ondas de telefonía móvil, de lo que comemos, de lo que bebemos, etc-, y ya no aceptamos los accidentes, ya no el suceso en sí, sino ni siquiera la idea misma. El

accidente se ha convertido en un escándalo, una obscenidad, un crimen. Es una época de riesgo cero, de protección total de las vidas y de la salud, una época que impulsa a la gente a exigir una prudencia preventiva que en la actualidad denominamos “principio de precaución”.(3)

Podemos seguir exigiendo una vida aclarada (remojada y lavada previamente), pero lo que queremos encontrar es vida, no lo olvidemos. La vida que interesa a las artes de ahora mismo, no es la del “misterio”, la “inexplicable”, la “inefable”... No nos gustaría caer en la cursilería de afirmar que el arte proclama la derrota del saber (4). La vida que interesa a las artes de ahora mismo está compuesta de condicionantes estudiados, de leyes investigadas, de parámetros discutibles, de microelementos definidos y redefinidos, de macroelementos que la influyen, de épocas que la producen, en fin , que la vida es “una cosa más”...

Y las artes de ahora mismo se presentan como “una cosa más”, y eso, no hay quien lo aguante, porque se gana más dinero con el misterio que con la claridad. A lo peor este es uno de los problemas.

Desde luego, hacer arte ahora mismo, una vez que hemos asistido a la muerte de las trascendencias, no es algo que el público perdona fácilmente a los artistas. El público delante de estas obras, de estas “oraciones sin Dios” (5), se siente estafado. A lo peor este es otro de los problemas.

Pero, es que no tener una única referencia tasada y avalada como verdadera (es decir, cualquier Dios que reúna alrededor muchas voluntades con deseo de afirmarlo), no es igual a abandonar la investigación; es igual a querer saber aún más...Meterse de lleno en ese terreno que no existe, y del que es necesario hablar (os remito a la cita de inicio).

La vida que interesa a las artes de ahora mismo está compuesta de condicionantes estudiados, de leyes investigadas, de parámetros discutibles, de microelementos definidos y redefinidos.

Metidos en lo que no existe, y creyendo que es necesario hablar de ello nos encontramos a las artes de ahora mismo, llenas de vida y de preguntas.

¿Preguntas?

La palabra castellana cuestión deriva de la latina *quaestio*, que significa al mismo tiempo pregunta y tortura.

Lo único que las artes hacen es devolvernos las preguntas, meternos

en ellas...De ahí la incomodidad de las artes de ahora mismo; de ahí que no quieran hablar de lo que ya tiene una existencia sostenida en un concepto mental delimitado. De ahí también, curiosamente, su creciente popularidad...

¿Se han dado cuenta? Cada ciudad que se considera a ella misma mínimamente importante, luce con verdadero orgullo un museo dedicado a estas artes.

¿Para qué?

Para poder tener un sitio en donde los “ciudadanos” (habitantes de la ciudad: ensimismados, sin lazos sociales demasiado vinculantes, hiperindividualistas, ajenos a la “vida” de los otros) se “alivien”, desplacen sus preguntas (o torturas) por un momento y las coloquen como si provinieran de ciertas representaciones que, pasados unos minutos, les resultarán incómodas.

Las artes toman el papel de hacer existir lo que aún no está formulado (magia no, por favor).

Toman el papel de hablar de lo necesario, es decir, de lo que aún no existe.

Y así les va, “de estupendamente”...

Bibliografía

- Cita aparecida en *Le Monde*, 19 de septiembre de 1987, citado por Guy Debord en “Comentarios sobre la sociedad del espectáculo”, Anagrama, Barcelona, 2003, pág. 17.

- De Azúa, Félix; “Diccionario de las Artes”, Anagrama, Barcelona, 2002, pp. 213 y ss.

- Lipovetsky, Gilles; “Metamorfosis de la cultura liberal”, Anagrama, Barcelona, 2002, pág. 75.

- Bourdieu, Pierre; “Las reglas del arte”, Anagrama, Barcelona, 2002, pág. 11.

- De Azúa, op. cit., pp. 50 y ss.

Qué queréis que os diga... hace treinta años

Para Lado, *in memoriam*

Autor

Santiago Lamas Crego. Psiquiatra. Ourense.

Hace algún tiempo Lado nos invitó a unos cuantos psiquiatras en las cercanías de la tercera edad a una reunión en el Pazo de Mariñán. Se trataba de hacer balance de unos años casi nunca benevolentes pero siempre interesantes, en los que el oficio que nos ocupa conoció unos cuantos movimientos sísmicos y unas cuantas reconstrucciones. Este texto fue leído en aquella reunión y se publica hoy en su recuerdo.

Los cambios que permitieron la humanización y reforma de los manicomios tuvieron consecuencias personales mas o menos complicadas para muchos colegas.

1.- Hace 30 años no había Unidades de Agudos, ni Hospitales de Día, la asistencia psiquiátrica no estaba integrada en la SS fuera de los neuropsiquiatras de cupo y había que recurrir a las diputaciones para atender de modo beneficentemente encubierto casi siempre, a los pacientes que precisaban internamiento. Había eso si, un cierto entusiasmo y una tarea por hacer casi tan política y social como asistencial a la que dimos en llamar Reforma.

La memoria histórica es frágil, a veces inexistente. Hay un buen número de colegas que suponen que los cambios ocurridos desde los 60 en adelante han venido por si mismos sin que nadie se haya ocupado de traerlos. No fue así. Los cambios que permitieron la humanización y reforma de los manicomios tuvieron consecuencias personales mas o menos complicadas para muchos colegas que hoy un poco mayores, no reclaman medallas pero que tampoco merecen que esa historia se ignore o reescriba para alivio de otros muchos. Una vez dijo Churchill de los honores y condecoraciones: *No pedir las nunca; no rechazar las nunca; no mostrar las nunca*. Nada dijo de proponerlas y ofrecerlas y aquí creo yo, tenemos unas cuantas deudas pendientes.

2.- Se trataba por entonces de algo más que hacer una correcta evaluación clínica, escribir una historia, (a veces ni eso había), o prescribir un tratamiento. Los pacientes estaban en unas condiciones de vida indigna que exigían medidas asistenciales, administrativas y legales que solo podían conseguirse en otros ámbitos que los puramente clínicos. Esa batalla sin duda, tuvo sus exageraciones y sus deformaciones. Osciló entre las alternativas antipsiquiátricas, los métodos asamblearios, las opciones consideradas entonces por algunos, tecnocráticas del sector y tantas otras cosas en las que el oficio propiamente psiquiátrico y científico quedó un tanto marginado. No conviene culpar a nadie de esa marginación. La situación lo exigía. Con los ánimos más templados, más tarde y siguiendo el teorema de Freud- Bally, (*lo que en un momento determinado debe ser excluido para avanzar, retorna más adelante en forma de discordancias que nos remiten de nuevo en forma crítica a los supuestos con los que nos hemos aproximado a nuestra tarea*), volvimos a lo técnico y exploramos el psicoanálisis, la terapia de familia, algunas psicoterapias de fusión, recibimos Mires después Pires, acogimos con recelo la prepotencia reduccionista de la Psiquiatría Biológica y la supuesta fiabilidad pragmática de los sucesivos DSMs y su industria editorial posterior. En esos mismos años asistimos al nacimiento de los Isrs, de los atípicos, a la vuelta del electroshock, a la llegada de la neuropsicología, de las técnicas de imagen, al desembarco de la genética molecular pero también a la comprobación de que la vieja sabiduría analógica escondida entre la retórica a veces manierista del Psicoanálisis o la Sistemica encerraba utilidades a las que había que dar apoyo neurobiológico y acreditación científica como Kandell ha propuesto en un artículo reciente. La “clínica” de los laboratorios llegó también en estos tiempos, más o menos con el DSM III y los Isrs y con ellos en alguna medida, llegaron también los viajes y los regalos, los diagnósticos formalizados, los protocolos, las escalas, la informática, los circuitos de investigadores asalariados y sus peculiares investigaciones, el consentimiento informado, la preocupación por los secundarismos a corto y largo plazo...

Los pacientes estaban en unas condiciones de vida indigna que exigían medidas asistenciales, administrativas y legales que solo podían conseguirse en otros ámbitos que los puramente clínicos.

Sin duda se trataba de avances, a veces un tanto turbios, pero avances aunque en ese tránsito pasamos de un trabajo lento y minucioso de pocos pacientes a días de 15, 20, a veces más, de altas apesuradas, (hay que hacer sitio), a nuevas urgencias y demandas. Antes hacíamos “películas” de nuestros pacientes; ahora como mucho fotografías polaroid reveladas en apenas 10 o 15

minutos. Con algunas vacilaciones, poco a poco fuimos reorientando el oficio de nuevo hacia sus fuentes originales. De aquel tiempo quedaron semillas que fructificaron en Grupos de Estudio y Sociedades de diversas orientaciones pero también fue por entonces que los profesionales nos dividimos y agrupamos en escuelas y tendencias sin apenas contacto entre ellas. Aun hoy, la Psiquiatría es la única especialidad médica en la que un paciente puede preguntar a su psiquiatra *de que tendencia es* sin que ese requerimiento sea recibido con sorpresa.

3.- A lo largo de estos años la Psiquiatría en España ha visto desarrollarse en su seno al menos tres corrientes: *Psiquiatría Biológica* vinculada a la Universidad y más tarde a las Unidades de Agudos relacionadas o dependientes de la Universidad; lo que llama Castilla *Psiquiatría Eto-Dinámica* en la que podemos incluir las orientaciones psicoanalíticas, cognitivo conductuales o sistémicas y el *Asistencialismo* que incluye la Psiquiatría Comunitaria como variante benéfica y el Asistencialismo de gestión como variable menos benigna aunque necesaria. Este último movimiento tuvo su lugar y su necesidad en un momento en el que la situación de la Psiquiatría era lamentable y era una obligación ética conseguir la urgente reforma de la situación. Eso empujó a muchos colegas a

En muchos Congresos y Reuniones apenas se discuten temas de neurobiología, psicofarmacología, genética o psicopatología. En su lugar hay numerosas ponencias sobre el equipo multidisciplinar.

convertirse en gestores improvisados y fue de ese modo como se consiguieron avances notables. El problema surge cuando la tendencia se convierte en práctica "clínica". En muchos Congresos y Reuniones apenas se discuten temas de neurobiología, psicofarmacología, genética o psicopatología. En su lugar hay numerosas ponencias sobre el equipo multidisciplinar, los centros de día, la situación de la reforma, la formación, (casi siempre en "abstracto"), etc etc. Este discurso tiene hoy otros ámbitos de discusión y debería ser no inexistente pero si

secundario en nuestras reuniones y congresos. En otros muchos congresos, cada vez más, apenas hay espacio para hablar de los problemas de la existencia, de los motivos del sufrimiento de muchos pacientes, de sus historias, de los modos de aliviarlos. En su lugar la presencia masiva de neurotransmisores, canales iónicos, o estudios con PET nos hace preguntarnos si "eso" sentado ante nosotros es una serotonina alterada o un ser humano que relata sus experiencias y espera un oído que sepa recibirlas y modificarlas. Esta "sutura" entre lo neurobiológico y lo narrativo, este problema "duro" de la conciencia, es el que tendremos que afrontar en los próximos años en el camino, inevitable camino, hacia una teoría unificada del campo psiquiátrico.

La división interna que nos afecta y que hace que convivan a veces con cierta aspereza sociedades e ideologías en apariencia muy diferentes, es también una división externa y conflictiva con las otras especialidades que se ocupan de la mente y del cerebro (asunto este por cierto central y motivo de la separación). Hace treinta años éramos pocos y mejor avenidos. Incluso recuerdo que a principios de los 70 se celebraba una reunión anual en Compostela de neurólogos, neurocirujanos, psiquiatras, neurofisiólogos y expertos de la medicina psicosomática, gentes hoy separadas por varias poco razonables líneas Maginot. No le llamábamos así, pero eso era, dicho simplemente, una reunión de Neurociencias. Hoy en día, por el momento, una reunión de este tipo parece difícil de convocar pero ni que decir tiene que con el añadido al menos de la Lingüística, Filosofía de la Mente y Antropología Cognitiva debería ser nuestro marco de trabajo como lo es ya en territorios que la creciente ignorancia reduccionista supone libres de esta “literatura”.

4.- A los que vivimos aquel tiempo, hayamos evolucionado hacia las ciencias cognitivas, la neurociencia dura o hacia las psicoterapias mas o menos blandas, nos define un cierto estilo. *Estilo*, lo decía René Daumal un poeta francés muerto en los 40, es *la huella de lo que se es en lo que se hace*. Nuestro estilo, creo, es o tal vez era, comunitario, aunque hoy no sea siempre fácil saber lo que queremos decir con ese adjetivo.

Por entonces, hace 30 años, hablábamos de Sector o de Psiquiatría Comunitaria y procurábamos en tiempos y maneras diversas ir hacia ese punto de convergencia. Tenemos la mayoría de los aquí presentes los años suficientes como para poder eludir la prolija enumeración de las tareas necesarias, a veces heroicas otras cómicas o trágicas pero siempre agotadoras, para abrir un nuevo dispositivo, contratar algún personal mas, o hacer una necesaria reforma arquitectónica, pero con mayor o menor fortuna todos tendíamos hacia un atractor comunitario en el que el Hospital Psiquiátrico perdía su hegemonía cuando no su exclusividad, (pasando a ser cuando no era cerrado un dispositivo mas), se abrían dispositivos asistenciales en la comunidad con diferentes funciones, (USMs, Unidades de Agudos, Centros de Día, pisos tutelados o protegidos), se integraban estos dispositivos en las redes generales de salud, se normalizaba la atención al paciente psiquiátrico en todos sus aspectos, desde el jurídico al asistencial o al laboral, se establecía la continuidad de

Se celebraba una reunión anual en Compostela de neurólogos, neurocirujanos, psiquiatras, neurofisiólogos y expertos de la medicina psicosomática, gentes hoy separadas por varias poco razonables líneas Maginot.

los cuidados, se utilizaban los recursos sociales generales, la asistencia se apoyaba en equipos multidisciplinares etc etc. En este camino a veces demasiado largo, verdadero camino de peregrinación ante los responsables políticos, cada área de Galicia tuvo su propio ritmo que dependía casi siempre del azar que llevaba a una u otra persona a puestos de responsabilidad asistencial. Esos diferentes ritmos, desde la autonomía, están hoy mucho más igualados aunque como ha sido la norma histórica prevalente, la costa, *Galifornia*, sigue siendo *Galifornia* y no hace falta decir, que la zahanoria de la demanda corría y corre siempre por delante del burro de la oferta.

Con el sector seguíamos a los pacientes en su recorrido: hospital, ambulatorio, casa, etc. Ahora cada dispositivo los atiende en su especial parcela asistencial. Los malentendidos son frecuentes. A los de Agudos les preocupan las urgencias, la interconsulta o la contención en crisis, sus camas siempre insuficientes. A los extrahospitalarios o rehabilitadores el seguimiento, la vuelta si es posible a la vida diaria, los efectos secundarios. Los primeros son intensivos; los segundos extensivos. El sector evitaba esos equívocos que no se resuelven con la rotación de guardias por diferentes dispositivos. Nos hemos especializado y como cualquier situación *jánica* hemos perdido y ganado al mismo tiempo en ese tránsito.

Han cambiado algunas cosas en nuestro medio y no siempre para bien. El rural se despuebla. El mundo agrario ha pasado de una economía de autoconsumo a una abierta al mercado

5.- En 1972 y hablo de Orense, publicamos el libro *Dos años de experiencia en psiquiatría de sector en medio rural gallego* en el mismo año que Beiras publicaba a la vez su *Atraso económico de Galicia*. Beiras definía a la población gallega por cinco rasgos: *elevada densidad, ruralismo acusado, dispersión geográfica, emigración endémica y envejecimiento*.

La asistencia pero también la psicopatología tenía que tener en cuenta al menos esos rasgos poblacionales.

Desde entonces han cambiado algunas cosas en nuestro medio y no siempre para bien. El rural se despuebla. El mundo agrario ha pasado, está pasando, de una economía de autoconsumo a una abierta al mercado y hemos aprendido que cada vez que una “casa” se convierte en “empresa” hay gentes que se ven afectadas en sus roles identitarios, en sus deseos, y padecen por ello. Han crecido las capitales y algunas villas. La población incrementó su desplazamiento hacia la costa. La dispersión geográfica se mantiene; el ruralismo ha descendido; la emigración ha casi

desaparecido substituida por los retornos y el envejecimiento se ha incrementado notablemente sobre todo en Lugo y Orense donde la población mayor de 65 está ya en el 28 %. El Alzheimer y demás demencias nos obligaron a acercarnos a la Neuropsicología, a competir con los neurólogos diagnosticadores no acostumbrados a seguimientos prolongados ni a otras dimensiones sociales familiares pero empeñados en convertirse en los científicos diagnosticadores y punto.

Estos cambios demográficos y económicos han provocado cambios sociales, exigen cambios personales identitarios y es en esos tránsitos donde vamos a encontrar las nuevas formas de presentación del enfermar, las nuevas formas de narrar los padeceres, lo que Nichter llama para el caso hindú, *los idiomas de la aflicción*.

Hace 30 años acudíamos a los dispensarios comarcales los días de feria para paliar un problema de transporte que por entonces era complicado. Utilizábamos un todo terreno de la Diputación para llegar por pistas apenas insinuadas a las casas de los pacientes (por entonces hacíamos eso). Llevábamos las medicinas que repartíamos gratuitamente (aún la seguridad social no pagaba los medicamentos). Recurríamos a los curas a los que atribuíamos funciones de trabajador social y de taxista comunitario y visitábamos periódicamente los Grupos Escolares que en ese periodo estaban completando su agrupamiento comarcal. En las casas que visitábamos nos enseñaban en primer lugar el baño instalado no hacía demasiado tiempo, substituto de un alpendre exterior que acogía esas necesidades. Por entonces todavía era frecuente encontrar algunas casas con piso de tierra; los niños vivían con los abuelos ya que la emigración era masiva y era frecuente que se marcharan ambos padres. Ahora hay pocos curas, el problema del transporte apenas tiene importancia y las medicinas se dispensan con recetas de la seguridad social. La mayoría de nuestros pacientes rurales que acuden a las USM tienen teléfono. Casi todos, en menor medida tienen también coche dentro de la familia. Muchos padres ausentes han vuelto para encontrarse con hijos problemáticos crecidos entre dos culturas, entre dos parejas de progenitores, alcanzados por nuevos problemas.

El Alzheimer y demás demencias nos obligaron a acercarnos a la Neuropsicología, a competir con los neurólogos diagnosticadores no acostumbrados a seguimientos prolongados

En los últimos años hemos visto como en las villas y el rural surgían problemas que nos parecían imposibles. Hay cocaína y hashish, heroína y alcohol en abundancia en todos esos ámbitos.

Hay macrodiscotecas comarcales que acogen los fines de semana las mismas escenas que las de cualquier otra parte, comportamientos vandálicos de post-adolescentes crecidos en los barrios de Zurich o de Stugartt, muertes en accidentes de coches en madrugadas de vértigo. Estas macrodiscotecas comarcales han alterado de manera notable los hábitos de los adolescentes rurales y han sido la puerta de entrada de numerosas patologías nuevas que no esperábamos encontrar en un medio rural como el nuestro. No hace mucho un “profeta” que anticipó las consecuencias sociales de la epidemia del SIDA hizo una nueva profecía. El consumo de alcohol y drogas en esta adolescencia prolongada que ahora vivimos provocará a través de alteraciones cerebrales (por ejemplo, poda de dendritas en las neuronas serotoninérgicas como hace el MDMA), tres síntomas: déficit de atención y motivación, labilidad emocional y descontrol de impulsos. Es decir: fracaso laboral y escolar, inestabilidad y asocialidad. Lo estamos viviendo ya hasta en los lugares mas alejados de nuestro rural. Judith Rich Harris ha escrito en un libro polémico, *El mito de la Educación*, que los padres apenas cuentan como ejemplos a imitar; lo que importa es el grupo de pares de edad. Si tiene razón (y así parece), el futuro nos va a plantear exigencias asistenciales y terapéuticas para las que no estamos preparados.

Estas macrodiscotecas comarcales han alterado de manera notable los hábitos de los adolescentes rurales y han sido la puerta de entrada de numerosas patologías nuevas.

6.- Afrontar todos estos cambios y sus patologías asociadas exige el conocimiento del medio en el que nuestros dispositivos asistenciales van a funcionar, la necesidad de ampliar nuestros sistemas de referencia al contexto y a lo psicosocial que nos permitirán no quedarnos en la lectura simple de la queja y eso vale para entidades como la Esquizofrenia o la Demencia no solo para lo que hoy llamamos trastornos adaptativos, depresiones, disociaciones o lo que sea.

Porque desde entonces nuestro campo asistencial se amplió. Pasamos de una Psiquiatría hospitalaria dura de esquizofrenias, manías y melancolías a una variedad borrosa de trastornos adaptativos, duelos, ansiedades y malestares de vida que nos exigieron nuevos aprendizajes.

Escribe Emilio Gonzalez: *En los últimos años aparece un nuevo grupo de riesgo: mujeres de mediana edad residentes en zonas agrícola-ganaderas. Interpreto que se deprimen mas que antes porque su rol actual está menos definido. Forman parte de una sociedad sometida a un rápido proceso de cambio. Se está pasando en estos medios, del tradicional concepto de casa que incluía familia extensa, tierras, animales, rituales, obligaciones, derechos*

etc al de empresa. Este cambio como todo, provoca reajustes y como siempre se van a resentir mas aquellos grupos o individuos que tienen menos poder.

Estas mujeres, retornadas muchas de ellas de una emigración europea de años en los que fueron asalariadas autosuficientes y libres, se encuentran al volver que han perdido su libertad de costumbres y su lugar en una casa que es ya una empresa mecanizada abierta al mercado, excedentaria por ello de mano de obra, en un tránsito capitalizado con sus ahorros de años. Sus hijos criados sin sacrificios, era suficiente con el de sus padres, son a veces ajenos, pertenecen a otro modo de vida que ya no se ajusta al de sus padres. Si como es frecuente se les cierra el camino de los estudios ellas se deprimen mientras que ellos se incorporan a las nuevas redes sociales, sacan sus tractores por la cuota láctea, compran cabras con las subvenciones de la comunidad europea y a veces se alcoholizan en esta nueva forma de convivencia abierta a una Europa que ellos conocen bien. Si antes teníamos que estar atentos a las rivalidades por “partillas” a los conflictos entre hermanos que nos hacían llegar alguna victima hasta la consulta, ahora además debemos atender a estas mujeres que al volver de la emigración deben adaptarse a un ámbito en el que ya no pueden vivir con la libertad suiza, a una casa que ya no es casa sino empresa, a unos hijos con los que ha convivido poco si se quedaron con los abuelos o que no se terminan de adaptar a la vida rural de aquí.

Es este, simplemente un ejemplo entre otros muchos de las nuevas patologías, de los nuevos malestares que se han psiquiatrizado, *secularizado*, y no siempre sabemos reconocer en esas quejas que nos llegan como somatizaciones, como angustias, lo que les ocurre. Hemos pagado un precio elevado en salud mental por la emigración que tanto ayudó por otra parte al alivio de la pobreza. Cada vez más frecuentemente hay hijos que al llegar a la mayoría de edad o incluso antes, en esa lucha por el control de la libertad y de la conducta que se plantea con sus padres en estos años de tránsito no se sabe hacia donde, abandonan la casa paterna para irse a vivir con los acogedores abuelos que los criaron en sus primeros años mientras sus padres trabajaban en Zurich o Francfort. Los dramas de estos vaivenes, la ruptura familiar que provocan están aún por estudiar a pesar de su frecuencia. Además, de modo inesperado, nos hemos convertido en un país que recibe emigrantes, los nuestros y los de otros ámbitos. Su crecimiento nos obligará, lo hace ya, a nuevos modos de trabajo, a nuevos problemas para los que apenas estamos preparados.

De modo inesperado, nos hemos convertido en un país que recibe emigrantes, los nuestros y los de otros ámbitos. Su crecimiento nos obligará, lo hace ya, a nuevos modos de trabajo

Hay además, cuestión importante, “pagas”, no contributivas, jubilaciones suizas o alemanas, agraria. Hay dinero en el rural, no excesivamente pero hay dinero y quien aún no cobra lo intenta. Desde hace algún tiempo todos conocemos aunque no siempre reconocemos, una nueva entidad diagnóstica: *Trastorno por Solicitud de Paga o Trastorno por Amenaza de Retirada de Paga*. Quejas mas o menos vagas, insistencia en el malestar sentido, ineficacia de las medicaciones ensayadas, secundarismos no habituales o extraños, alivio sintomático cuando se concede la paga, temor obsesivo enmascarado en ansiedades de posible supresión unos meses o años despues de la concesión...El síndrome es variado; algunos rasgos fijos. Estos son algunos problemas del futuro local pero hay también un futuro más general que nos afecta como profesionales.

7. Eric Griez ha propuesto cuatro tendencias en la evolución de la Psiquiatría que pueden resultar en tres escenarios diferentes.

A.- Crecimiento de la demanda, envejecimiento de la población, disgregación creciente del tejido social y emancipación del paciente apoyándose en las asociaciones de familiares.

B.-Burocratización creciente y tendencia al control gerencial debido al coste progresivo de la asistencia. Se exigen cada vez mas “resultados”, objetivos, logros.

C.-Aceptación de la enfermedad mental como enfermedad del cerebro.Medicalización.

D.- Definición de la profesión por los propios psiquiatras y el papel que desean tener en cuanto especialidad médica.

Tradicionalismo.
Vuelta a las raíces médicas de la disciplina. La Psiquiatría se reorienta hacia una práctica médica centrada en el diagnóstico y en el tratamiento exclusivamente médico.

1.-*Inmovilismo/ Continuismo*. La identidad del psiquiatra como ahora permeenece borrosa, una especie de médico de familia, farmacólogo, psicoterapeuta, trabajador social, incluso filósofo. Será un campo de

batalla, lo es ya, donde trabajadores sociales, psicólogos, geriatras o neurólogos procurarán cada vez mas ejercer competencias hasta ahora reservadas a los psiquiatras.

2.- *Tradicionalismo*. Vuelta a las raíces médicas de la disciplina. La Psiquiatría se reorienta hacia una práctica médica centrada en el diagnóstico y en el tratamiento exclusivamente médico. Adoptará un perfil de neurólogo de la conducta procurando incluirse en el campo general de las neurociencias.

3.- *Absentismo*. Serán los otros, las autoridades, los pacientes, los media quienes definirán nuestro modo de ejercicio y nuestro campo

de intervención. Los poderes públicos nos procurarán convertir en una especie de policía médica dirigida al control de las conductas desviadas peligrosas, los abogados en suministradores de coartadas genéticas o de personalidad para sus clientes, las familias y los maestros nos entregaran a sus hijos indisciplinados. . Habrá que elegir... si podemos.

En este largo viaje asistencial atrapados entre los deberes hacia los pacientes y la carencia de medios fuimos siempre y de modo muy ingenuo, voluntaristas ignorando por entonces que toda oferta multiplica la demanda y no solo eso. En algunos momentos de desesperanza e irritación formulé para mi propio uso personal algunos resúmenes en forma de leyes y principios:

- 1.- Ley de Delegación de la Responsabilidad o Ley de Lamas
- 2.- Circuito asistencial discinético
- 3.- Ley de Niwrad.
- 4.- Ley del 20/80
- 5.- Principio de Inversión de las sensibilidades clínico-gerenciales.

1.- Ley de Lamas o de delegacion de la Responsabilidad

1. Dada una red asistencial X compuesta por un numero "N" de dispositivos si estos dispositivos no tienen una dependencia jerárquica común, se producirà en los mismos una tendencia a la irresponsabilidad sobre el paciente que por ella circula.

2. Si uno de los dispositivos asume su parcela de responsabilidad las demás tienden a delegarle las suyas.

Los poderes públicos nos procurarán convertir en una especie de policía médica dirigida al control de las conductas desviadas peligrosas, los abogados en suministradores de coartadas

La ley vale para redes asistenciales y también para grupos de personas trabajando en común. No creo que ninguno de los que aquí estamos no haya padecido en uno o varios periodos mas o menos largos de su práctica los inconvenientes de esta ley surgida del voluntarismo ingenuo en tiempos en que muchos de estos dispositivos pertenecían a entidades religiosas, de las diputaciones, de los ayuntamientos etc. La tendencia hacia la privatización asistencial, es decir, el paso del *derecho a la asistencia pública gratuita* al *derecho del público a una asistencia gratuita* ha resucitado esta vieja ley. Los centros concertados procuran ahora filtrar, devolver o delegar sus problemas a la red pública aun cuando su concierto no lo contemple y aquí, costumbre hace ley.

2.- Ley de Niwrad o Darwin al revés.

A.- Los equipos asistenciales que por razones éticas del oficio, realizan actividades voluntaristas mas allá de sus obligaciones para las que no hay presupuesto ni recursos, no verán incrementados sus medios al considerar la administración que la aportación de nuevos recursos para la realización de esas actividades no es urgente ni prioritaria al estar ya cubiertas con esta actividad suplementaria voluntarista.

B.- Los equipos que no realizan estas actividades voluntaristas verán recompesada su no colaboración con el incremento de recursos y personal debido a que será consideradas urgentes y prioritarias las actividades no realizadas.

Es decir: si A ve 17 pacientes en una USM porque no le parece ético tener una lista de espera de tres o mas meses de espera y B ve 8 y mantiene siete meses de espera, es el segundo el que recibirá los recursos, no el primero.

Sobreviven y prosperan los mas incapaces pero que son sin embargo los mas “aptos”.

Un número insuficiente de camas en la Unidad de Agudos hace obligatorios los traslados bruscos a otras unidades o las altas precoces que deben ser atendidas de manera urgente en las USMs

3.- Circuitos Asistenciales Discinéticos. En este tipo de circuitos habituales hoy en día, los pacientes y los terapeutas se ven sometidos a movimientos asistenciales bruscos de caracter involuntario. Un número insuficiente de camas en la Unidad de Agudos hace obligatorios los traslados bruscos a otras unidades o las altas precoces que deben ser atendidas de manera urgente sin ninguna demora en las USMs que a su vez deben repetir las consultas a demanda que suelen a pesar de ello ser insuficientes con lo que es necesario acudir de nuevo a urgencias con lo que...Como en la Discinesia Tardía suele haber anosognosia para el trastorno pero curiosamente no por parte de los pacientes ni los terapeutas sino por los responsables políticos del poder y de la oposición. Estos circuitos generan una atención iandecuada a los pacientes y una inevitable fatiga de combate también llamada bournout, en los terapeutas.

Por el momento no hay tratamiento conocido de eficacia reconocida. Pueden emplearse cuidados paliativos.

4.- Ley del 20/80.

1.- En un equipo dado, el 20 % de los componentes de equipo hacen el 80 % del trabajo.

2.- El mayor número de quejas sobre el funcionamiento de los dispositivos o del servicio en su conjunto viene siempre del 80% que realiza apenas el 20 %.

5.- Principio de Inversión de las sensibilidades clínico-gerenciales.

1.- Existe entre los clínicos una tendencia generalizada hacia la no consideración de los problemas económicos y de gestión sobre el gasto sanitario y la medida de la eficacia de sus intervenciones.

2.- Existe entre los gerentes y los políticos una tendencia generalizada hacia la no consideración de los problemas clínicos y de los clínicos.

3.- El incremento de la sensibilidad de los clínicos hacia los problemas económicos y gerenciales se acompaña habitualmente de un incremento de la desconsideración hacia los problemas clínicos y de los clínicos por parte de los gerentes y políticos.

Hace años los gerentes se quejaban con reiteración y cierta agresividad de la falta de sensibilidad de los clínicos hacia los problemas económicos y de gestión de las redes asistenciales. No carecían de razón pero hoy la situación se ha invertido a veces por las buenas otras por las malas. Objetivos, estadísticas, genéricos, rendimientos, cuantificaciones, datos etc. Todo eso fuimos asumiendolo en mayor o menor medida con mayor o menor voluntad. Años mas tarde los gerentes se han olvidado del frente de batalla: consultas masificadas, tensión diaria, consentimientos informados, derechos de los pacientes, guardias numerosas y complicadas, salarios escasos, *bornout*, bajas, desaparición de las Juntas Facultativas, de las Comisiones Asesoras hospitalarias, omnipotencia de los gerentes.

Sin duda la población general está mejor atendida. Nosotros creo, estamos peor. En los últimos tiempos hemos crecido mucho pero nos queda mucho por crecer

8.-¿ Podemos hoy hacer nuestro trabajo en condiciones razonables?. Sin duda la población general está mejor atendida. Nosotros creo, estamos peor. En los últimos tiempos hemos crecido mucho pero nos queda mucho por crecer para acercarnos a los niveles asistenciales de otras comunidades y mucho tambien para acercarnos a los recursos que establece el Documento de Propostas del SERGAS. Sabemos que una mayor oferta crea una mayor

demanda pero entre nosotros se ha perdido la proporción. La mayor oferta se ha seguido de la multiplicación de la demanda así que trabajamos mas, con mayor presión que antes atrapados en la paradoja de que toda mejora en la atención va seguida de una mayor utilización de estos nuevos recursos y de una masificación que los deteriora de nuevo. Para evitarlo hay que introducir nuevos recursos en la red para mantener el nuevo nivel asistencial hasta alcanzar un punto de equilibrio que no suele tardar en producirse si como establecen los propios documentos del SERGAS se crean esos nuevos medios, pero esos nuevos medios dependen de la suerte, de que los responsables de su concesión que ya no son clinicos, los propongan o al menos no los rechacen y a veces en esa lotería no hemos tenido fortuna.

Asi no se puede seguir... que queréis que os diga.....Me quedan seis años para jubilarme...

Os Eventos consuetudinarios que acontecen na rúa

Efectos psicológicos del encarcelamiento. Un acercamiento al mundo carcelario

Autor

Francisco Moreno
F.E.A. Unidad de Agudos de Orense

El ponente ha sido invitado a dar esta conferencia dentro del programa docente del servicio de psiquiatría de Orense.

Orador a la antigua, que expone su conocimiento de forma franca, un saber atesorado tras una larga experiencia personal. Para

Cualquier penado o indigente que su destino nos es indiferente mientras esta en la calle, por el hecho de cruzar los muros de presidio se convierte en un ciudadano poseedor de derechos.

exponerlo apenas unas hojas con unas letras sin ningún artificio moderno, le vasto para dejarnos sentados y atentos durante todo el tiempo que duro la conferencia, que a la postre se nos hizo corta.

Lo primero que nos hizo notar es que cualquier penado o indigente que su destino nos es indiferente mientras esta en la calle, por el hecho de cruzar los muros de presidio se convierte en un ciudadano poseedor de derechos.

Y esto es muy importante porque el preso lo sabe, y no deja de tener consecuencias.

Efectos psicológicos del encarcelamiento

La cárcel, como institución total, como ámbito cerrado en sí mismo, exige de las personas que la padecen un esfuerzo adaptativo constante que, sin duda de ningún tipo, les genera como consecuencia, una serie de distorsiones afectivas, emocionales, cognitivas y perceptivas.

La situación de encarcelamiento, los condicionantes que son propios a la privación de libertad, provocan una serie de reacciones

psicológicas en cadena que tienen en la **tensión emocional sostenida** en el tiempo su referente fundamental.

Es una tensión continua, permanente de la que no se puede escapar ni un minuto las 24 horas del día, todos los días del año. Tensión en todos los intercambios tanto con los demás presos como con los funcionarios, tensión inherente a la institución

Estas reflexiones, surgen de la experiencia cotidiana de convivencia con un colectivo extenso de reclusos a través del tiempo de cumplimiento de sus condenas.

La cárcel: Institución total

La cárcel es una institución cerrada, es una institución total. La prisión, como institución, da cobertura a la totalidad de las necesidades de supervivencia de sus habitantes. En la prisión cualquier necesidad encuentra su satisfacción. La cárcel, como tal, está presente durante el transcurso de las 24 horas del día, los 7 días de la semana y las 52 semanas del año. Es un entorno fijo, inamovible, con referencias propias que exigen de las personas el máximo esfuerzo adaptativo posible. En las instituciones llamadas “totales” (conventos, psiquiátricos, cuarteles, etc) se dan una serie de características comunes, a saber:

La cárcel es una Institución cerrada, es una Institución total. La prisión, como institución, da cobertura a la totalidad de las necesidades de supervivencia de sus habitantes.

1º Las actuaciones se llevan a cabo en un espacio físico determinado. Normalmente en un conjunto de edificaciones o en un edificio de significativas dimensiones.

2º Todas las actuaciones responden a un programa previamente establecido.

3º Los integrantes de toda institución total participan de un mismo sistema normativo formal, sistema que se impone a través de un esquema restrictivo o impositivo.

4º A mayores sobre la existencia de un sistema normativo formal, toda institución total genera su propio código de comportamiento interno que da cobertura a un conjunto de normas y valores propios.

Conductas adaptativas

Los tipos, las conductas adaptativas a una institución total, son referidas por GOFFMAN (1.970) en los siguientes términos:

-Regresión situacional, que puede llegar a provocar una despersonalización

-Oposicionismo pasivo o activo –hostil, radical-.

-Colonización o tendencia a sacar el máximo provecho sin infringir las normas.

-Conversión o asunción del rol de interno obediente y cooperador.

No suele darse un único patrón de comportamiento si no que, en función de la situación creada, de la propia personalidad y de las circunstancias que definen la estancia de un sujeto en la institución, se pueden combinar varias formas de adaptación.

El esfuerzo adaptativo tiene como consecuencia que el individuo conviva en la “normalidad” carcelaria, normalidad que en absoluto puede interpretarse como reveladora de una situación de bienestar o de tranquilidad.

El hecho real de participar de forma continuada en el tiempo de las circunstancias que son propias al ambiente cerrado propio a una cárcel, ineludiblemente genera efectos psicológicos.

La normalidad carcelaria revela la normalidad adaptativa a un ambiente, a un entorno tenso, exigente, emocionalmente inestable y seriamente neurotizado en todas sus expresiones. El hecho real de participar de forma continuada en el tiempo de las circunstancias que son propias al ambiente cerrado propio a una cárcel, ineludiblemente genera efectos psicológicos.

La cárcel como organización social

La cárcel, la prisión, es una organización social. Su complejidad y dinamismo son parejos. Existen dos mundos paralelos definatorios de ésta organización.

1º- El mundo de la administración y el mundo del administrado. Son dos sub-organizaciones que conviven en un mismo espacio y en constante interdependencia. Dos sub-mundos que tienen una muy estrecha relación personal y profesional pero que se encuentran absolutamente distantes en sus circunstancias e intereses.

2º- Complementariamente a la organización de los funcionarios –con sus escalas y niveles propios- esta la de los reclusos, una

organización llamada “informal” que afecta tanto a unos como a otros interfiriendo extraordinariamente en su convivencia cotidiana.

Los roles

En todo grupo existe o se manifiesta un sistema de roles. A medida que el grupo crece el sistema, dentro de su complejidad, se simplifica de manera que no es difícil identificar el rol, el papel que cada miembro desarrolla en el mismo.

En un sub-mundo como es el carcelario, como grupo que representa, también se manifiestan los roles de sus integrantes. Roles que CLARENCE SCHARG (1.954) definió básicamente en cinco modalidades:

1° **El KIE**, el interno antisocial que se posiciona por encima del código del recluso. Este estatus toma nombre de un recluso que él solo detuvo un motín de los compañeros , unos 1500 internos que pretendían amotinarse y “no le dejaban dormir”

2° El proscrito o asocial que está en perpetua rebelión anárquica contra los funcionarios y los propios reclusos. Es el **querulante**; aún así es bueno que un preso se posicione, adquiera un rol determinado aunque cree mas problemas muchas quejas continuo papeleo; es mucho mas devastador para el preso que no se postule

3° El prosocial quien cumple con las normas formales de la cárcel. El llamado **colaboracionista**. en argot carcelario.

4° El pseudosocial quien cambia sus simpatías constantemente del personal de vigilancia a las normas de los propios reclusos, no sin habilidad. El camaleónico.

5° El “**paria**”, cuyo rol está desempeñado por una serie de reclusos inestables e inconstantes que suelen ser despreciados por los otros presos. En este caso el apodo ejemplifica bien el papel que juegan en la reclusión.

MARTÍ- TUSQUETS (1.982) considera: que todo interno ocupa un lugar en el damero institucional, lugar perfectamente localizado y primordialmente clínico en la mayoría de las instituciones, con su módulo o departamento, su celda, su cama...etc.

El proscrito o asocial que está en perpetua rebelión anárquica contra los funcionarios y los propios reclusos. Es el querulante; aún así es bueno que un preso se posicione

Los campos de fuerza inherentes a toda institución tienden a presionar a todos los individuos a la realización y aceptación de su rol. Las instituciones soportan mal la ambigüedad en el desempeño de los diversos roles de sus integrantes.

Los códigos carcelarios

Dentro del juego de roles desarrollados en prisión, como un elemento sub-cultural del primer orden se encuentran los denominados **códigos carcelarios**.

Códigos inherentes a toda institución total. Código como sistemas de normas tácitas, no escritas ni refrendadas formalmente, que condicionan el ambiente y el desarrollo de las actividades e intercambios relacionales en la cárcel.

El código del recluso –también denominado **“código del honor”**– no necesariamente es negativo. El código no es negativo, no representa valores negativos. Lo negativo del código es su manifestación, su concreción en conductas y actitudes que ponen de manifiesto una significativa violencia. El código del recluso se orienta siempre a procurar la defensa de los intereses del preso y, curiosamente, convive con el conjunto de reglas formales de la prisión.

El código no es negativo, no representa valores negativos. Lo negativo del código es su manifestación, su concreción en conductas y actitudes que ponen de manifiesto una significativa violencia.

El código del recluso se conforma en torno a valores esencialmente positivos como son la solidaridad, la lealtad, la no delación, el esfuerzo en común, la rebelión contra la injusticia...etc.

No son por lo tanto los valores que dan contenido al código lo reprochable. Serán las conductas que se llevan a cabo enarblando su existencia las que representan, en toda su crudeza, la desviación moral que supone su aplicación.

Los principios fundamentales del código del recluso

Los principios fundamentales del código del recluso se resumen en las siguientes ideas (CABALLERO, J.- 1.982 -):

1º -Norma básica: la no delación. **El no “chivarse”**. Se trata de no inmiscuirse en los asuntos del otro.

2° -Frialdad en las reacciones. Control en las conductas y actitudes.

3° -No “explotar ” a los internos-colegas

4° -Dureza personal, resistencia y fortaleza física y mental

5° -Hostilidad, desprecio y desconfianza hacia el funcionario

6° -Cualquier conflicto que ponga de manifiesto un enfrentamiento entre un interno y un funcionario debe ser considerado como una agresión a todo el colectivo de reclusos y, en consecuencia, la razón siempre es del interno.

La aceptación del código del recluso es plena por parte de la población carcelaria. Si bien aceptación no significa necesariamente su puesta en práctica.

La aceptación del código carcelario

La aceptación del código carcelario depende en gran medida del grado de criminalización del recluso expuesto al mismo.

El delincuente primario, que conserva todavía valores pro-sociales, aún cuando se encuentre recluido, muestra mayor rechazo a verse inmerso en esos valores y, en particular, en su práctica, por lo que no se adhieren fácilmente al código, aunque sí se atienen externamente a él lo suficiente como para no exponerse al riesgo de ser rechazados. La existencia del código carcelario es un hecho común y fácilmente verificable en cualquier cárcel. Su importancia, su capacidad para determinar conductas y actitudes ya no es la misma según de que cárcel se trate.

La existencia del código carcelario es un hecho común y fácilmente verificable en cualquier cárcel. Su capacidad para determinar conductas y actitudes ya no es la misma según de que cárcel se trate.

La prisionalización

Se aplica el nombre de prisionalización al proceso por el que una persona, como consecuencia directa de su estancia en una cárcel, en una prisión, asume, sin ser consciente de que eso esté realmente ocurriendo, el código de conducta y de valores que dan contenido a la sub-cultura carcelaria. En mayor o menor medida toda persona presa asumirá, durante su permanencia en la cárcel, los usos, las costumbres, las tradiciones, los gestos que forman parte inherente a la convivencia dentro de la prisión.

La prisionalización es una variable interviniente en la conducta del

recluso perfectamente graduable. Podría diferenciarse una prisionalización superficial y otra más profunda que compartiría los síntomas que son propios a toda institucionalización.

La **prisionalización superficial** sí se da en prácticamente toda la población penitenciaria, ya que, en gran medida, se trataría de la expresión conductual de un proceso de adaptación plenamente normalizado, en absoluto patológico. Se trataría, por lo tanto, de una adecuación comportamental-tipo similar a la que se da ante cualquier entorno o ambiente que nos resulte extraño. La prisionalización superficial nos permite adaptarnos al ambiente y, en consecuencia, convivir en términos de normalidad.

Por el contrario **la prisionalización, entendida como institucionalización**, supone la asunción de unos valores sub-culturales, la expresión de unos comportamientos concretos que superan nuestra individualidad al hacer depositarios o responsables de los mismos al ambiente, al entorno al que pertenecemos.

La persona, el recluso sometido a un denso proceso de prisionalización pierde en gran medida su capacidad de actuación individualizada, entonces su conducta y actitudes han de interpretarse siempre teniendo como referencia los valores que rigen la sub-cultura carcelaria.

La prisionalización superficial sí se da en prácticamente toda la población penitenciaria, ya que, en gran medida, se trataría de la expresión conductual de un proceso de adaptación plenamente normalizado.

Los investigadores discrepan acerca de los condicionantes que determinan el grado de prisionalización de una persona. Al respecto pueden definirse dos grandes grupos de circunstancias determinantes:

Circunstancias determinantes

1º En primer lugar **la propia personalidad del recluso**. Rasgos de personalidad como la madurez personal, entendida en términos de equilibrio emocional, y la capacidad intelectual, entendida como capacidad de adaptación general de la persona, se constituirían en factores clave a la hora de pronosticar el grado de prisionalización de una persona.

2º En segundo lugar el conjunto de **circunstancias externas concurrentes** en torno a la persona recluida serían factores igualmente influyentes.

3º La experiencia carcelaria: La frecuencia de los ingresos en prisión, la duración media de las estancias previas, la cuantía de las

condenas y el tipo de delitos, las expectativas personales, familiares y sociales mantenidas por el interno...etc. se constituyen en variables importantes a tener en cuenta a la hora de valorar el nivel de prisionalización-institucionalización de un recluso.

No existe relación lineal inequívoca entre el grado de prisionalización y la existencia en mayor o menor grado de alguna de esas variables por separado. Sólo la concurrencia significativa de un número importante de ellas puede considerarse un ambiente propiciador de un elevado nivel de prisionalización (HOOD y SPARKS, 1.970). Curiosamente, y como testimonio de lo anteriormente dicho, se comprueba en la práctica diaria que surge de la convivencia con los reclusos el hecho constatado de que no existe una relación directa –como cabría sospechar- entre el nivel de prisionalización y el riesgo de **reincidencia**.

Reincidencia

El sentido común nos lleva a concluir sin mayor margen de error que a mayor nivel de prisionalización mayor será el riesgo de reincidencia en el delito cuando el recluso obtenga la libertad.

Esta afirmación que, como decimos admitiría poca discusión, se ve seriamente afectada por la intervención de una tercera variable que actúa con una fuerza casi determinante. Esta variable es la cercanía o lejanía del retorno a la libertad.

Lo cierto es que, dividiendo el tiempo de cumplimiento en tres hipotéticos momentos, el nivel de prisionalización y de riesgo de reincidencia en el delito respondería a la siguiente previsión:

-Momento **inicial** del cumplimiento de la condena: baja prisionalización -baja reincidencia

-Momento **central** del cumplimiento de la condena: alta prisionalización -alta reincidencia

-Momento **final** del cumplimiento de la condena: baja prisionalización -baja reincidencia

A medida que se encuentra cercana en el tiempo la vida en libertad –bien por haberla perdido recientemente o bien por encontrarse próximo el momento de su disfrute- la persona, el recluso

El sentido común nos lleva a concluir sin mayor margen de error que a mayor nivel de prisionalización mayor será el riesgo de reincidencia en el delito cuando el recluso obtenga la libertad.

manifiesta una mayor conformidad con las normas sociales establecidas.

Lo “lógico” sería que a mayor tiempo de permanencia en prisión le siguiera, como consecuencia ineludible un mayor grado de prisionalización y consecuentemente un progresivo e imparable riesgo de reincidencia por rechazo, fundamentalmente, de las normas que dan contenido al sistema represivo que lo ha encarcelado tanto tiempo. Sin embargo la realidad cotidiana se impone en contra de ésta lógica meramente mecánica pero que no tiene en cuenta la condición humana y sus más que incomprensibles manifestaciones.

El recluso, la persona que ha estado recluida en prisión muchos años, que ha superado todos los estadios que son propios a la adaptación de cualquier ser humano a una situación especialmente dura y exigente como es la carcelaria, a medida que atisba la posibilidad de reintegrarse a la vida en libertad va, progresivamente, adaptando su comportamiento a las normas sociales que él mismo vulneró sin recato.

Efectos psicológicos del encarcelamiento. La ansiedad

Lo “lógico” sería que a mayor tiempo de permanencia en prisión le siguiera, como consecuencia ineludible un mayor grado de prisionalización y un progresivo e imparable riesgo de reincidencia por rechazo.

Desde el mismo momento en el que se produce el ingreso de una persona en prisión su nivel de ansiedad se incrementa significativamente, provocando un estado anímico que revela una **elevada tensión emocional**.

Evidentemente un primer ingreso no es comparable, en sus efectos psicológicos, a una constatable reincidencia. Igualmente no es asimilable un ingreso en prisión a los 21 años que otro a los 40-60 años de edad. El cúmulo de circunstancias que definen cada ingreso es muy amplio, si bien todos confluyen en el hecho de que tal ingreso en prisión se ha producido y alguna vez ha sido ya la primera. En consecuencia con todo lo antedicho, el ingreso en la cárcel se ve acompañado de un significativo nivel de ansiedad emocional, graduable en función de las circunstancias personales de cada sujeto.

El grado de ansiedad es inversamente proporcional al nivel de conocimiento del medio penitenciario. Un buen conocimiento del medio rebaja la tensión emocional y un gran desconocimiento la eleva significativamente.

El medio penitenciario es asimilado a violencia, tensión, agresiones, intimidación, grupos de presión...etc., en definitiva a todos los comportamientos que ponen de manifiesto la mayor de las agresividades entre sus habitantes.

Las imágenes que al respecto se tienen se ven periódicamente reforzadas como consecuencia de la proyección que, de hechos puntuales, realizan los medios de comunicación al cubrir una noticia. Imágenes que sin duda forman parte del ambiente carcelario pero que en absoluto son representativas del mismo. Las tensiones propias del ingreso progresivamente se van aliviando a través de la exposición a la realidad carcelaria, a través del conocimiento real y cierto de cuáles son las circunstancias que definen la estancia en prisión de cualquier persona. Pero no desaparecen por completo. El preso supera la ansiedad reactiva al ingreso pero mantiene un nivel de ansiedad propio a la situación de encarcelamiento, ansiedad que no le abandona durante su estancia en prisión, si bien en su expresión estará sometida a los altibajos que puedan producirse en función de las circunstancias que se vayan dando durante su permanencia en la cárcel. La ansiedad, la tensión emocional, se manifiesta siempre y de forma continuada en todo preso por el hecho de serlo, por el hecho de estar en prisión.

La despersonalización

Una de las consecuencias inmediatas del ingreso en prisión es **la pérdida de la propia individualidad**, o al menos, la posibilidad de que esa despersonalización se produzca como consecuencia de las agresiones ambientales a las que uno está expuesto. Ya desde el ingreso al recluso le es asignado un número de identificación directamente carcelario.

La ocupación de una plaza en un departamento entre muchas plazas y muchos departamentos posibles transmite al interno la consideración de ser uno más entre un colectivo de personas que lucha por abandonar el medio o se regodea en él.

La percepción, extraordinariamente extendida entre los reclusos, de que no tienen personalidad propia, de que están expuestos a esa despersonalización provoca que busquen constantemente **su diferenciación dentro del colectivo**, su diferenciación del “resto”. El preso, el recluso, es una persona y como tal quiere ser tratada y considerada. En ese intento el interno no duda en requerir una atención constante para con su persona y situación carcelaria. Los

El preso supera la ansiedad reactiva al ingreso pero mantiene un nivel de ansiedad propio a la situación de encarcelamiento, ansiedad que no le abandona durante su estancia en prisión,

internos se dirigen constantemente a los responsables de su atención-retención y custodia planteando todo tipo de solicitudes personalizadas. Los internos, en su afán de “desmarcarse” de su entorno, intentan permanentemente ofrecer su mejor imagen y su propia personalidad al interlocutor.

En un patio carcelario las personas se difuminan y su percepción grupal impide la individualización. Los internos son conscientes de éste efecto y procuran superarlo.

Pérdida de intimidad

Los reclusos durante su permanencia en prisión se ven forzados permanentemente a convivir entre sí. No es fácil encontrar lugares, espacios o momentos propios, personales que permitan el sosiego, la tranquilidad, la reflexión. La vida personal del recluso está totalmente reglamentada, regimentalizada. El régimen ordenado y controlado está presente permanentemente en la vida cotidiana de cada recluso.

El interno comienza su jornada siempre a una hora predeterminada por las normas de régimen interior.

El interno siempre desayuna, almuerza y cena a una hora igualmente pre-establecida.

La vida personal del recluso está totalmente reglamentada, regimentalizada. El régimen ordenado y controlado está presente permanentemente en la vida cotidiana de cada recluso.

El interno carece de la mínima capacidad de decisión en relación con actos cotidianos en el mundo libre como son: abrir o cerrar la puerta de su “casa”-celda, elegir los ingredientes de su desayuno, de su comida, de su cena, elegir la hora de despertarse, decidir permanecer o no en su dependencia-cama un tiempo personal...etc.; y en situaciones no infrecuentes elegir a su compañero de convivencia más cercana (celda).

Todo un conjunto de decisiones personales que **le son arrebatadas** al individuo, a la persona, por el hecho de encontrarse preso.

La condena no supone sólo el estar privado de libertad. La condena supone también **padecer privaciones íntimas** que sostenidas en el tiempo afectan sobremanera al equilibrio personal.

La convivencia forzada, obligada con otros integrantes del colectivo carcelario, es hoy por hoy el más grave de los efectos inherentes a la situación de prisión. Desde el punto de vista emocional los

efectos negativos de la convivencia forzada superan en gravedad a los que provoca el aislamiento periódico –perteneciendo siempre a un grupo y compartiendo tiempos de convivencia.

No es infrecuente que los reclusos demanden momentos de soledad, momentos de recogimiento, **momentos de NO-convivencia**.

Intentando aliviar en parte esta presión en el penal de topas se hace un programa , los fines de semana en los cuales se les permite a los reclusos un espacio de no convivencia y que puedan quedarse por unas horas a solas en sus celdas.

Esta necesidad psicológica se ve gravemente acentuada si el entorno en el que se encuentra el sujeto-interno es percibido por éste como agresivo, como violento en relación con su persona, en relación con su intimidad.

El ambiente carcelario y la necesidad psicológica de refugio, de amparo, de intimidad, provoca en la persona un incremento de lo que se denominó **instinto de “nido”**, la necesidad de recogimiento personal en un micro-espacio propio (la celda). Es la existencia de ésta necesidad acerca de la disposición de un “nido” la que provoca que cualquier cambio en la rutina carcelaria sea percibida como una agresión psicológica difícilmente soportable.

Así podemos entender lo que significa cambiar de compañero de celda tras años de convivencia , o el cambio de penal, en el que quedas desposeído de todo lo que eres en ese momento.

Desde el punto de vista emocional los efectos negativos de la convivencia forzada superan en gravedad a los que provoca el aislamiento periódico.

Expresiones de esa necesidad psicológica básica del aislamiento, de la soledad, del recogimiento temporal respecto a un entorno se manifiestan constantemente en el comportamiento del recluso. Comenzando por su propia celda y la decoración, el orden de sus pertenencias –por escasas que sean- y continuando en el paseo en solitario por el patio o la distancia momentánea del colectivo durante el disfrute de las horas de asueto.

La conversación privada, cercana, con personal del Centro Penitenciario permite al recluso recuperar y expresar su propia personalidad, aliviar su tensión emocional en relación con los asuntos que le afectan y propiciar un entorno de cierta intimidad terapéutica. Elementos todos ellos de una extraordinaria potencia terapéutica y que el recluso, sabedor de ello –aún cuando desconoce su teoría- busca con ansiedad. El preso estima cualquier gesto

personal que lo individualiza lo hace diferente, le da un nombre , el suyo, por encima de lo indefinido del numero. Lo hace sujeto, individuo único y diferente.

Auto-estima

El proceso de maduración personal en su conjunto supone una lucha, un esfuerzo constante en la búsqueda de una identidad propia y, lo que es más importante, en sentirse íntimamente satisfecho con ella.

Los diferentes períodos evolutivos, su secuencia normalizada, el ensamblaje de los progresivos avances personales en términos de conocimientos y experiencias tienen como objetivo final el dotar al individuo de una estructura de personalidad definida, sólida, que le capacite para afrontar las circunstancias vitales a las que se vea expuesto y a superarlas exitosamente.

Esta doble circunstancia, la capacidad-incapacidad y el éxito-fracaso en la resolución de las circunstancias a las que el individuo se ve expuesto, permiten aventurar un diagnóstico acerca del nivel de auto-estima personal que disfruta la persona.

El preso estima cualquier gesto personal que lo individualiza lo hace diferente, le da un nombre, el suyo, por encima de lo indefinido del numero. Lo hace sujeto, individuo único y diferente.

El ingente número de avatares y circunstancias a los que se ve expuesto el sujeto en su trayectoria personal exige un periodo de formación extraordinariamente extenso, abarcando más allá de la cuarta parte de la vida activa de la persona.

Capacitado el individuo y afrontando resolutivamente las circunstancias que dan forma a su vida personal, el nivel de auto-estima de cada cual se encuentra determinado por la satisfacción propia en relación con la situación general que uno ha conseguido o ha podido alcanzar. De éste complejo proceso de maduración personal depende en gran medida el grado de bienestar íntimo que, de forma absolutamente dispar, disfrutan las personas. De éste complejo proceso de maduración personal, de su resolución más o menos positiva depende el nivel de **AUTO-ESTIMA** de las personas.

Así como sea el nivel de auto-estima, así como sea el nivel de satisfacción personal e íntimo en relación con el nivel de logro de los objetivos vitales conseguidos, así será nuestro comportamiento. Nuestra conducta, nuestro comportamiento general se encuentra directamente afectado en sus manifestaciones por el grado de

equilibrio, por el grado de bienestar, por el grado de satisfacción íntima en todo los órdenes (afectivo, emocional, intelectual, familiar, social, laboral...) que disfrute la persona.

La inmersión en el mundo delincencial no lleva consigo aparejada la pérdida de la propia identidad ni la afectación consecuente de nuestro bienestar y de nuestra satisfacción personal.

El ámbito delincencial es un campo más de actuación de las personas. Se puede encontrar satisfacción personal en la practica delictiva, en la consecución de objetivos delictivos y, en consecuencia, se puede ser delincuente –como una opción personal libre- y sentirse satisfecho de la capacidad de actuación y de la capacidad de resolución de los problemas inherentes a dicha conducta.

El problema surge cuando la practica delincencial es ocasional, es circunstancial, y no obedece a una decisión definitiva de participar activamente del ámbito que le es propio.

El delincuente profesionalizado se trabaja su auto-estima en su ámbito de actuación y se expone a las circunstancia propias a su profesión al igual que cualquier otro ser humano en relación con otra profesión diferente.

La persona que ingresa en prisión por primera vez como consecuencia de la comisión de un delito ve truncada su libertad y, de forma más personal e íntima, su propia consideración.

El recluso vive inmerso en un mundo de descrédito social permanente. En la trayectoria personal de cualquier individuo el ingreso carcelario y sus consecuencias afectan extraordinariamente a la auto-estima.

Cualquier actuación tratamental que se desarrolle en el entorno carcelario exige, para tener opciones de éxito, el trabajar, recuperándolo, el nivel de auto-estima del interno. Exige, para su resolución positiva, el que el interno se sienta tratado como persona –con independencia o a pesar de sus circunstancias carcelarias- de manera que su nivel de consideración personal, su nivel de auto-estima se vea reforzado.

Toda inter-relación personal que conlleve respeto y consideración para con el interlocutor-presos actúa como una palanca sobre la que sustentar la recuperación personal del mismo.

La inmersión en el mundo delincencial no lleva consigo aparejada la pérdida de la propia identidad ni la afectación consecuente de nuestro bienestar y de nuestra satisfacción personal.

La suma de inter-relaciones personales mantenidas en éstos términos tiene un extraordinario potencial terapéutico que en infinidad de ocasiones no es—por desconocimiento—tenido en consideración.

Falta de control sobre la propia vida

La situación de prisión conlleva, para las personas afectadas, la imposibilidad cierta de decidir sobre la evolución de las propias circunstancias personales, familiares y sociales.

Como en cualquier otra situación siempre existe un margen de decisión, siempre existe una opción personal que elegir. Sin embargo ésta opción personal, el abanico de posibilidades que se ofrece al recluso es mínimo y, en todo caso, está absolutamente limitado por la propia situación carcelaria.

La absoluta normativización a la que la persona se ve abocada; la total dependencia externa padecida por el recluso provoca en él, en primer término, un cierto abandono respecto a su capacidad de decisión.

La situación de prisión conlleva, para las personas afectadas, la imposibilidad cierta de decidir sobre la evolución de las propias circunstancias personales, familiares y sociales.

La progresiva y creciente adaptación del individuo al medio le permite ir adoptando decisiones que, aunque aparentemente tienen una mínima trascendencia sobre su situación global, sí son importantes de cara a su recuperación personal.

El recluso decide en primer lugar cual va a ser su actitud general respecto a su situación carcelaria; decide si va a ser de rebeldía, de protesta, de queja; decide si va a ser de sumisión, decide si va a ser de aceptación, decide si va a ser de lucha, de superación, de esfuerzo.

Decisiones que, una vez asumidas y puestas en marcha, permiten al interno superar las fuertes limitaciones personales impuestas por la situación carcelaria.

.Hace falta una posición, una opción personal, un criterio actitudinal y conductual sobre el que construir una situación propia que permita la supervivencia en una situación carcelaria.

Cuando el recluso descubre que a pesar de estas importantes limitaciones existe un ámbito propio de decisión personal, existe y se mantiene intacta una capacidad de decisión, aún cuando ésta se

refiera a circunstancias aparentemente intrascendentes, en ese momento el interno se encuentra en el camino de la recuperación personal.

No importa tanto el sentido de la postura, de la posición personal adoptada –sumisión, queja o aceptación- como el hecho en sí de que tal postura exista.

Cuando existe un posicionamiento personal, cuando existe una actitud definida, cuando se da ésta circunstancia se está manifestando un criterio, un referente sobre el que se puede construir una forma de estar en prisión.

Si existe una “forma”, una “manera” de estar en prisión, existe, en consecuencia una capacidad de decisión. Y si existe una capacidad de decisión el recluso, por muy privado que esté de libertad, se siente persona y actúa con libertad interior. Al actuar con libertad interior el recluso compensa en gran medida la imposibilidad de actuar con libertad externa, la que permite afrontar las situaciones vitales a las que el ser humano se ve expuesto indefectiblemente.

Ausencia de expectativas

El recluso orienta todo su comportamiento, toda su conducta y actitud vital hacia la consecución de un único objetivo final: el recobrar la libertad.

Todo su repertorio de manifestaciones personales, conductuales y actitudinales se dirigen a ése fin. Todas las circunstancias que afectan al interno son susceptibles de ser instrumentalizadas en la búsqueda y consecución prioritaria de la excarcelación. Y el objetivo, el fin, no puede ser más legítimo.

Así el hecho de enfermar, aunque sea gravemente puede significar una salida un acortamiento de la pena o un perdón humanitario. Pero hechos como el próximo desenlace real ya crea expectativas acerca si habrá o no una amnistía, lo que nos puso como ejemplo de hasta que punto la recuperación de la libertad domina el pensamiento del recluso.

Cualquier opción personal, por mínima que ésta sea, que se le ofrece al recluso está tamizada, mediatizada por su conexión con ese objetivo maximalista que todo lo llena.

Existen, que duda cabe, comportamientos, actividades, momentos,

Al actuar con libertad interior el recluso compensa en gran medida la imposibilidad de actuar con libertad externa, la que permite afrontar las situaciones vitales a las que el ser humano se ve expuesto

situaciones espontáneas inherentes a la propia existencia y a la propia convivencia. Todas, absolutamente todas estas manifestaciones, absolutamente todas estas circunstancias palidecen o, simplemente, dejan de existir en la mente del recluso ante la mención de la vida en libertad.

No existen expectativas en relación con la propia vida que no estén conectadas en alguna medida con el objetivo final del retorno a la vida libre en el menor tiempo posible.

Cualquier momento es en sí mismo un mero “entretenimiento” en espera de que ese objetivo se consiga, se concrete en la realidad **Sólo existe una expectativa. El retornar a la vida en libertad.** Se le pregunto al ponente sobre los reclusos en el corredor de la muerte. Si él pensaba que ese principio seguía siendo válido. Según nos refirió así es en principio. Que la pena se conmute para alcanzar algún día la libertad.

También surgió la pregunta al respecto de esos presos que han hecho toda su vida de cara al muro interior de un presidio y en donde la institucionalización profunda que padecen, parece ser la excepción que confirma esta regla. Efectivamente los hay, aunque son muy pocos los casos.

No existen expectativas en relación con la propia vida que no estén conectadas en alguna medida con el objetivo final del retorno a la vida libre en el menor tiempo posible.

La sexualidad

Una de los tópicos más arraigados entre la ciudadanía, a la hora de hablar sobre el intra-mundo de las cárceles, es el de atribuirles la capacidad de modificar el impulso sexual de sus inquilinos de manera que, quien en libertad mantenía una orientación sexual determinada, una vez ingresa en prisión ésta orientación se cambia radicalmente.

La violencia que el propio medio, por las servidumbres que le son propias –y de las que se da buena cuenta en las páginas anteriores- ejerce sobre las personas recluidas no puede en absoluto ser considerada como un factor tan determinante como para provocar cambios tan sustanciales como los que afectan a la propia orientación sexual.

El sujeto, la persona heterosexual, al igual que la persona homosexual, **conserva su orientación sexual intacta** durante su estancia en prisión y, en todo caso, las modificaciones que puedan producirse en la disposición sexual, de darse, se dan como consecuencia de la propia evolución personal del individuo.

En la trayectoria vital de una persona la orientación sexual pasa por diferentes estadios hasta un momento final que la define significativamente. La estancia en prisión puede constituirse en un período vital más en la evolución del sujeto coincidente en el tiempo con un estadio de los citados acerca de la orientación sexual.

Con éste planteamiento la orientación sexual de una persona sigue su curso natural con independencia de que ésta se encuentre recluida o disfrute de plena libertad. La privación de libertad sí puede conllevar la privación –por falta de oportunidades- de prácticas sexuales en pareja, pero no anula la capacidad sexual. La sexualidad de las personas presas no padece mayores consecuencias que la que padece la de una persona que, estando en libertad, carece de relaciones sexuales. Las consecuencias en la vivencia de la propia sexualidad depende en mayor medida del tipo de prácticas sexuales que en la vida personal se lleven a cabo y no del entorno en el que se encuentra la persona.

Las disfunciones que en la práctica sexual pueden darse durante la permanencia en prisión tienen una **relación directa con las circunstancias** en las que ésta práctica se lleva a cabo. Circunstancias como la habitación, el horario, el control del tiempo, los trámites administrativos previos a la celebración de una comunicación íntima, se constituyen en factores que sí influyen y condicionan la práctica sexual.

Las consecuencias en la vivencia de la propia sexualidad depende en mayor medida del tipo de prácticas sexuales que en la vida personal se lleven a cabo y no del entorno en el que se encuentra la persona.

La cárcel sí afecta a la vivencia de la práctica sexual en pareja al someterla a tensiones absolutamente imprevistas y gravemente distorsionantes respecto a las condiciones en la que se lleva a cabo una práctica sexual en libertad. **Pero la cárcel NO afecta a la orientación sexual.** Las disfunciones sexuales más frecuentes entre los reclusos son la impotencia, la eyaculación precoz, y la falta de respuesta sexual por parte de la pareja. Disfunciones que se encuentran directamente relacionadas con la situación en la que se produce la relación sexual.

Cuestiones y preguntas

Durante la intervención y la final de la misma surgieron muchas preguntas:

Una de ellas se refiere a la población carcelaria. Cómo ha ido variando al largo del tiempo y como además dependiendo del delito

era predecible o no una cierta evolución estadística de lo podría acontecer en el futuro.

Nos comentaba como la población carcelaria hace veinte años eran penados predominantemente en relación con las drogas, que plantean una problemática muy particular dado que el inicio de la adicción se hacía entre 16-18 años (actualmente mucho antes) y generalmente dura un periodo largo de 10 –12 años nos encontramos que cuando el sujeto llega a la cárcel viene con una carencia de todos esos años que los demás presos se han estado socializando y adquiriendo las habilidades propias de esas edades. Esta retraso esta perdida de habilidades de socialización es un escollo para lograr su integración, por eso en algunos centros hay dentro de la cárcel un programa tipo PROYECTO HOMBRE para ayudar en ese campo.

En la actualidad hay igualmente mucha problemática y condenas por drogas, también por narcotráfico, presos comunes, emigración, presos con otras religiones, delitos de carácter sexual, etc. Cada uno presenta unas características propias:

Los delitos sexuales suelen ser muy mal vistos en las cárceles lo que significa, para el penado, un aumento de la tensión de la presión emocional, con un índice altísimo de reincidencia cuando son excarcelados.

Los delitos sexuales suelen ser muy mal vistos en las cárceles lo que significa, para el penado, un aumento de la tensión de la presión emocional, con un índice altísimo de reincidencia cuando son excarcelados.

Con respecto a los ladrones de guante blanco; el mito urbano de presos de primera y presos de segunda no es mas que una falacia compartiendo, como todos, el mismo régimen que cualquier otro preso, nada de móviles, nada de ordenadores con conexión externa, nada de privilegios, nada de organizar los negocios ni el narcotráfico desde la cárcel.

Hay problemas con los reclusos de la emigración que no comparten nuestra cultura y costumbres: para algunos comer tres veces al día ya es un lujo, para otros que esa comida sea de un animal prohibido, representa un serio problema como cumplir con sus obligaciones religiosas. Nuevos tiempos nuevos problemas.

Presos de terrorismo: nos comenta el ponente que normalmente están bien adaptados y que curiosamente en ellos el proceso de institucionalización es menos intenso. En esto parece ayudar el que compartan un sistema ideológico que les permite enmarcar el periodo dándole un sentido. No suelen presentar ningún problema y el único día que se temió que pudiera haber alguno con ellos fue el

día que E.T.A. asesinó a Miguel Ángel Blanco. Su vida carcelaria discurre como la de cualquier otro preso, siendo falso que tengan algún privilegio ni que brinden con ningún espumoso los atentados etarras.

Nos puso como ejemplo de cómo las ideas sirven de protección, contra el deterioro institucional el caso de Nelson Mandela que tras pasar toda una vida en la cárcel y casi en aislamiento, esta indemne de ese proceso.

Surgió el tema de los permisos carcelarios y nos aclaro que para que se lleven a efecto, no basta con que el juez de vigilancia penitenciaria lo dicte. Si lo dicta, pero antes ha habido un reunión de expertos (médicos, psicólogos, trabajadores del centro, etc.) que aconsejan o desaconsejan el mismo.

Psicoanálisis aplicado

Clínica de la anorexia y de la bulimia *Clinical Study of the Anorexia and the Bulimia*

Autor

Manuel Fernández Blanco. Psicoanalista, A.M.E. de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis y Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis. Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Salud Mental del Hospital Materno-Infantil. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Dirección para correspondencia: C/. Juana de Vega, 25-27, 7º C.
15004-A Coruña

Resumen

La anorexia es un fenómeno cuyas manifestaciones no son exclusivas de nuestra época. Bien es cierto, que todo síntoma se integra en la subjetividad de su momento.

En el presente trabajo se desarrolla, en primer lugar, una clínica diferencial de los trastornos de la alimentación, desde el punto de vista psicoanalítico. A continuación, se procede al análisis de casos celebres en la historia de la humanidad y en la historia de la psiquiatría (Santa Catalina de Siena; el caso Ellen West, de Binswanger; y el caso Nadia, de Pierre Janet), así como a la exposición del tratamiento psicoanalítico de un caso actual de anorexia-bulimia. Por último, y a modo de conclusión, se sitúa la

especificidad de la respuesta anoréxica, como una posición transclínica.

Palabras Clave

Anorexia. Bulimia. Análisis de Casos. Tratamiento Psicoanalítico.

Summary

In this study is developed, firstly, a differential clinical study of the food disorder, from the point of psychoanalytical view. Next, we proceed to the analysis of famous cases in the history of the humanity and in the history of psychiatry

(Santa Catalina de Siena; the case of Ellen West, of Binswanger; and the case Nadia, of Pierre Janet), as well as the exposition of the psychoanalytical treatment of a current case of anorexia-bulimia. Finally, and like a conclusion, the specification of the anorexic response is set like a transclinical position.

Key Words

Anorexia. Bulimia. Analysis of Cases. Psychoanalytical Treatment.

Clínica diferencial de los trastornos del comer

La anorexia es un fenómeno cuyas manifestaciones no son exclusivas de nuestra época. Bien es cierto, que todo síntoma se integra en la subjetividad de su momento. Esto puede explicar el porqué de una incidencia mayor de los llamados trastornos de la alimentación en nuestra sociedad, a la que podemos calificar de modernidad tardía o, directamente, posmoderna.

Si bien el marco civilizatorio actual favorece fenómenos como el de la anorexia, pone de moda la anorexia, creo que se puede ver un mecanismo estructural común a la clínica de la anorexia a través de los tiempos. Esto lo intentaré ejemplificar recurriendo al análisis de casos célebres -en la historia de la humanidad y en la de la psiquiatría-, así como a mi propia experiencia clínica.

La primera reflexión que se debe hacer cuando nos enfrentamos, desde el punto de vista psicoanalítico, a la anorexia se basa en la pregunta por el estatuto del síntoma anoréxico. Esto es algo fundamental, ya que para el psicoanálisis sólo merece la condición de síntoma, aquello que es vivido como extraño al sujeto y de lo que éste se quiere desembarazar. Para el psicoanálisis el síntoma es causa de división subjetiva, se trata de algo que el sujeto quiere dejar de hacer sin lograrlo. Esto supone que el síntoma lo pone el paciente. Síntoma es lo que el sujeto vive como tal.

El síntoma es el punto donde el sujeto entra en contradicción consigo mismo, donde se descubre haciendo o pensando algo antagónico con su propios ideales interiorizados.

El síntoma es el punto donde el sujeto entra en contradicción consigo mismo, donde se descubre haciendo o pensando algo antagónico con su propios ideales interiorizados. Por eso provoca sentimiento de culpabilidad. Culpa que es, así, el indicador de que el sujeto hace síntoma de un goce que no debería haberse permitido. La culpa indica que el sujeto no se declara inocente, sintomatiza su

goce, y es criterio de apertura a un posible tratamiento.

Por lo tanto, podemos utilizar la relación a la culpa como criterio ordenador de los trastornos del comer. Esto nos da tres tipos de presentaciones:

1.- Las anoréxicas que rechazan ingerir comida más allá de un límite, subjetivamente fijado y cada vez más escaso. La necesidad de control, en relación con ese límite, las convierte en auténticas expertas en dietética. Controlan, obsesivamente, el contenido en proteínas, calorías, etc. de los alimentos. Exigen saber lo que se va a cocinar ese día y el siguiente, para hacer su propia planificación. Pueden cocinar con esmero, para los demás, mientras ellas no comen o lo hacen en cantidades mínimas.

Este tipo de sujetos suelen ser obedientes y disciplinadas -excepto si se le pide que coman- y suelen ser estudiantes o trabajadoras excepcionales mientras se mantienen en la posición anoréxica.

¿Cuál es la relación a la culpa de estos sujetos? La culpa, y muy intensa, aparece cuando traicionan la anorexia. Cuando comen más del límite subjetivamente fijado. Es decir, la culpa no aparece en relación a lo que, desde afuera, llamamos su síntoma, sino cuando lo abandonan. Aquí cobran sentido las conductas purgativas y el recurso a ejercicios físicos interminables.

La bulimia sin vómitos. Son los sujetos que no pueden parar de comer, que comen después de haber comido, lo que los lleva al autodesprecio y provoca la culpa.

2.- La anorexia por bulimia. Son aquellos sujetos que comen sin límite. Al atracón sigue el vómito. Se llenan para provocar un vacío. Por el exceso, llegan a la inanición. En estos casos, es más frecuente que los sujetos hagan síntoma de su trastorno. Saben que si comen normalmente no tendrán que vomitar pero no pueden dejar de sobrepasar el límite, lo que les genera culpa. La culpa, aquí, en ocasiones, les permite pedir ayuda para limitar un goce que los conduce a lo peor.

3.- La bulimia sin vómitos. Son los sujetos que no pueden parar de comer, que comen después de haber comido, lo que los lleva al autodesprecio y provoca la culpa. Culpa que, aquí, hace signo de la cobardía ante el deseo, del que se defienden con el anhelo por el objeto-comida que nunca es suficiente. Esta “ansiedad por comer” deforma el cuerpo del bulímico que, cuanto más se llena, más vacío se encuentra repleto de la nada que lo alimenta. Porque, para el bulímico, todo lo que comió es nada. Lo que importa es lo que aún

no comió, por eso tiene que seguir comiendo. El bulímico, como el anoréxico, también come nada. Pero el bulímico se autodesprecia por no saber parar de comer. Lo vive como un síntoma y pide ayuda.

Después de distinguir estos tres tipos de trastornos del comer, priorizando la relación a la culpa, matizaremos los rasgos diferenciales de la anorexia, por privación, respecto de la bulimia.

Comenzaremos situando a la bulimia, siguiendo a Massimo Recalcati, como la expresión más pura de la pulsión oral. En la bulimia no hay límite, ni restricción, se trata de comerse todo. En la bulimia está siempre en juego un intento de compensación. El sujeto bulímico intenta compensar, por medio del objeto de la necesidad -la comida-, la falta del signo de amor del Otro, la bulimia es una respuesta a la frustración de la demanda de amor. El objeto comida sustituye al signo, a la falta de signo de amor.

Esta sustitución, la metáfora bulímica, no le permite al bulímico estabilizarse, porque la sustitución del objeto comida por el signo de amor no es sublimatoria. El sujeto bulímico actúa por la pulsión, no por la sublimación.

El acto bulímico es diferente al acto anoréxico. Si en la anorexia prevalece el método, en la bulimia asistimos a la ruptura del método, al descontrol. Si en la anorexia encontramos la decisión, en la bulimia la imposibilidad de decidir. En la anorexia observamos la fuerza del yo, en la bulimia la fuerza, acéfala, de la pulsión.

La anoréxica niega el goce, se priva, en su pasión por la nada, para mostrar que el deseo no vive de objetos. La bulímica pone en primer plano un goce sin deseo.

La anoréxica niega el goce, se priva, en su pasión por la nada, para mostrar que el deseo no vive de objetos. La bulímica pone en primer plano un goce sin deseo. Llega a una alienación extrema ya que, en el tiempo de atracarse, no hay sujeto. Devorar es la expresión sin límites del super-yo. El sujeto no puede decir que no, porque el objeto alimento está en el lugar de lo que el Otro no da. Es una compensación, pero patológica, ya que es la expresión de la pulsión de muerte como devoración sin límite, como pasaje al acto, como anulación de la palabra y, por lo tanto, de la posibilidad del sujeto de separarse del Otro que le rehusa el signo de amor.

Pasaremos, ahora, a analizar la posición anoréxica de tipo restrictivo. Aquí, el sujeto hace causa de la renuncia, del rechazo, al alimento. Comen nada, nos indica Lacan, porque la nada es el

objeto que interponen frente a la demanda del Otro.

Un Otro que, nos recuerda Lacan, “confunde sus cuidados con el don de su amor” 2. Ese otro impositivo que frente a la demanda de amor que abre a lo que no puede darse, al infinito, a lo que no puede saciarse ni colmarse, responde con un objeto, con algo que ofrece, con algo que tiene para dar. Así “confunde sus cuidados con el don de su amor”. Y “esta ignorancia es lo que el sujeto anoréxico no perdona” 3.

Por esto se niega a satisfacer la demanda de que coma, que lo dejaría reducido a ser tratado en el plano de la necesidad. “Juega con su rechazo como un deseo” 4, nos dice Lacan en “La dirección de la cura”, confunde así, la anoréxica, deseo con rechazo. Pero, sobre todo, se instala en su causa. Causa que supone negar la necesidad. Sólo se siente culpable si traiciona su causa.

Por eso el sujeto anoréxico cada vez come menos, se fija un límite cada vez menor y se siente culpable si lo traspasa. Esto supone la principal dificultad para el tratamiento ya que la anoréxica no tiene problema por no comer, sino por hacerlo. Podríamos decir que “hace síntoma” de comer.

Las anoréxicas pueden llegar a la muerte y, muchas, han muerto. Esto sucedía más antes que ahora que, con las técnicas de alimentación enteral y parenteral, se suele evitar este desenlace.

Dificultad para la psiquiatría, pero, también, para el psicoanálisis. Sabemos de la importancia de que el síntoma sea vivido como tal por el sujeto para que se decida a interrogarse sobre él, para obtener en el psicoanálisis una respuesta sobre lo que causa su sufrimiento. Una respuesta sobre el conflicto que está al origen de todo síntoma.

La anoréxica hace síntoma para su medio. Para la familia, para los amigos, para los profesores, pero no para ella misma. Lo que le hace sentir mal a la anoréxica es comer.

No come y se va reduciendo a nada, para la angustia del Otro. Juega así, también, con su pérdida. Pérdida que, nos recuerda Lacan en el Seminario XI, en su vertiente de “fantasma de muerte, de desaparición” 5 es un modo de pulsar el deseo del Otro. “El niño evoca comunmente el fantasma de su propia muerte en sus relaciones de amor con sus padres” 6. Esto que dice Lacan es algo que encuentra un eco universal en cada uno de nosotros. ¿Quién no fantaseó con la posibilidad de su muerte o desaparición, ante un sentimiento de desamor de los padres, como un medio de que, así,

se dieran cuenta de lo que contábamos para ellos, de nuestro lugar en su deseo?

Bien, pero una cosa es fantasearlo, fantasía que es universal, y otra actuarlo en lo real. Porque las anoréxicas pueden llegar a la muerte y, muchas, han muerto. Esto sucedía más antes que ahora que, con las técnicas de alimentación enteral y parenteral, se suele evitar este desenlace.

Los ingresos para que el organismo, en el que sostiene el viviente, no cese de funcionar pueden ser imprescindibles en el tratamiento de un sujeto anoréxico. No es algo en lo que el psicoanálisis deba entrar sino es para pedir un control médico que evite la muerte o secuelas irreversibles. Si el sujeto anoréxico no tiene límite en su renuncia a alimentarse, el médico debe actuar para limitar, en lo real, la autodestrucción. Ese proceso es el que el cuerpo se alimenta de sí mismo. Pura pulsión autofágica, de autodevoración. Pulsión de la que el sujeto anoréxico se hace objeto, reduciéndose a nada, a un resto. Nada que se vuelve consistente, como un objeto, para producir la separación del Otro en lo real, a falta de poder operarla de otro modo.

Hay algo que separa, entonces, el hecho universal de fantasear con la propia pérdida, de jugar a faltarle al Otro, del hecho de desaparecer realmente. No es lo mismo identificarse al significante del deseo que al objeto en lo real.

Tenemos así que, como lo ha subrayado J.-A. Miller en su curso, con E. Laurent, “El Otro que no existe y sus comités de ética”⁷, la anorexia se juega en la vertiente de la separación. Pero, se nos ocurre añadir, en su vertiente más extrema.

Por eso la culpa aparece cuando cede a la necesidad y come. Cuando supera el límite, cada vez menor, que se impone. En realidad la anoréxica niega que es un animal vivo.

Debemos cuestionarnos que la anoréxica sea una histérica, ya que el rechazo no es la insatisfacción. La anoréxica no hace síntoma para someterlo a la transferencia. Su rechazo es a la demanda del Otro, cierto, pero objetiva igualmente el goce fálico. Entendemos por goce fálico el deseo de vida que se puede superponer a la necesidad. La anoréxica rechaza cualquier placer corporal.

Lo que realmente pretende la anoréxica es eliminar la necesidad, anularla. Por eso la culpa aparece cuando cede a la necesidad y come. Cuando supera el límite, cada vez menor, que se impone. En realidad la anoréxica niega que es un animal vivo.

Todo lo entrega a la sublimación. El placer corporal, todo placer corporal, es negado y se entrega a la sublimación. Por eso son buenas estudiantes. Por eso también puede darse una relación entre creación y anorexia, o entre anorexia y mística.

Vemos, en la clínica de la anorexia, esa tendencia a negar la erotización del cuerpo, a negar todo placer corporal, y ponerlo todo a cuenta del espíritu que no necesita nada del sustento material ni del placer asociado a él, como tampoco de la relación sexual.

Se produce un rechazo a la sexualidad, en la anorexia, diferente al de la histeria. En la histeria la insuficiencia de ese goce, no lleva a su exclusión. Incluso puede cobrar la forma de continuos encuentros sexuales, para repetir la insatisfacción.

La anoréxica hace objeción al placer, al deseo de vida y a la transmisión de ese deseo en las generaciones. No podemos perder de vista que una de las consecuencias más evidentes de la anorexia es la eliminación de todos los rasgos sexuales secundarios, en la mujer, y la retirada de la menstruación. Igualmente podemos apreciar como el cuerpo se desfalciza, pierde todo brillo y capacidad de operar como instrumento femenino de seducción. Por el contrario, pasa a evocar un signo de muerte, del triunfo de la pulsión de muerte.

Situaciones en las que la anorexia se desencadena por una pérdida imposible de simbolizar. En estos casos, es más habitual encontrar una estructura psicótica de base.

Muchas anorexias se desencadenan en la pubertad, coincidiendo con el paso a “ser mujer” y el encuentro con la sexualidad adulta. Encuentro con el goce que resulta traumático e inasimilable. En el origen del desencadenamiento anoréxico, casi siempre está el encuentro con la sexualidad. Ante ese encuentro, la anoréxica no hace un síntoma, una formación de compromiso, como modo de establecer una relación sintomática que incluye al Otro. La anoréxica actúa su rechazo para dejar al Otro fuera de juego, fuera de dialéctica. Si al origen, como apuntó Lacan, siempre están los “fantasmas fálicos”⁸, la anoréxica no hace de ese fantasma el marco sintomático de su goce, sino que lo aparta, lo pone entre paréntesis, lo deja fuera de juego.

Encontramos también, aunque con menos frecuencia, situaciones en las que la anorexia se desencadena por una pérdida imposible de simbolizar. En estos casos, es más habitual encontrar una estructura psicótica de base.

Para ilustrar los desarrollos precedentes, recurriré al análisis de casos de ayer y de hoy.

Análisis de casos

Santa Catalina de Siena

Cuando se menciona la relación entre anorexia y mística, como es el caso de Santa Catalina de Siena⁹, se pone normalmente el acento en la renuncia al alimento humano, en aras del acceso a un goce superior. Este sería un goce no limitado por el cuerpo, el goce de lo divino. Tal vez la época favorecía la salida por esta vía, la única posible para la mujer que actuaba el rechazo de la sexualidad.

Parémonos un poco en el caso. Catalina nació en 1347, su madre tuvo 25 embarazos (la mitad llevados a término). Era su madre una mujer decidida y práctica, atea, de gran fuerza física (murió cerca de los 100 años). Con Catalina siempre mantuvo una relación intrusiva. La madre sólo amamantó a Catalina (nacida de un parto gemelar). Su hermana murió poco después del parto. Su padre aparece como un hombre borrado, ante el dominio de su mujer.

Vive un hecho crucial, a los 7 años, que podemos calificar como momento del trauma. Trauma en el sentido psicoanalítico del encuentro con el goce sexual. Catalina visita a su hermana Bonaventura. Su hermana vive casada con un rico tintorero toscano y brutal. De regreso hacia su casa, tiene una visión de Cristo y decide “quitar a esta carne cualquier otra carne en la medida de lo posible”. Comienza a tirar la comida a escondidas y a afirmar su vocación religiosa.

Catalina prosigue sin alimentarse, entre la rabia y la desesperación de su madre, que le sigue mostrando incompreensión y la tilda de loca y endemoniada.

A los 15 años, su hermana Bonaventura muere de parto. Su madre plantea abiertamente la posibilidad de que Catalina se case con el viudo (el tintorero toscano y brutal) de su escena infantil. El conflicto se agrava cuando, por la muerte de su hermana Nanna, un año menor y también posible candidata a ese matrimonio, vuelve a ser propuesta como sustituta de Bonaventura.

En ese momento se produce el grave desencadenamiento anoréxico. Sostenida en su pacto personal con Dios, renuncia a su corporeidad. Junto al adelgazamiento físico, Catalina desarrolla una gran actividad y se reafirma en su decisión. Dice: “Os aconsejo olvidaros de vuestros manejos en lo que respecta a mi matrimonio terrenal, porque sobre este punto no obtendréis de mí obediencia ninguna”.

Después de dos años de enfrentamiento con su familia, su padre, por primera vez, se define oponiéndose a su mujer y le dice que cumpla libremente su voto. “Que nadie tormente más a nuestra querida hija. Que sirva en paz a su Esposo”.

Catalina prosigue sin alimentarse, entre la rabia y la desesperación de su madre, que le sigue mostrando incompreensión y la tilda de loca y endemoniada. Su conducta anoréxica se mantuvo a lo largo de toda su vida. Catalina buscaba desembarazarse de cuanto tragaba, y a esto le llamaba “hacer justicia”. Su autoexigencia se extrema, aumentan sus conflictos y se agrava su anorexia, hasta que muere el 29 de abril de 1380 a los 33 años.

Es un caso que se puede leer desde la perspectiva del trauma. Catalina se encuentra a los 7 años con la realidad del matrimonio de su hermana con un hombre del goce (tosco y brutal). Ese es el primer momento, al que el segundo la retrotrae. El segundo es la muerte de su hermana y la propuesta materna de que se case con el viudo. Momento de encuentro con el goce sexual inasimilable, inscrito en el momento del trauma. Encuentro con la sexualidad que desencadena abiertamente, en el sentido clínico, la anorexia como respuesta. El rechazo del goce por la vía de hacerse “incorpórea”.

Esta paciente fue vista también por Kraepelin y Bleuler. Igualmente estuvo a tratamiento psicoanalítico en dos ocasiones, con dos psicoanalistas diferentes.

Ellen West

El caso de Ellen West es publicado por Ludwig Binswanger, en los años 1.944-4510. De la descripción de Binswanger se deduce que Ellen West (seudónimo de la paciente) debió nacer en el último cuarto del siglo XIX. Se suicidó, tomándose un veneno, a la edad de 33 años, poco después de ser dada de alta de la clínica Bellevue de Kreuzlingen, que dirigía Binswanger desde 1911. Esta paciente fue vista también por Kraepelin y Bleuler. Igualmente estuvo a tratamiento psicoanalítico en dos ocasiones, con dos psicoanalistas diferentes.

Ellen West es la única hija, situada entre dos varones. Por su padre siente una “veneración sin límites”. Este señor rígido y controlado en su aspecto formal, sufre de ataques de terror nocturnos. Está dominado por el miedo y los autorreproches. Es decir, el padre, bajo su tiesura formal, esconde una fobia. Es un padre desfalleciente. De los 5 hermanos del padre, 2 se suicidaron, otro fue un asceta rigorista. El abuelo paterno es descrito como un autócrata. De la

madre, Binswanger nos aporta un dato clínico fundamental: “Al tiempo de su compromiso pasó 3 años de depresión”. Si la depresión es el afecto propio de quien traiciona su deseo, el afecto propio de la cobardía moral, podemos deducir que no ilusionaba mucho su matrimonio a la madre de Ellen West.

De la historia de Ellen, destacaremos que a los nueve meses se niega a tomar leche, que nunca vuelve a tolerar. En su niñez, se niega a tomar dulces que le gustan. Binswanger habla de renuncia oponiéndolo a repugnancia (al asco histérico, podríamos decir) en un apunte clínico importante, ya que la repugnancia es una formación de compromiso.

Ellen fue una niña vivaracha pero tozuda y violenta. Llama la atención especialmente su negativa a admitir, en un episodio de su niñez, que un nido de pájaros lo es. No es casual que la tozudez sea con eso (la procreación). Buena estudiante, cuando no lograba el primer puesto se pasaba horas llorando. Vemos ya presente el binomio renuncia-sublimación. No consentía en faltar el colegio, su lema: “O Cesar o nada”.

Hasta los 16 años sus juegos eran de muchacho, prefería llevar siempre pantalón (no olvidemos que estamos hablando de principios del siglo XX). A los 17 años todavía evoca su deseo ardiente de ser chico: “Ser soldado, blandir la espada...”

Se siente llamada a realizar alguna misión especial de redención social y tiene ansias de fama e inmortalidad. Pone el acento en el trabajo, descrito como “opio contra el sufrimiento y el dolor”.

De su vida amorosa, sabemos que a los 18 años va a París, en una excursión con sus padres. A la vez que “se desarrollan pequeños lances sentimentales”, “se despierta en ella el deseo de ser delicada y etérea como las amigas que selecciona”.

A los 19 años, en una travesía a través del océano con los padres, no puede separarse de ellos. No puede quedarse sola un momento, no puede apartarse (luego ocurrirá esto mismo con su nodriza). Estas dificultades de separación se dan, de modo especial, cuando está en juego el amor por un hombre.

A los 20 años, practica la equitación con una intensidad exagerada. A esa misma edad, viaja a cuidar a su hermano mayor enfermo y

A los 20 años, practica la equitación con una intensidad exagerada. A esa misma edad, viaja a cuidar a su hermano mayor enfermo y “se compromete con un forastero romántico”.

“se compromete con un forastero romántico”. Pero, “cediendo al deseo del padre rompe su compromiso”.

Al volver de su viaje se detiene en Sicilia y redacta unas páginas con el título “Vocación de la mujer”. Se alegra de “estar lejos de las influencias agarrotadoras del hogar”.

Aquí se desencadena su anorexia en el sentido más clínico. Primero siente un apetito voraz. Ante un comentario de sus amigas que le dicen: “Estas gorda”, inicia las conductas restrictivas y se vuelca en el ejercicio físico. Se ve fea y gorda y llama a la muerte.

No quiere tener hijos y se lanza a la acción, promoviendo salas de lectura para niños. Se asienta en un Ideal de sacrificio, y de Revolución con una ambición indomable, pero esto acaba siendo insatisfactorio. En una poesía escribe: “Tu te has reducido a nada”. Empieza a preparar su “Matura” (examen final de madurez) al que nunca se presentará.

A los 23 años sobreviene el colapso, cuando tiene una aventura amorosa “desagradable” con un profesor de equitación. Se va a estudiar a otra ciudad y entabla relaciones con un estudiante (su segundo amor, que fue decisivo). Fue uno de los periodos más felices de su vida. Pero no puede estar sola (su institutriz tiene que estar siempre con ella) y no puede librarse de su idea fija: adelgazar.

A los 32 años inicia su primer psicoanálisis. Mejora, inicialmente, pero “pronto considera al psicoanálisis una pampolina”. Abandona al analista afirmando: “puede darme luz, pero no salud”.

La aventura con el estudiante acaba en compromiso. De nuevo, los padres prohíben la relación (bajo la forma de exigir una separación temporal). Ellen se deprime y se exagera la sintomatología anoréxica. Pide a los padres volver al hogar.

A los 25 años hace una travesía a ultramar. Al volver a su casa rompe el compromiso. Entra, entonces, en relaciones amorosas con su primo (partenaire aceptado por la familia). Dedicar una poesía a su antiguo novio, en la que dice “soy estéril”.

Durante 2 años vacilará entre su primo y el estudiante (con el que vuelve a entablar relaciones). Se acaba casando con el partenaire familiar. Se casa en primavera y, en el verano, se le retira la menstruación porque está embarazada. Durante una marcha con su marido sufre una hemorragia. Sigue caminando horas. Aborta. El médico le dice que para que sea posible un nuevo embarazo precisa una buena alimentación. Al año siguiente cesa su menstruación

(antes regular). Se complace en la pérdida de peso. “Sólo vive para adelgazar”.

A los 32 años inicia su primer psicoanálisis. Mejora, inicialmente, pero “pronto considera al psicoanálisis una pamplina”. Abandona al analista afirmando: “puede darme luz, pero no salud”.

Ellen encuentra “maravillosamente correcta y espantosamente verdadera” la opinión de su analista que le dice que su “principal objetivo es dominar a todos los demás”. El analista, le señala un fantasma de dominio. En sentido psicoanalítico, como dice ella, no quiere renunciar a su ideal de adelgazar.

En una carta a su marido compara su ideal (simbolizado en el novio anterior) con el ideal de adelgazar. “En aquel tiempo tu eras la vida que no estaba dispuesta a aceptar a cambio de renunciar a mi ideal (el novio universitario). Continúa: “Así también tengo que mirar ahora a ese ideal de ser delgada”. De este ideal, dirá, literalmente que es el ideal “de carecer de cuerpo”. “La única mejoría real es el nirvana” (ausencia de apetitos). “Sólo seré tu mujer cuando renuncie al ideal de mi vida”.

Ellen, plantea esto como una lucha entre el deber y el deseo en el sentido kantiano. Se ve impotente, en su recurso al imperativo categórico externo, frente a la tenacidad de los impulsos que la gobiernan.

A los 33 años termina, “por razones externas” según nos dice Binswanger, su primer análisis que duró 5 meses. Comienza, casi a continuación, su segundo análisis, con un analista “más ortodoxo”.

El analista ordena una separación del marido. Actúa en lo real, y provoca varias tentativas de suicidio (una intentando tirarse desde la ventana del analista).

Entonces ingresa en una clínica. Escribe en su diario:

“Yo no creo que el miedo a engordar sea mi verdadera neurosis obsesiva sino el constante afán de alimento”. Sufre de sentimiento de vacío e insatisfacción después de cada comida. Siente culpa por comer.

Escribe: “En el análisis lo hemos explicado así: al comer intento satisfacer dos cosas: el hambre y el amor: El hambre se satisface

“Yo no creo que el miedo a engordar sea mi verdadera neurosis obsesiva sino el constante afán de alimento”. Sufre de sentimiento de vacío e insatisfacción después de cada comida.

pero el amor no: ahí queda abierto y sin llenar el gran vacío”.

El análisis no modifica el síntoma y consultan a Kraepelin quien diagnostica melancolía. Lleva varios años sin menstruación. El médico prohíbe el análisis y aconseja el ingreso en el sanatorio de Bellevue donde estará 2 meses y medio. En ese periodo la ve también Bleuler quien se muestra de acuerdo con el diagnóstico de Binswanger de Esquizofrenia Simple. Bajo este diagnóstico de “nada que hacer”, le dan el alta. Después de salir del sanatorio, al tercer día después de llegar a su casa se siente jovial y come bien, como nunca en 13 años. Por la noche toma una dosis mortal de veneno con la que se mata.

Destacáremos, del análisis del caso, lo siguiente:

- Tenemos, como punto de partida, la identificación viril, el rechazo de la feminidad.

- La descompensación anoréxica se produce en el encuentro con el hombre (aparece la dificultad de separación en ese momento).

- Observamos el rechazo del ideal familiar de prosperidad y opción por la pobreza, por el menos, que se realiza como vocación de nada. Cuando aparece el amor, tiene que estar pegada a sus padres, o a su niñera. Entonces piensa en operar la separación en lo real. Escribe: “El suicidio y con él la aniquilación, la nada, adquieren un sentido desesperadamente positivo”.

Bajo este diagnóstico de “nada que hacer”, le dan el alta. Después de salir del sanatorio, al tercer día de llegar a su casa se siente jovial y come bien, como nunca en 13 años. Por la noche toma una dosis mortal de veneno.

- No puede acceder al hombre, como mujer, ni a la madre. Su anorexia grave que le lleva a la muerte (después de trece años) se desencadena después de su aborto (ante los signos de esta posibilidad, continúa su caminata). En ese momento el médico le dice que, si quiere tener hijos, debe alimentarse bien. Ellen agudiza, a partir de este comentario, su anorexia. Observamos su rechazo de toda versión del falo (goce sexual y niño).

- Todo esto lo realiza bajo la forma del Ideal (no de adelgazar, sino de ser incorpórea). En una carta a su marido, cuando eran novios, dice que su Ideal es carecer de cuerpo. En el encuentro con la sexualidad, se desencadena la anorexia y, con ello, el deseo de ser etérea, incorpórea.

Nadia

El caso de Nadia, de Pierre Janet, es puesto en paralelo por el propio Binswanger para compararlo al de Ellen West y decir que son diferentes. Sin embargo, las dos son consideradas por Binswanger como Esquizofrénicas. Pero parémonos en el caso, donde se revela claramente el parentesco estructural.

Janet clasifica a Nadia, a nivel descriptivo, como “obsesión de la vergüenza del cuerpo”. Nadia había sido presentada a Janet como un caso de histeria o inapetencia. Sin embargo era un caso claro de anorexia por bulimia.

Nadia tenía graves crisis de culpa después de sus atracones. Sentía horror a ponerse gorda, como su madre. Planteaba esto no como un problema de coquetería. “Comer era algo inmoral”, para ella. “Comer era como orinar en público”.

Desde los cuatro años, Nadia siente vergüenza de su cuerpo. La menstruación, la salida del vello púbico (que intentó arrancarse hasta los veinte años) y la formación de sus pechos la volvieron medio loca. Hasta los diecisiete años, no consintió que ningún médico le auscultara el pecho. Intentaba ocultar su sexo para dar impresión de masculinidad. No consentía en desnudarse delante de los padres.

Janet nos dice: “No era cuestión de inversión sexual sino deseo de asexualidad y si fuera posible acorporeidad”. “No quería parecer mujer, deseaba conservarse como una niña pequeña. Quiere ser incorpórea y llevar la vida de un ángel”. “Siente horror a la existencia de criatura corporal, niega la base natural de todo ser humano”.

Janet clasifica a Nadia, como “obsesión de la vergüenza del cuerpo”. Nadia había sido presentada a Janet como un caso de histeria o inapetencia. Sin embargo era un caso claro de anorexia por bulimia.

La rebeldía contra el sexo (en ambos casos), contra la forma en que se les lanzó a la existencia y, especialmente en las mujeres, contra el hecho de que se las tome como tales, es, para Binswanger, un signo insidioso de desarrollo esquizofrénico.

Para Binswanger la ambición que consume a estas mujeres es muy diferente del esfuerzo histérico de darse importancia. Sin embargo, asemeja esta ambición con el “hambre de morfina” del morfinómano crónico y con el ansia de bebidas espirituosas del alcohólico crónico. Esta necesidad de llenar el vacío existencial es, para Binswanger, también un signo de desarrollo esquizofrénico.

Para Binswanger: ¡Todos esquizofrénicos! Hace, de la esquizofrenia, un diagnóstico para lo intratable. Parece ser el lugar que hoy tienen los Trastornos de la Personalidad. Sin embargo, señala un parentesco estructural entre anorexia y toxicomanía que Lacan también destaca en su trabajo sobre “La Familia”¹¹.

Binswanger critica el diagnóstico de Kraepelin de melancolía. No hay delirio de indignidad. Entonces, diagnostica de “Morbus Bleuler” (agrupación de preesquizofrenia, esquizofrenia latente y esquizofrenia patente). Sin embargo, vemos el denominador común claro a Ellen West y a Nadia, se trata del rechazo de la feminidad, bajo la forma específica de rechazo al cuerpo y el anhelo de ser incorpóreas.

En la anorexia hay rechazo al cuerpo, en la histeria síntoma en el cuerpo. Si el desencadenante común es el encuentro con la sexualidad, la respuesta es diferente.

Un caso actual

Expondré, ahora, un caso actual de mi propia clínica. Se trata de una mujer joven a la que llamaré Ángeles. Cuando acude a mi consulta, me dice que padece un trastorno de anorexia-bulimia y me explica la trayectoria de sus 13 años de enfermedad, con treinta ingresos, alimentación forzada y situaciones límite con riesgo para su vida. Este relato, no exento de exhibicionismo, la sitúa como la mejor, también como la mejor anoréxica.

Dejó de comer el día en que falleció su tía, la más joven de sus tías, y la única que no participaba de la ideología y moral familiar fuertemente influida por la religiosidad católica.

Ha estado con los más prestigiosos especialistas en Trastornos de la Alimentación, sabe todo sobre la anorexia, nadie consiguió curarla. Le digo que, si es así, probablemente yo tampoco lo consiga. Me desintereso, por completo, por su intento de enumerar las veces que vomita y el peso que ha perdido, diciéndole que son cuestiones de interés para su médico. Le hago una pregunta: ¿cuándo empezó todo? Sabe situar el día exacto. Dejó de comer el día en que falleció su tía, la más joven de sus tías, y la única que no participaba de la ideología y moral familiar fuertemente influida por la religiosidad católica. Esta tía, absolutamente idealizada y extremadamente delgada, falleció de un accidente con 26 años. Ángeles, a partir de ese día, dejó de comer. Tenía doce años.

Me dice que, en 13 años de enfermedad y tratamientos, nunca nadie le había preguntado por esto. Pero, lo más curioso, es que ella tampoco lo había relacionado con su enfermedad. Doy por finalizada, ahí, la primera entrevista. Corte, en este caso, al servicio de instalar la transferencia analítica.

A partir de aquí, me hablará de su relación con una mujer bastante mayor que ella y que fue su profesora. Se reencontraron durante un ingreso hospitalario y se hicieron inseparables. Compartían sus orgías -así las denomina- bulímicas. De esta relación dirá: “Somos dos ángeles unidos por el mismo destino”. El corte de la sesión, en este punto, permitirá aislar un significante fundamental.

Me dirá que, con 6 años, leyó unas cartas de su madre. En una de ellas, dirigida a la abuela materna de la paciente, se lamentaba de haberse casado y de no haber destinado su vida a Dios. En otras, hablaba de un primer embarazo de una niña que “nació muerta”. A este embarazo, siguieron cuatro abortos hasta el nacimiento de la paciente.

A raíz del hallazgo de las cartas, le preguntó a su padre cómo era su hermana. Éste le respondió: “Como un ángel”. En este momento, los dos cortes mencionados se revelaron pertinentes y diferentes. El primero, es el que instala el saber, como condición necesaria de toda cura. El segundo, porque había despejado un significante, “ángel”, que como límite entre el sujeto y el Otro carecía de sentido, y al que su vida se lo pretendía otorgar mediante un destino mortal.

La paciente dirá que, después de la respuesta que le dio su padre, pasó años pensando en cómo sería su hermana, de la que heredó su nombre.

La dirección de la cura pasaba, pues, por separar al sujeto de la repetición comandada por ese significante. Y así fue. La paciente dirá que, después de la respuesta que le dio su padre, pasó años pensando en cómo sería su hermana, de la que heredó su nombre. Esta “obsesión” cobraba especial intensidad cuando sentía que no respondía al ideal de sus padres, incrementándose a partir de la muerte de su tía. Dirá que siempre destacó porque, en el fondo, sabía que era la sustituta: “Le robé el sitio al ángel, a mi hermana, y nunca me lo he perdonado, ni me lo han perdonado mis padres. Me juego mi ser a que no hay día en que no piensen en ella, en lo que hubiera sido. Yo se la robé. Mi dependencia hacia ellos es la penitencia por el pecado de haber nacido sin permiso”. Concluye diciendo que lleva veinticinco años siendo el doble de ese ángel, que no puede devolverle a sus padres.

Al poco de comenzar sus entrevistas, se producirá un hecho sorprendente que la paciente describe del siguiente modo: “Salgo de la sesión con ansiedad. Empiezo mi ruta habitual: galletas, cafés, bebidas... De repente se para el tiempo. No recuerdo nada. Sólo sé que aparezco en un sitio que no reconozco, mareada, con una bolsa. Siento pánico. ¿Dónde estoy? ¿Cómo he llegado hasta aquí?”. Llama a su amiga bulímica que acude a buscarla y van a su casa. Lleva un paquete. Lo abre y aparece un pastel especial: una ranita de chocolate. No recordaba nada respecto del momento en que se dirigió a comprarla. Su sorpresa es muy grande. Es una ranita de chocolate como las que le compraba su tía, cuyo fallecimiento desencadenó la anorexia de la paciente, y que su madre no le dejaba comer. “Era nuestro secreto, dirá, y hoy fui hacia ella”. Sitúa este episodio disociativo como la emergencia de un deseo de vida frente a la dependencia patológica de sus padres. Padres, dice, que la prefieren anoréxica, ángel, antes que gozando sexualmente o dando una mala imagen social. Cuando Angeles hace un atisbo de separación, la madre sufre episodios agudos de colitis ulcerosa. “Conclusión, dirá, si yo me curo soy pecadora y, si soy pecadora, mi madre muere. Pero, si sigo así, muero yo”.

Sitúa este episodio disociativo como la emergencia de un deseo de vida frente a la dependencia patológica de sus padres. Padres, dice, que la prefieren anoréxica, ángel antes que gozando sexualmente.

Está con los padres y con su hermano a la mesa, tiene 6 años. En el colegio ha oído la palabra coito. Pregunta: “Mamá, ¿qué es coito?”. Su madre responde: “Come y calla”. Comió y calló. Dirá que la comida es su pecado. Desde que desencadenó su enfermedad, pasó por fases de anorexia restrictiva, donde era pura, un ángel. Éstas fases, acabaron alternándose con momentos de bulimia, en los que se abocaba a la promiscuidad sexual, al exceso. El pecado lo eliminaba con sus purgas.

Recuerda que, de niña, se comió el turrón de los camellos de los Reyes Magos, que habían dejado exquisitamente preparado su madre y su abuela. Lo fue a vomitar (era de chocolate). Supo que su castigo no fue por comer el turrón de los camellos, sino por haber visto extasiada una revista en la que salían desnudos un hombre y una mujer. Eso, le provocó placer. El chocolate desapareció de su vida excepto cuando, a espaldas de su madre, su tía le compraba una ranita de chocolate. La ranita le provocaba un placer ya no alcanzado en el futuro.

La paciente dirá: “Mis etapas anoréxicas están llenas de duelo por el chocolate de las ranitas, en fin, por el pecado. Están llenas de mordiscos de manzanas ácidas. Los Reyes me quitaron, por

pecadora, el chocolate, pero me dejaron algo de imaginación con lo cual siempre seguí haciendo el amor: ni con hombres, ni con ranitas; pero sí con las manzanas”.

Establece una ecuación entre sexo, pecado y muerte, confirmada por la muerte de su tía, la única “pecadora” de su familia. Su padre le ha dicho que “la prefiere muerta antes que verla con cualquiera por ahí”. Su madre, que “nunca nadie ha deshonrado su apellido y que no piensa consentir que ella lo haga”. Su tía murió cuando el peligro de “deshonrar” el apellido era mayor. Dirá: “Cuando yo pongo el honor familiar en peligro, también muero, ya sea ingresando en un manicomio, ya sea anañándome hasta la pureza más pura, llegando a los 28 Kg., muerta, sólo huesos, sólo ángel, ningún peligro. El confesionario, los huesos, o el retrete, perdonan todo. Mi madre en un baño, sangra que te sangra. Yo, en otro, vomita que vomita. Mi padre gritando, preguntándole a Dios porqué le han mandado tantas desgracias, o yéndose a rezar un rosario”.

Comienza a tener pesadillas repetidas en las que ve a un bebé que vomita. Dice que sólo sabe que es un ángel porque, de cintura para abajo, la imagen se difumina. Está asexuado. Ella está detrás suplicándole a los padres que no le den más comida, que le eviten el vómito. Identifica a ese bebé con la hermana muerta, que ella misma es. Con esta pesadilla el sujeto empieza a separarse, a vomitar el significativo de su destino. Así, comienza a alimentarse aunque, únicamente, con leche succionada con una pajita. En este contexto, un día, cuando la hago pasar desde la sala de espera, se muestra absolutamente sorprendida. En la sala de espera, se encuentra un grabado que representa un ángel. Siempre estuvo ahí pero, por primera vez, ha podido ver que ese ángel tiene pechos. Está fascinada y se ríe. Dirá: “Si para un artista existen los ángeles con pechos femeninos, ¿por qué para mí no pueden existir?”.

Establece una ecuación entre sexo, pecado y muerte, confirmada por la muerte de su tía, la única “pecadora” de su familia. Su padre le ha dicho que “la prefiere muerta antes que verla con cualquiera por ahí”.

Encuentra dos apoyos: la ranita y el ángel con pechos. Han transcurrido dos meses desde la primera entrevista, con encuentros diarios exceptuando los fines de semana. Sigue alimentándose sólo de leche, pero no vomita.

Inicia una relación con un hombre, que sabe que sus padres no aceptarán (por considerarlo de inferior clase social), y les hace conocer la relación por medio de un acto fallido.

Comienza a comer, fuera de casa. En casa no lo consigue. La madre

ha recaído, de su colitis ulcerosa, desde la noche que durmió, fuera de casa, con su pareja. Retorna la tentación de la anorexia, a la que define como su seguridad, su control. Dirá que “El placer del bajo peso es casi tan intenso como un orgasmo”. Se pregunta: “¿Qué diferencia hay? Lo primero es patológico y lo segundo es normal. En mi casa es justo al revés”. Sin embargo comprueba, no sin alarma, que ya no encuentra la misma satisfacción en sus síntomas. A esto sigue un periodo caracterizado por la reacción terapéutica negativa y la ideación suicida.

Sale de esta situación, a partir de una sesión en la que enuncia lo siguiente: “Cuando nací casi mato a mi madre. Tuvo una hemorragia. Quería retenerme. Ahora también sangra, porque no quiere que me vaya. Si entonces no se murió, ahora tampoco se va a morir...”. “Creía estar presa de la anorexia, pero estoy presa de mi madre. A veces deseo matarla, a veces ser sólo de ella”.

Aquí se produce el corte, en la sesión y en su vida. Puede comenzar a operar una separación que no pase por ser un ángel muerto.

Actualmente, la paciente come y ha recuperado la menstruación. Está viviendo con su pareja y ha conseguido, por sus propios medios, un trabajo digno acorde con sus estudios universitarios.

Si bien es pronto para hablar de una curación definitiva sí podemos afirmar que el encuentro con el psicoanálisis le ha permitido a esta mujer salir de la repetición.

Si bien es pronto para hablar de una curación definitiva -la paciente inició su psicoanálisis hace poco más de un año-, sí podemos afirmar que el encuentro con el psicoanálisis le ha permitido a esta mujer salir de la repetición. En primer lugar, de la repetición de hacer fracasar a cualquier terapeuta en posición de amo, causando su angustia y división.

Desinteresándome por su estado físico, para su perplejidad, la cura se abrió a la dimensión del inconsciente y a lo real que vela la repetición. Si la repetición es el nombre que en lo real toma la alienación simbólica, comenzar a saber de ésta, es iniciar la separación. Es, en esta báscula de alienación y separación, donde está la paciente cuando afirma: “Creía estar presa de la anorexia, pero estoy presa de mi madre. A veces deseo matarla, a veces ser sólo de ella”.

A modo de conclusión

A través del análisis, de los casos descritos, hemos intentado fundamentar que la respuesta anoréxica es mucho más radical que la de la histérica. Supone el intento de negar la necesidad de tener un cuerpo para el viviente. En ese proceso, guiado por la privación del alimento y de todo goce corporal, hace objeción al deseo de vida y a la transmisión. Ya que la anorexia impide, no sólo el encuentro sexual, sino también la maternidad. La anoréxica se convierte en puro espíritu. La culpa sólo aparece cuando cede al apetito, cuando no se priva. Eso es lo que hace síntoma para ella, no el no comer. Ésta es la dificultad principal del tratamiento. Tratamiento que no puede pasar por ofrecerle un saber precocinado sobre la anorexia, ya que lo rechazaría como el alimento.

Se puede observar que no hemos mencionado a la moda, o a los ideales de belleza actuales, representados por las “top-models”, para hablar de la anorexia. Es posible que ese Ideal de belleza actual permita encontrar, en el Ideal, una justificación para la conducta anoréxica, para el goce autodestructivo anoréxico, pero nunca lo explica.

En las auténticas anoréxicas, no en las malas comedoras o en aquellas que siguen regímenes estrictos (ya que la popularización de la anorexia ha dado lugar a un uso abusivo del concepto), nunca la causa se reduce a la captura en los ideales de belleza femenina. Hay algo más.

La civilización actual con su exceso de ofertas de productos plus de goce, en ocasiones asfixiantes del deseo, puede favorecer el rechazo como modo de apertura a un deseo.

La civilización actual con su exceso de ofertas de productos plus de goce, en ocasiones asfixiantes del deseo, puede favorecer el rechazo como modo de apertura a un deseo. Desde que comer es un bien de consumo hay más anorexias, así como no las hay en los lugares en que la comida es un bien escaso. Sólo se puede rechazar lo que desde el objeto material, y el exceso, se propone para taponar toda falta. Esto puede favorecer la mayor incidencia de la anorexia en nuestro tiempo, aunque ya hemos visto que este síntoma no es exclusivo de nuestra época.

También esto permite la articulación entre el rechazo a la comida y a los estudios. Rechazo a la demanda de instrucción utilitarista ahogadora del deseo de saber, en ese alimentarse, engordar de conocimientos, para ignorar lo fundamental. Cuando al deseo de saber se superpone la demanda de instrucción puede aparecer la “anorexia mental”. El no aprender nada, vomitarlo, el

aprovechamiento nulo, cero, nada. Nada que se interpone frente a la demanda del Otro. Quizás esto explique que cuando una anoréxica abandona su posición su rendimiento empeora.

Pero, volviendo a la anorexia, ¿dónde ubicarla? Decíamos anteriormente que parece distanciarse de la histeria en algunas cuestiones. No es la identificación fálica la que aparece privilegiada en la anorexia, sino la identificación al objeto resto, que encarna.

Si la causa de la anorexia, en el sentido del origen de la enfermedad, del desencadenamiento, tiene que ver con un encuentro inasimilable con la sexualidad, la respuesta anoréxica supone negar que se tiene un organismo que sostiene al viviente y que, como cuerpo, puede ser campo de placer. El cuerpo histérico habla, el cuerpo anoréxico se reduce a nada, se niega.

La anorexia nos acerca a los límites. La causa anoréxica es negar la necesidad, reducir el límite de la necesidad a cero. Esto es lo que da su aspecto delirante a la anorexia. Parecen delirar sobre su imagen corporal. Se ven gordas cuando están en los huesos. Quizás esto fue lo que llevó a Pierre Janet a definir a la anorexia como un “delirio histérico prolongado”.

La anorexia es una posición límite, sostenida en el rechazo a la demanda axfisiante del Otro, pero también en la negación de la necesidad y del placer corporal. En este sentido, se puede plantear la anorexia como una posición del sujeto que es transclínica. Esta posición supone un rechazo a la falicización del cuerpo, al cuerpo como campo de placer. Esta operación, donde la anoréxica se empeña en reducir el registro de la necesidad a cero, la lleva a actuar en lo real, encarnando el objeto resto, la separación del Otro.

El camino a seguir, en el tratamiento de la anorexia, pasa por desandar el camino. Llegar al punto donde el sujeto, ante el encuentro con el goce, rechazó la castración. Rechazó hacer síntoma de la sexualidad, y colocó el falo fuera de juego, entre paréntesis. Se trata de retomar la vía de la alienación, lo que supone que el goce es limitado por el significante y pasa por el campo del Otro. Se trata de posibilitar la separación a partir de la producción de los significantes de la alienación. Único modo de evitar que la separación tenga que pasar por lo real de faltarle al Otro.

Referencias bibliográficas

- RECALCATI, M.: “La boca y los huesos. El cuerpo en la anorexia-bulimia” en *La encrucijada anorexia-bulimia. Un tratamiento de la Anorexia en Italia y España*. Editado por Ministerio Affari Esteri, Direzione Generale per la Promozione e Cooperazione Culturale. Ambasciata d’Italia-Madrid. Madrid, 2001, pp. 30-41.

- LACAN, J.: “La dirección de la cura y los principios de su poder” en *Escritos 2*. México, Ed. Siglo XXI, 1984 (X ed.), p. 608. Ibid.Ibid.

- LACAN, J.: *El Seminario, libro XI, Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Barcelona, Ed. Paidós, 1987, Lección XVI, p. 222. Ibid.

- MILLER, J.-A. y LAURENT, E.: Curso 1996-97 (inédito), *L’Autre qui n’existe pas et ses comités d’ethique*. Lección del 21 de mayo.

- LACAN, J.: “Intervenciones de Lacan en la Sociedad Psicoanalítica de París” en *Intervenciones y Textos*. Buenos Aires, Ediciones Manantial, 1985, p. 9.

He basado mi análisis en los datos biográficos recogidos en el artículo, de Mario Antonio Reda, “Anorexia y Santidad en Santa Catalina de Siena” en *Revista de Psicoterapia*, editada por Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista. Época II, Volumen VIII, N° 30-31, 1997, pp. 153- 160.

- BINSWANGER, L.: “Der Fall Ellen West”, en *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 1944, vol. 53, pp. 255-277; vol. 54, pp. 69-117, 330-360; 1945, vol. 55, pp. 16-40. Traducido, del original, por Werner M. Mendel y Joseph Lyons, en R. May, E. Angel y H. F. Ellenberger, *Existencia. Nueva dimensión en psiquiatría y psicología*. Madrid, Ed. Gredos, 1967, pp. 288-434.

- LACAN, J.: *La Familia*. Barcelona, Ed. Argonauta Biblioteca de Psicoanálisis, 1982, pp. 40-41.

Niños en psicoanálisis. El caso T (Una cura lacaniana)

Autora

Fe Lacruz
Psicoanalista. Psicóloga clínica. CSM de Cangas. Pontevedra.

Abstract

Exposición del trabajo analítico con un niño de 5 años, en el que se privilegia la dimensión de la posición de la analista en la transferencia, y las consecuencias que de ahí se derivan para la dirección de la cura.

Trabajo analítico con un niño de 5 años, en el que se privilegia la dimensión de la posición de la analista en la transferencia, y las consecuencias que de ahí se derivan para la dirección de la cura.

Palabras clave

Neurosis infantil, cura, síntoma, transferencia, interpretación.

Words key

Infantile Neurosis, priest, symptom, transfer, interpretation.

Abstract

Exhibition of the analytical work with a 5-year-old child, in whom there is favoured the dimension of the position of the analyst in the transference, and the consequences that of there stem for the direction of it recovers.

Introducción

¿Qué construye un sujeto, en este caso un niño, para andar por la vida? Su realidad psíquica, una ventana que le sirve de marco para interpretar a el mundo, ventana apuntalada en las identificaciones y

en una relación con el objeto que vela para el sujeto su posición de goce, es decir, su modo de satisfacción pulsional que, como Freud descubrió, siempre logra su objetivo, aún bajo la forma de displacer.

Si lo pensamos en términos de estructura, diremos que el niño construye su neurosis infantil, es decir, su particular versión del encuentro con la castración, entendida como limitación de goce. Limitación que desde el psicoanálisis tiene una función positiva. Sólo el loco, con un goce no regulado, sería un ser libre. Se trata entonces de explorar en el análisis, qué transmisión del saber, del deseo y del goce le ha sido transmitida, y qué respuesta el niño elabora. Respuesta que como veremos, no se hace sin experimentar distintos avatares, la contingencia se impone, y que se articulará con lo necesario, siendo el síntoma el que ostenta en psicoanálisis este estatuto, lo que supone que el síntoma es consustancial al ser hablante.

El privilegio del análisis de niños, es que asistimos a la construcción de la neurosis en tiempo real, más allá de que sea el tiempo lógico y no el cronológico el que nos dé las claves de esta elaboración.

La cura

Trabajo preliminar

Se trata de un niño cuyo trabajo analítico comenzó en el umbral de los cinco años. El motivo de la consulta fue su mutismo fuera de la familia, que también alcanzaba dentro de ésta al abuelo materno, a quien tampoco hablaba. La demanda familiar, de la escuela, era: “Que hable”. Así se lo explicó su madre antes de traerlo a consulta: “Voy a llevarte a un sitio para qué hables”. Es pues, una demanda terapéutica que apela al Otro para la reducción del síntoma, para hacerlo desaparecer, no se trataba tanto de saber por qué. Era además un síntoma ya prolongado en el tiempo, dos años de evolución.

Se trata entonces de explorar en el análisis, qué transmisión del saber, del deseo y del goce le ha sido transmitida, y qué respuesta el niño elabora.

Así pues, recibo a T., que en nuestro primer encuentro se comporta de manera francamente hostil (agresividad como tapón de la angustia que aparece ante la posibilidad de tener que separarse de su madre) siendo necesario, como ocurre tantas veces en las sesiones iniciales con niños, admitir su presencia durante la sesión.

T. se dirige a ella, que parece una mujer de pocas palabras y muy

protectora, y le susurra palabras al oído, obstinándose así en negar la presencia de la analista. Utiliza el material de juego de forma destructiva, lo golpea y lo tira contra las paredes y los muebles. Su madre no se inmuta.

Tras varios encuentros, en lo que se va limitando poco a poco este goce que parece repetirse sin solución de continuidad, T. logrará quedarse solo unos minutos, lo que se consigue con la ayuda de los juguetes propios, que fue invitado a traer a las sesiones y que desempeñarán el papel de objeto transicional. Eso sí, manteniendo la puerta abierta y yendo a comprobar periódicamente que su madre seguía allí, en la sala de espera. Una posterior intervención de la analista permitirá superar esta situación, posibilitando un desarrollo de las sesiones sin tantas interrupciones.

El primer juguete que aportó fue un completo equipo de policía: Pistola, placa, esposas, y un silbato con el que produjo un pitido fuerte y potente, al que siguieron onomatopeyas de distintos animales, de vehículos, y del cuerpo tomado en el registro escatológico.

Primer efecto terapéutico: En el colegio, empieza a hablar en voz baja con sus compañeros, participa en el trabajo gráfico y manipulativo, aunque no en el oral. Sigue sin hablarle a la maestra.

T. logrará quedarse solo unos minutos, lo que se consigue con la ayuda de los juguetes propios, que fue invitado a traer a las sesiones y que desempeñarán el papel de objeto transicional.

En la transferencia, su posición es ahora ambivalente: Unas veces tranquila y otras hostil, con muecas despreciativas y pequeños manotazos. Pone a prueba al Otro dando por terminada la sesión, o resistiéndose a irse cuando es la analista quien la corta.

Dibuja mucho: A los trazos le sigue una clara representación de los miembros de su familia. Su mutismo obliga a intervenciones muy activas en la dirección de la cura. Su mímica, extremadamente sofisticada, proporciona el hilo conductor de su relato. No hay palabras, pero hay un decir. Ante las restricciones que se le marcan, da portazos, gime y patalea en un estricto silencio, como si se tratase de una película de cine mudo.

Juega a incorporar y escupir unas pequeñas zanahorias de plástico, lo que permite señalarle que de su boca salen cosas, pero no palabras. Unas semanas más tarde, urge a la analista para que ponga palabras a su juego, necesita a un narrador, el Otro de la transferencia ya no es un testigo molesto.

Se pregunta por las generaciones, y hace aparecer en escena a un abuelo, un padre y un hijo; reyes que se van usurpando sucesivamente el trono, para finalmente cabalgar juntos en paz y armonía. Un ideal que se revelará imposible de sostener, dejando de encubrir el goce.

La madre informa que la agresividad se ha desplazado a sus compañeros, y que ya no le importa que la maestra le escuche hablar con ellos. Empezará a hablarle también a ésta, en voz baja. Ha cumplido seis años, ha aprendido a escribir su nombre. La transferencia es ahora positiva, instándome a que colabore en su juego y haciéndome demostraciones de sus habilidades gimnásticas en un juego de seducción, en el que trata de presentarse como amable (digno de amor) para el Otro.

Un síntoma analítico

Tras año y medio de trabajo, pronuncia por vez primera, en voz muy baja, una sílaba; es una sílaba pedida como pista para averiguar el nombre del animal recién dibujado por él. Silabea después la palabra entera sin emitir sin embargo ningún sonido. Es la respuesta a una intervención de la analista en la sesión anterior:

“No me voy a asustar si oigo tu voz”, interpretación que se revelará crucial, ya que al apuntar al resultado y no a la causa (¿por qué no habla?) producirá un efecto: Que el síntoma devenga analizable.

Desplazamiento del acento, que le permitirá empezar a hablar y lo primero que dirá es que justamente le llaman “T. el que no habla”.

Contará entonces, en un despliegue del yo ideal, que es el más listo de la clase y que sabe más que los otros. Me informará de que ya le habla a todo el mundo. ¿También a su abuelo?. A él no. “Ya no me acuerdo de por qué no le hablo a mi abuelo, tú lo sabes, tú lo sabes todo”. Ese no me acuerdo, manifestación de la represión freudiana, o del sujeto barrado o dividido en Lacan, se corresponde con la definición lacaniana de la transferencia en el Seminario XI, “puesta en acto de la realidad del inconsciente”, e ilustra a la perfección el lugar del analista como complemento del síntoma, es decir, su inclusión en él. Permitiendo desvelar también (no olvidemos que se trata de la cura de un niño) el núcleo del síntoma.

La madre informa que la agresividad se ha desplazado a sus compañeros, y que ya no le importa que la maestra le escuche hablar con ellos. Empezará a hablarle también a ésta, en voz baja.

Es la transferencia en su dimensión epistémica, en la que el analista aparece situado como Sujeto-supuesto-Saber, a quien se ama

justamente por la atribución de un saber sobre el síntoma que al sujeto se le escapa. No estamos en la dimensión imaginaria del comienzo, al nivel del afecto, donde se sitúan todos los fenómenos transferenciales del amor-odio (privilegiados por los posfreudianos con su concepto de contratransferencia y sus intervenciones interpretándola, lo que deja al sujeto anclado en una repetición de goce sin fin).

Es el síntoma en su definición lacaniana de “verdad que se resiste al saber” (definida como tal en el S. XVII, y modificada posteriormente como “modo de gozar del inconsciente”).

La verdad de T. es que aunque él no hablaba a los demás, lo que realmente contaba es que no le hablaba a su abuelo.

Una contingencia, un encuentro imprevisto -en este caso una muerte- ha roto el equilibrio familiar, y en consecuencia el del niño, y le obliga a responder a ese real que irrumpe. ¿Y cómo se responde al trauma? Con un fantasma, corazón del síntoma.

T. contará: “Mi tío murió, de accidente; se mareó; era muy bueno; desde entonces nunca más fuimos felices”. Es decir, castración, con el imaginario telón de fondo de una felicidad perdida. Recuerda ahora un accidente que él tuvo, su miedo a que le abrieran la barriga y le quitaran la nariz. Fantasías en las que se pone de nuevo en juego la castración.

Su tío muerto, figura idealizada, no murió de accidente, sino que se suicidó. Y es muy posible que T. (por una cuestión que no es preciso relatar) disponga de esta información.

Y continúa: “Antes de venir aquí, fui con otra, una chulita, decía que si yo no hablaba era porque tenía un secreto”. Y en efecto, lo tenía, sólo que proponiéndose como Otro del código, la primera terapeuta, al darle al síntoma un sentido, el síntoma resultó reforzado;

Freud nos advertía de esto: Darle al síntoma un sentido sólo lo alimenta.

Su tío muerto, figura idealizada, no murió de accidente, sino que se suicidó. Y es muy posible que T. (por una cuestión que no es preciso relatar) disponga de esta información. A él le contaron que su tío se puso enfermo, y murió en el hospital. Pero T. sabe, y para el síntoma poco importa donde se funda su saber, ya que lo que cuenta es lo que funciona para él como verdad. Tenemos aquí el síntoma conjugando real y sentido.

Con su silencio T. apuntaba en último término a quien era,

supuestamente, el responsable de esta muerte.

A diferencia de la terapeuta que lo trató con anterioridad, y que interpretó la defensa, reforzándola, la intervención analítica tocó un punto de real. Es la interpretación que tratando lo real mediante lo simbólico, apunta al goce, pues en el síntoma no todo es significante (en esa vertiente el síntoma es dócil a la interpretación) en cambio en su vertiente de goce, su función es oscura, y eso es lo que resultó alcanzado. Es la última definición lacaniana del síntoma, “un modo de gozar del inconsciente”.

La interpretación

Un significante, “asustar”, conectó la voz con la muerte. Su tío muere, de una manera particular, y él no hablará entonces, no hablará de la muerte del tío (para no tocar algo de la verdad, tomada como realidad psíquica, de esa muerte). Esta y no otra, es la significación del síntoma. Atribución al Otro, de un goce que finalmente no está más que en el fantasma del neurótico. Ingente esfuerzo el de la neurosis para defenderse del goce, que nunca es el que conviene y que, salvo en su fantasía, no está en el Otro, que no es otra cosa que un desierto de goce, y que finalmente, no existe.

La intervención del analista, colocado como semblante (tal como Lacan lo formalizó en el discurso analítico) en la intersección de lo real y la verdad, permite alcanzar la verdad que el sujeto guarda y, al mismo tiempo, lo real de la castración que supone esa muerte.

Esta y no otra, es la significación del síntoma. Atribución al Otro, de un goce que finalmente no está más que en el fantasma del neurótico.

Pero más allá de la verdad de la muerte del tío, que él con su mutismo velaba, se trata del goce, presentificado por el poder letal de la palabra en su dimensión de voz (ningún problema en silabear silenciosamente primero, o en escribir después). La secuencia lógica nos la da el hecho de que la muerte del tío de T. coincidió en el tiempo con el nacimiento de un hermano. Esta simultaneidad facilitó un montaje en el que el hermano recién nacido sustituye imaginariamente al hermano de la madre, idealizado por ella, muerto. Summum de valor fálico. La pregunta neurótica es ¿cuál es entonces su lugar en el Otro? ¿Qué es él para el Otro materno?

T. había dado respuesta con su síntoma a la angustia materna ante la pérdida del hermano idealizado, a la que evidentemente no es ajena su circunstancia dramática. Es en torno al abuelo, padre de la madre a quién no habla, donde T. interpreta la angustia materna. Su

síntoma respondía a una de las versiones posibles que encontramos en el análisis con niños: El niño como síntoma de la madre. Pero el mutismo de T. dice también algo de él como sujeto, y de su deseo. Se diría que sabe que es el goce el que da la clave de los dichos. Y si entre las palabras se desliza un deseo de muerte, más valdrá estar callado, no sea que el Otro responda al mismo nivel (es el temor obsesivo a la venganza posible del Otro).

Fenomenológicamente retiene la palabra en su dimensión hablada, pero lo que realmente cuenta es el goce pulsional, en este caso en su dimensión de voz, la voz en tanto objeto parcial. Pasión del objeto parcial dirá Lacan. ¿Cómo hacerse oír si la palabra es vehículo de un deseo de muerte? En silencio.

La interpretación, tocando el fantasma, desmontará su imaginario poder mortífero, y hará caer también la identificación “T. el que no habla”. El goce se separa de este significante.

Conclusión

Sabemos que en una cura analítica llevada hasta el final se trata de ir más allá de la verdad, que no es más que ficción o construcción, para que el sujeto encuentre nuevos modos de relación con el goce, y lograr entonces el “buen síntoma”. Pero convendría recordar, tal como lo planteaba M. Silvestre en su excelente artículo sobre la neurosis infantil, que de lo que se trata en el análisis de niños es de acompañar al sujeto. Acompañarlo sin obstaculizar mientras se construye su neurosis sintomática, necesariamente.

Pero el mutismo de T. dice también algo de él como sujeto, y de su deseo. Se diría que sabe que es el goce el que da la clave de los dichos.

¿En qué punto quedó el análisis de T.? En el umbral de la pregunta por la sexualidad, cuestión que abordó en las que serían sus últimas sesiones, en una de las cuales contó entusiasmado que para la fiesta de Carnaval se disfrazaría de cura (“disfraz” que le iba a pedir a Don X, el párroco) por supuesto, las niñas irían de monjas. Estupenda manera de escenificar lo que Lacan llamó “no hay relación sexual”, que por supuesto no impide que relaciones sexuales, haya. Dos años y medio de trabajo que permitieron a T. no quedar fijado a un goce sintomático mortificante, dejando abierta la vía para continuar un trabajo analítico en el futuro. Tal vez cuando se pregunte ¿qué quiere una mujer? porque a ¿qué quiere la madre?, pregunta que aparece cuando se desvela la castración en el Otro materno, ya se ha contestado.

Nota

Una breve viñeta clínica de este caso fue expuesta hace años en el curso de una intervención teórica sobre “La dirección de la cura en psicoanálisis de niños”, en un Simposium de “Psicoanálisis de niños” que tuvo lugar en el País Vasco. El tiempo transcurrido y la modificación de algunos datos, permite exponerlo más ampliamente sin poner en peligro una necesaria discreción clínica.

El caso ha sido reescrito para su publicación en Siso.

Bibliografía consultada

- Freud S. Teoría general de las neurosis; Obras completas, tomo XVI; Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1978
- Lacan J. El Seminario, Libro XI, Los conceptos fundamentales del psicoanálisis; Ed. Paidós, Buenos Aires, 1987
- Lacan J. El Seminario, Libro XVII, El reverso del psicoanálisis; Ed. Paidós, Buenos Aires, 1992
- Lacan J. El Seminario, Libro XX, *A_n*; Ed. Paidós, Buenos Aires, 1981
- Lacan J. El Seminario, R.S.I. (Curso 74-75) inédito
- Silvestre M. La *nèvrose infantile* selon Freud; *Ornicar* ? n° 26-27; Ed. Du Seuil, París, 1983

Nuevas Aportaciones en psicoterapia

Autora

M^a Antonia de Miguel. Psicoanalista. ELP-Vigo.

En el primer tercio del siglo XX el psicoanálisis ya se ha introducido plenamente en el campo de la clínica psiquiátrica como una nueva técnica terapéutica. Es una psicoterapia o más bien es “la psicoterapia”, pues el término está, en ese momento, vinculado con exclusividad a él.

La hipótesis del inconsciente, el concepto de realidad psíquica(lo que para el sujeto adquiere en su psiquismo valor de realidad: el deseo inconsciente y los fantasmas con él relacionados) subvierten, al modo copernicano, la concepción de la enfermedad mental. El enfermo psíquico ya no es simplemente un alienado, es un sujeto alienado al inconsciente. Y en cuanto al síntoma, el síntoma es una de las formas privilegiadas, escogidas por ese inconsciente para manifestarse.

El enfermo psíquico ya no es simplemente un alienado, es un sujeto alienado al inconsciente. Y el síntoma es una de las formas privilegiadas, escogidas por ese inconsciente para manifestarse.

Pero el nombre de Freud su método, su doctrina no van a quedar como patrimonio de los psicoanalistas. Su acto de apertura del inconsciente le sobrepasa y en el campo de la cultura la revolución surrealista reconoce en él a su progenitor.

En la memoria histórica, en la historia de la psiquiatría, en la historia de la psicología tiene un lugar destacado, lugar que le corresponde “ por haber sido el primero en sobrepasar los ideales del cientifismo en el que se formó y reconocer, en términos compatibles con la ciencia, lo real más singular ,invisible pero presente en el sufrimiento de la histeria”. Donde el ojo clínico no alcanza, en los trastornos neuróticos el ojo clínico no ve nada, él se propone escuchar y así alcanza a ver.

Estamos en el siglo XXI y ¿ qué queda de este novedoso descubrimiento?.

El psicoanálisis no codifica, el psicoanálisis no evalúa con cifras sus resultados, el psicoanálisis no usa de la estadística, no elabora protocolos..., pero trabaja de otra manera. Su enseñanza, sin ser decididamente rechazada en la universidad, se desarrolla en los márgenes. Práctica poco común y exigente, el psicoanálisis pide a sus practicantes un largo y costoso análisis personal -llamado didáctico-, los analistas como exegetas estudian y comentan la obra de Freud y de los postfreudianos en sus diversas corrientes. Por su forma de concebir el síntoma, como expresión de un momento fecundo de la historia del paciente, se sumergen también en la historia de la cultura y sus diversas manifestaciones.

Los psicoanalistas ya no limitan su práctica a las dimensiones de un despacho ocupado en gran parte por el diván. Están presentes en las instituciones, incluso de algunas son fundadores. Se ha respondido sobradamente a la indicación que Freud da en su texto de 1919 “Nuevas vías de la Psicoterapia Psicoanalítica” de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones. En una palabra nos hemos renovado. Y es que el psicoanálisis pensado en un principio para el tratamiento de las llamadas “neurosis de transferencia”: obsesión, histeria y fobias, ha modificado su técnica para el trabajo con niños. El juego, los dibujos se unen a la asociación libre como formas más adecuadas, en el tiempo de la infancia, para la expresión del conflicto inconsciente y en psicoanálisis de niños son usados como material al mismo nivel que la palabra. En la psicosis los escritos del paciente, otras formas de expresión son también recogidas como material privilegiado de la asociación libre. La interpretación y la transferencia se ajustan en su uso a esta modalidad del sufrimiento psíquico que evidencia la psicosis.

Y es que el psicoanálisis pensado en un principio para el tratamiento de las llamadas “neurosis de transferencia”: obsesión, histeria y fobias, ha modificado su técnica para el trabajo con niños.

¿Acaso en la institución el analista espera el diván a la fotografía o al cartel de Freud para trabajar?, no por cierto, en la institución escucha y actúa.

Pero la pregunta insiste ¿qué aporta de nuevo desde hace un siglo?. Trataré de responder: lo que el psicoanálisis aporta, su siempre nueva aportación es **la lectura del deseo**.

“Necesitamos algo más palpable” me dirán; “los analistas como siempre elucubrando” seguirán pensando. Pero es que elucubrar no

es otra cosa que producir ideas y no de cualquier manera sino con pensamiento y estudio. Así si “un psicoanálisis es la cura que se espera de un psicoanalista”, esta cura opera en el encuentro de dos deseos:

El deseo del analizante

El deseo del analista.

Ahora trataré de definir en términos- sino científicos- al menos compatibles con la ciencia estos dos operadores.

El deseo es un **resto**, un resto es lo que permanece como inasimilable en los cauces normativos:

lo que queda sin incluir en lo enunciado o consabido es la parte aún no destruida, gastada o desaparecida el resultado de una resta: la diferencia

A los restos también se les llama deshechos y todos sabemos lo difícil que es deshacerse de esos restos , los gobiernos lo saben mejor que nadie, aunque traten de ocultarlos y la ciencia ha inventado el reciclaje, la demanda social la ecología.

Lo que queda sin incluir en lo enunciado o consabido es la parte aún no destruida, gastada o desaparecida el resultado de una resta: la diferencia

En cuanto al psicoanalista, de él podemos decir que está más cerca del arqueólogo que de una planta de reciclaje. Les citaré a Freud en uno de sus últimos trabajos “Construcciones en el análisis” : “Pero así como el arqueólogo a partir de unos restos de muros que han quedado en pie levanta las paredes, a partir de unas excavaciones en el suelo determina el número y la posición de las columnas, a partir de unos restos ruinosos restablece lo que otrora fueron adornos y pinturas murales, del mismo procede el analista cuando extrae sus conclusiones a partir de unos jirones de recuerdo, unas asociaciones y unas exteriorizaciones activas del analizado. Y es incuestionable el derecho de ambos a reconstruir mediante el completamiento y ensambladura de los restos conservados.”

Entonces para ese resto que llamamos deseo en el ser humano está el psicoanálisis y por eso tengo la absoluta confianza de que el psicoanálisis puede convivir pacíficamente con todas las otras diversidades científicas a las que la demanda social ha dado lugar para la protección del consumidor.

Tomemos el término **demanda**, saben que los analistas hemos hecho de él un término propio al añadirle otro: **insatisfacción**. El psicoanalista freudiano se maneja en una dimensión que le es propia: la de la demanda insatisfecha. Está en el origen mismo de su práctica; es de la insatisfacción de la demanda de la histeria a la medicina para curar su padecer de donde parte el psicoanálisis y su oferta: hable, diga, asocie libremente porque ese hablar en aparente pérdida quiere decir algo. Y así se inicia el psicoanálisis y así se empieza, también hoy, cualquier análisis.

El analizante carga con su biografía: lo conocido de su historia; el analista con el saber acumulado en sus años de formación. Uno y otro tienen que dejar de lado lo sabido- lo consabido- poco a poco y operar con el resto.

Desde el inicio, desde el descubrimiento freudiano del inconsciente y la invención de un dispositivo de palabra para el tratamiento del sufrimiento psíquico, todas las innovaciones en nuestra praxis han estado determinadas por la dificultad de computar, de ceñir lo que del deseo insiste en el síntoma y que Freud llama, al final de **La interpretación de los sueños**, deseo indestructible.

Los conceptos fundamentales del psicoanálisis se construyen para esto: para alcanzar ese deseo reprimido, olvidado, rechazado, negado, aislado que retorna en el síntoma.

Los conceptos fundamentales del psicoanálisis se construyen para esto: para alcanzar ese deseo reprimido, olvidado, rechazado, negado, aislado que retorna en el síntoma.

Podemos tratar de ordenar algunos de esos conceptos: **El inconsciente** si lo hacemos homogéneo a la palabra tal y como se muestra en el dispositivo de la cura, ha de ser pensado como un texto, un discurso que le falta al sujeto, palabras perdidas que han sido emitidas y que no están a su disposición, pero que vuelven en los lapsus, los actos fallidos, los sueños, los síntomas.

Ahora bien ¿de qué está hecho ese discurso inconsciente? O dicho de otra manera ¿Cuál es el contenido del inconsciente?.

Sus contenidos son representantes de la pulsión. Regidos por los mecanismos específicos del proceso primario o proceso del inconsciente que son los de la condensación y el desplazamiento. Cargados de energía pulsional y que buscan retornar a la conciencia y a la acción, pero que solo acceden al sistema consciente en una solución de compromiso como es el síntoma y después de haber sido deformados por la censura. El paradigma de esa deformación

es el sueño. Son los deseos infantiles los que experimentan una fijación en el inconsciente.

¿Qué ofrece de nuevo, de diferente un análisis cada vez que un sujeto embarazado por su sufrimiento psíquico pide tratamiento a un psicoanalista?

Ofrece una nueva alianza entre la palabra y el inconsciente, dicho de otro modo le ofrece un marco en donde su inconsciente pueda manifestarse de manera diferente a la sintomática. Propone a ese sujeto “ponerse a decir su inconsciente” y esto es cada vez nuevo para los dos integrantes de este proceso terapéutico.

Ponerse en la posición de analizante supone un cambio, porque la posición natural del sujeto no es la de pensar el inconsciente. El sujeto no se mueve en la vida cotidiana pensando, interpretando su inconsciente ni el de los demás, si así lo hiciera se ganaría sin duda muchas enemistades. “Hay una resistencia natural, espontánea al inconsciente que hace a lo que se llama la buena salud y en la que el no pienso sale a la luz por el rasgo de no hacerse demasiadas preguntas”; cuando esto ocurre de otro modo, cuando uno se hace demasiadas preguntas entonces es cuando acude a un terapeuta. Si este terapeuta es un analista ¿qué hace?. Une a ese sujeto a su inconsciente, es decir propone a ese sujeto reconocerse en lo que no sabe. Se habla demasiado del silencio del analista y muchas veces se ataca ese silencio, pero el silencio del analista es un operador más en la cura y no quiere decir que el analista permanece mudo. El silencio del analista es una respuesta que consiste en no responder a las preguntas del analizante con sus respuestas propias con sus juicios o prejuicios, sino con la respuesta del inconsciente analizante, y sobre este, en un primer momento, no saben nada ni el uno ni el otro.

“Hay una resistencia natural, espontánea al inconsciente que hace a lo que se llama la buena salud y en la que el no pienso sale a la luz por el rasgo de no hacerse demasiadas preguntas”;

El analista sabe de una técnica operativa, el paciente del sufrimiento que le causa su síntoma. El uno oferta las condiciones técnicas para que ese inconsciente se manifieste, el otro ha de poner a hablar a su síntoma.

El camino del análisis es pensar el inconsciente y su eficacia pasa por esto. Se trata de traer al pensamiento a la representación las mociones pulsionales reprimidas, el término que anuda el trauma, el significante que fija la satisfacción a la que se ha renunciado, que se ha reprimido pero que se ha fijado en el inconsciente. El inconsciente es como un memorial del goce perdido. El síntoma es

la solución de compromiso entre la satisfacción pulsional y la prohibición, con frecuencia bajo la forma de los ideales. Y lo que se juega de una y de la otra es absolutamente particular para cada sujeto. Ya Freud insistió en esta cuestión : abordar cada caso como si fuera un nuevo caso, como si el psicoanálisis no hubiera acumulado ningún saber.

El psicoanálisis, dice J.Lacan, revela a un sujeto el sentido de sus síntomas y si bien es cierto que existen tipos de síntoma, tipos que datan de antes del psicoanálisis, tipología que el psicoanálisis renueva y también renuevan y desmenuzan las nuevas clasificaciones, es igualmente cierto que estos tipos no tienen el mismo sentido, no tienen el mismo modo de satisfacción sustitutiva, el mismo modo de restablecer en el síntoma la satisfacción originariamente reprimida, porque cada uno goza y se prohíbe de manera diferente aunque sufra de manera parecida: “No hay sentido común a la histeria” y “Un obsesivo bien puede no poder dar ningún sentido al síntoma de otro obsesivo”.

El analista lo que va a escuchar, lo que va a promover con su forma de escucha y su respuesta interpretativa, es esta particularidad y por esa razón su aportación es siempre nueva o siempre renovada en su relación con otras disciplinas:

La oferta de escuchar lo particular, la particular respuesta que cada sujeto puede inventar frente a una situación de sufrimiento.

2) El mantenimiento de un lugar vacío de saber donde cada sujeto, que así lo demande, pueda alojar su inconsciente más allá del discurso preestablecido.

Ya Freud insistió en esta cuestión : abordar cada caso como si fuera un nuevo caso, como si el psicoanálisis no hubiera acumulado ningún saber.

Esto y no otra cosa es **el deseo del analista**, sostener con la transferencia este espacio donde el deseo del analizante se manifiesta al mantener separadas la necesidad y la demanda. Vuelvo a la propuesta inicial del analista como el que trabaja con el resto. Un resto que no se satisface con los objetos de la necesidad y que tampoco se eternice en la demanda siempre insatisfecha. Un resto que se particulariza en cada sujeto en vías de satisfacción que le son propias y compatibles o no con el lazo social. Por eso cada análisis es una nueva puesta a prueba del deseo del analista y del inconsciente del analizado.

Por esa razón el psicoanálisis, pese a la coyuntura desfavorable a la que se ve reducido en la enseñanza universitaria actual, tiene que

contar con la posición solidaria de los otros practicantes de la psicoterapia de la palabra y la escucha, porque la psicoterapia de la palabra procede de él aunque opere de manera diferente.

Por otra parte sobrepasar el ideal científico para reconocer “ lo real singular e invisible del sufrimiento de la histeria” no es mérito o exigencia del psicoanálisis sino del ser hablante, de su necesidad más íntima de ser reconocido.

Así que terminaré con una cita literaria siempre aligera y además la literatura también se maneja con el resto. Pertenece a “Tiempos difíciles” de Dickens. En “Tiempos difíciles” Ch. Dickens toma como protagonista al oprimido de los tiempos de la revolución industrial y haciendo uso de la metonimia se expresa así, capítulo IX: “Tantos y cuantos centenares de **brazos** en esta fábrica de tejidos; y tantos y cuantos centenares de caballos de vapor. Se sabe, a la libra de fuerza, lo que rendirá el motor; pero ni todos los calculistas juntos de la **Casa de la Deuda Nacional** pueden decir qué capacidad tiene en un momento dado, para el bien o para el mal, para el amor o para el odio, para el patriotismo o para el descontento, para convertir la virtud en vicio, o viceversa, el alma de cada uno de estos hombres que sirven a la máquina con caras impasibles y ademanes acompasados. En la máquina no hay misterio alguno, hay un misterio que es y será insondable para siempre en el más insignificante de esos hombres...¿Porqué pues no hemos de reservar la aritmética para los objetos materiales, recurriendo a otra clase de medios para hacernos con estas asombrosas cualidades humanas?.

Por otra parte sobrepasar el ideal científico para reconocer “ lo real singular e invisible del sufrimiento de la histeria” no es mérito o exigencia del psicoanálisis sino del ser hablante

El 6 de Junio de este año en el diario **Le Monde** se publica un artículo de un psicoanalista reconocido en el panorama cultural francés se trata de J.A.Miller el artículo se llama “De la utilidad social de la escucha” es una respuesta a una enmienda sobre la ley de las psicoterapias en Francia, rescato de este artículo una pequeñísima parte: “Los 30.000 psicoterapeutas que ejercen en Francia como se dice ahora, no son de ninguna manera en tanto tales una amenaza. Todo lo contrario, ellos aseguran una función social eminente, aunque no reglamentada.

Agujeren por decreto el cascarón de la escucha que envuelve la sociedad, el almohadón compasivo sobre el cual ella se asienta, agujeren el tímpano de todas estas orejas, erradiquen el psicoanálisis, hagan la vida imposible a los psicoterapeutas, den

libre paso al amo moderno que avanza con el estruendo de sus protocolos y acreditaciones...verán, como por milagro, reaparecer las patologías desaparecidas, tales como las grandes epidemias históricas; verán crecer y multiplicarse a las sectas y a las brujas, que se introducirán en las profundidades de la sociedad y escaparán tanto más a su censura.

Hay que saber que las prácticas de la escucha están destinadas a expandirse en toda la sociedad. De aquí en adelante estarán presentes tanto en la empresa como en la escuela, y cada uno puede constatar que inspiran el estilo mismo del discurso político contemporáneo. La escucha se ha convertido en un factor de la política y en una apuesta de civilización. Si hay que llegar a enmarcar este sector que está en crecimiento acelerado, esto debe ser hecho con todo conocimiento de causa, con el acuerdo de los diferentes actores serios, en la serenidad y anticipando los contraefectos.”

Reconocemos un resto en el ser humano que no se deja cercar por los avances de la ciencia. “El psicoanálisis tiene como preocupación el sujeto de la ciencia y acompaña a la ciencia en sus desarrollos como su revés, su sombra. Pero también es una doctrina que puede tratar las angustias del sujeto frente a los avances de la ciencia. Si no doctrinas ocultas, espiritualismos diversos, creencias psicológicas más o menos fundadas van a aparecer para recuperar el desierto que ese avance produce” (E. Laurent en “Psicoanálisis y salud mental”).

Es preciso y esa es nuestra utilidad social en el siglo XXI mantener el lugar de las psicoterapias también el del psicoanálisis acompañando a los otros avances de la ciencia.

Bibliografía

- Brousse M.H. : "¿De qué sufrimos?", Virtualia/5. Abril-mayo, 2003.
- Freud S. : "Construcciones en el análisis" (1937) Tomo XXIII, Amorrortu editores.

- Laurent E. : "Psicoanálisis y salud mental", Editorial Tres Haches, 2000.
- Miller J. A.: "Psicoanálisis puro, Psicoanálisis aplicado y Psicoterapia" en "Freudiana" nº
- Miller J.A.: " De la utilidad social de la escucha", carta publicada en el diario "Le Monde" del 6 de junio de 2003.
- Palomera V. : "¿Responder al síntoma o responder del síntoma?", Artículo publicado en la revista "Mental" nº 10.
- Soler C.: " El acting-out en la cura" en "Finales de análisis", Editorial Manantial, 1988.

Ponencia presentada en las *VII Jornadas Galegas de Psicoloxía Clínica*

Aproximación a la clínica de la anorexia infantil: la psicopatología del rechazo

Approximation to the clinical study of the children's anorexia:

Psychopathology of the rejection

Autora

Ana de Aspe de la Iglesia. Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Ayuntamiento de A Coruña-SERGAS

Dirección para correspondencia: C/. Juana de Vega, 25-27, 7º B. 15004-A Coruña

Resumen

Reflexión sobre la clínica de los Trastornos de la Ingestión Alimentaria que se presentan en la primera infancia y, más concretamente, de la Anorexia infantil.

Se realiza una aproximación a la clínica de la anorexia infantil, mediante la exposición de cuatro casos que ilustran las diferentes modalidades de este trastorno. Se parte de la hipótesis de que la anorexia infantil es una conducta de rechazo masivo en la relación materno-filial. En los casos más graves, el rechazo a la comida puede ser una primera manifestación de un trastorno psicótico.

Palabras Clave

Relación Materno-Filial. Anorexia infantil. Rechazo. Psicosis infantil.

Summary

An approximation to the clinical study of the children's anorexia is carried out, by means of the exposition of four cases which make clear the different kinds of this disorder. We start from the hypothesis that the children's anorexia is a behaviour of massive rejection in the relation mother-child. In the most serious

cases, the rejection of the food might be a first sign of a psychotic disorder.

Key Words

Relation Mother-Child. Children's Anorexia. Rejection. Children's psychosis.

Introducción

El objeto del presente trabajo es hacer una reflexión sobre la clínica de los Trastornos de la Ingestión Alimentaria que se presentan en la primera infancia y, más concretamente, de la Anorexia infantil.

Orientaré esta exposición siguiendo las aportaciones de autores, como Ajuriaguerra, que consideran la anorexia infantil como una conducta masiva de rechazo en la relación madre-hijo. De ahí que he denominado a estos trastornos con el título genérico de psicopatología del rechazo.

Trataré de abordar la anorexia infantil, desde esta perspectiva, entendiéndolo que la negativa del niño a comer representa el rechazo del niño al Otro materno, aún cuando esta negativa pueda ir en contra de sus necesidades biológicas.

En la clínica de estos trastornos, observaremos que la particularidad del vínculo materno-filial, va a cobrar una importancia primordial en el desarrollo de esta patología. La madre se presenta como un otro asfixiante para el sujeto que, con sus continuas demandas de que coma, tapona y anula cualquier resquicio de subjetividad en el niño.

Veremos que la respuesta de rechazo del niño, puede ser también una manifestación psicótica cuando se produce un replegamiento masivo del sujeto ante la demanda.

Asociada a la patología alimentaria, es frecuente que se presenten otros síntomas como los cólicos idiopáticos del primer trimestre, espasmos del sollozo, vómitos psicógenos, alteraciones del sueño, estreñimiento, encopresis, somatizaciones..., que son otras formas de expresión somática de malestar, de protesta y de rechazo en el niño.

En los pacientes más graves aparecen, también, importantes retrasos del desarrollo, retrasos del crecimiento y desnutrición, llegando, en ocasiones, a afectar a la vida del niño. En la mayoría de los casos no se ha encontrado ninguna enfermedad médica predisponente.

En los pacientes más graves aparecen, también, importantes retrasos del desarrollo, retrasos del crecimiento y desnutrición, llegando, en ocasiones, a afectar a la vida del niño.

El diagnóstico diferencial de este trastorno, según el DSM-IV, se establece si la mejoría en la alimentación y el aumento de peso, se producen en respuesta a un cambio de cuidadores. Lo que avalaría la hipótesis de que la patología del vínculo materno-filial es determinante en la instauración del trastorno.

Para ilustrar este tipo de clínica, he seleccionado cuatro casos de pacientes con anorexia infantil, en sus dos modalidades: anorexia esencial precoz, que se inicia desde el nacimiento, y la anorexia del segundo semestre o del “destete”.

Trataré, también, de reflejar las diferentes posturas del lactante ante la comida. Una, Inerte, en la que el niño no tiene iniciativa, no coopera y, en ocasiones, ni siquiera ingiere. Otra, Pasiva, en la que el niño se deja alimentar pasivamente para, después, devolver, con un vómito, los alimentos ingeridos. Y, por último, de Oposición, en la que el niño se niega a ingerir alimentos, con una actitud de enfrentamiento activo al cuidador.

Primer caso: Anorexia Esencial Precoz, con comportamiento pasivo y vómitos, de evolución grave

El propio médico les aconsejó que cedieran a todos sus caprichos. Sin embargo, si el padre se pone serio, Silvia reacciona sin vomitar.

Se trata de una niña de 14 meses, Silvia. Viene derivada por el servicio de Gastroenterología, con la siguiente hoja de consulta: “Paciente con grave desnutrición (-3 talla, -3 peso) por debajo del percentil 3. Nos preocupa su desarrollo psicológico ya que no tenemos un diagnóstico etiológico concreto”.

Los padres me explican que “Silvia, desde que nació, siempre comió muy poquito. Tenía muchísimos gases, dolor, cólicos...” Al mes y medio, el pediatra les recomienda que empiece con el biberón y es entonces cuando comienza a vomitar. A los dos meses, la ingresan 15 días, y durante el ingreso, según la madre, “aún engordó menos, aunque unos días remitieron los vómitos”.

En un primer momento, se pensó que era reflujo: “Pero no se confirmó, ya que incluso mejoró al suspender el tratamiento”.

Los padres insisten en que el problema son los vómitos. “Come y vomita, tose y vomita. Es muy nerviosa, se provoca ella misma el vómito cuando se la contraría”. El propio médico les aconsejó que cedieran a todos sus caprichos. Sin embargo, si el padre se pone

serio, Silvia reacciona sin vomitar. Hasta los 8-9 meses, lloraba mucho y apenas dormía 2 ó 3 horas seguidas por la noche.

Actualmente, se alimenta a base de biberones que le dan cada 3 horas, incluso cuando está dormida. Rechaza la cuchara y, ante cualquier grumo, vomita inmediatamente. Sin embargo, el padre comenta, sorprendido, que se lanza a los bocadillos que él come. “Le gusta coger lo que tienen los demás. Hace que come, se lleva la comida a la boca, pero no la traga. Los biberones los toma como si tuviera mucha hambre... y le hago mas...”, me dice la madre.

El pediatra y el gastroenterólogo están desconcertados, a la vez que preocupados por la situación de riesgo físico y psíquico de la paciente. Por otro lado, les sorprende la actitud de indiferencia y frialdad de la madre ante el problema de su hija. Incluso sospechan que la madre pueda ser la inductora de los vómitos, “como si le apretase la barriga”. Califican la conducta de ésta, de cara al Servicio, de “psicopática”: “Es manipuladora, rechaza las sugerencias, miente, quiere tener el monopolio absoluto sobre su hija, no acude a las citas programadas, no sigue el tratamiento...” En una ocasión que deciden ingresarla, pidió el alta voluntaria, a los dos días, cuando una enfermera le quiso dar el biberón a la niña.

El pediatra inicialmente mantuvo una postura de comprensión y apoyo hacia la madre. Posteriormente, al comprobar que no seguía las pautas, se la confronta con la gravedad de la situación de su hija y se le plantea un nuevo ingreso para alimentarla artificialmente. La madre, a partir de esa indicación, abandona al pediatra.

Compruebo que el trabajo terapéutico con los padres es especialmente complejo. Éstos mantienen una postura paradójica. Por un lado, se quejan de la ineficacia de los servicios sanitarios que no han sabido curar a su hija. Pero, por otro, se oponen, sistemáticamente, a todas las propuestas terapéuticas. Piden ayuda y la rechazan, sobre todo si conlleva una intervención externa.

Silvia es una niña que, aunque tiene 14 meses, su aspecto físico y su desarrollo es el de un bebé de 6-8 meses. La traen metida en un capazo, muy arropada. Lloriquea y le dan un biberón que engulle en cuestión de segundos, de forma muy ansiosa, como si estuviera hambrienta.

Se angustia si me dirijo a ella, para cogerla. La madre me advierte que va a extrañar, que no va a colaborar, que tiene sueño, que se va

Silvia es una niña que, aunque tiene 14 meses, su aspecto físico y su desarrollo es el de un bebé de 6-8 meses. La traen metida en un capazo, muy arropada.

a alterar, vomitar, toser..., resistiéndose a que me acerque a su hija.

Silvia llora débilmente cuando la cojo en brazos, pero al sentarla en el suelo, y distanciarme de ella, se calma y se interesa por los juguetes. Presenta un retraso en el desarrollo psicomotor: no se mantiene de pie sin apoyo; no se desplaza; no la han puesto a gatear; no sabe incorporarse. Sólo da algún pasito agarrada a la mano. Me explican, a modo de justificación, que la tienen siempre en brazos, porque está muy mimada.

Si es difícil acercarse a Silvia, más complicado resulta acceder a la madre. En las entrevistas, se queda como petrificada: mira fijamente a su hija, y se mantiene en silencio, como sino encontrara significantes que den cuenta de la historia de Silvia.

La resume así: “No deseaba tener otro hijo. Eran mi marido y mi hija mayor -de una unión anterior-, los que insistían. “Quedé embarazada y aborté. “Lo perdí, estaba de 3 meses. Pero enseguida me quedé embarazada de Silvia, ésta vez por mi propio deseo”. Habla, también, de sus temores a que le pase algo a su hija: “Me siento mal, impotente, que no mejore, que no desarrolle, que no crezca, que le pase algo en general, no sé que le puede pasar si sigue así... alguna deficiencia en el cerebro”.

La cura se dirige a intentar separar a Silvia de su madre, a través de la simbolización del vínculo que las une, y de producir un efecto de apaciguamiento en la pulsión mortífera de la madre.

Aparece en la madre un deseo ligado a la pérdida, a la ausencia, a que la niña pueda desaparecer, en lo real. Deseo que no se presenta ligado al don del hijo por parte de su pareja. Es algo perdido de su propio cuerpo, el aborto anterior, lo que causa su deseo.

Vemos, entonces, que la madre alimenta de forma compulsiva a su hija para que no le pase nada, para ahuyentar al fantasma de la muerte o de la deficiencia.

Por otro lado, es una madre que restringe la autonomía de Silvia e impide la separación. Separación que es vivida por parte de la madre, en lo real, como abandono o muerte de la hija.

Difícil mediar, en esta relación simbiótica, de apego físico entre madre-hija. Cualquiera intervención puede ser entendida como que le usurpan el dominio y el control sobre la niña, que le quitan algo, como ya ocurrió en el ingreso hospitalario cuando la enfermera le quiere dar un biberón o cuando el médico propone un nuevo ingreso. Me planteo no intervenir directamente sobre el tema de la alimentación. La cura se dirige a intentar separar a Silvia de su

madre, a través de la simbolización del vínculo que las une, y de producir un efecto de apaciguamiento en la pulsión mortífera de la madre.

Se inicia una leve mejoría, tanto a nivel de peso como de talla. También en el desarrollo psicomotor, en la socialización y en el lenguaje. Los padres se muestran más relajados.

A los 19 meses, Silvia pesa 7600 gramos. Mide 72 cm. Todavía no camina de forma independiente, sólo agarrada a la mano de los padres. Dice 4 ó 6 palabras. Señala con el dedo o parlotea. Duerme mejor.

Comienza, también, a comer con la cuchara, pero sólo del plato de los padres. “Tiene miedo si se lo doy yo”, me dice la madre, extrañada.

Vemos aquí que, Silvia, expresa claramente su temor y oposición ante una madre que la atiborra con comida; de lo que le da, no quiere nada.

Por otro lado, el pediatra sigue preocupado y no aprecia mejoría. Un mes más tarde, la ingresan durante 4 días. Aumentaron los vómitos, le introdujeron la sonda, y no le encontraron nada. Se ponía muy tensa, y se daba cabezazos. Lo que provocó un retroceso en la socialización, fobia a la enfermera, y más miedo.

A los dos años, empiezan a remitir los vómitos y acepta la alimentación sólida. Silvia come ya de todo pero poca cantidad. La madre sigue dándole biberones con mucha frecuencia. Insiste en que no traga bien. Comienza a engordar.

Silvia retorna al Centro. En esta ocasión, la madre solicita una valoración del retraso escolar de su hija, antes de iniciar la escolaridad. Quiere que la integren en un curso inferior o que reciba apoyo.

En esta época camina ya de forma independiente, pero sólo lo hace en ambientes familiares. Hay mayores progresos en el lenguaje. Se le da el alta.

Cuando tiene 5 años, Silvia retorna al Centro. En esta ocasión, la madre solicita una valoración del retraso escolar de su hija, antes de iniciar la escolaridad. Quiere que la integren en un curso inferior o que reciba apoyo. Han remitido los problemas alimentarios y está mejor de salud, aunque, todavía, la lleva de paseo en brazos. La madre se queja, también, de la conducta rebelde de su hija: “Da patadas, me pega, se pone histérica, se enfrenta, me amenaza...” La

niña, a su vez, me da las mismas quejas sobre su madre: “Me pega, se enfada...” Establecen una relación en espejo, de rivalidad y enfrentamiento mutuo.

Primero, el vómito en Silvia, como expresión somática de su rechazo. Después ya, desde la distancia que le proporciona la palabra, Silvia se niega a acceder a la demanda materna. Pero ya un nuevo fantasma acecha en la madre, relacionado, esta vez, con la deficiencia de Silvia.

Segundo caso: Anorexia Esencial Precoz, tipo inerte, de evolución grave

Iria es derivada por el pediatra a los 13 meses, porque “no come”. En un primer momento, se pensó que podría existir organicidad, pero se ha descartado.

La madre cree que “no come porque no quiere, porque no le da la gana” y añade: “Como si en el fondo algo le dice que no coma”.

Iria pesó al nacer 2540 grs. Estuvo en la incubadora 3 días. Había tragado líquido amniótico. Tuvo vómitos. No succionaba. Hubo que alimentarla con sonda. “Lloraba, rechazaba el pecho. Retiraba la cara, no quería saber nada..., tomaba un poquito y paraba”, con una postura de indiferencia total, según describe la madre.

Le hicieron pruebas y le encontraron un pequeño reflujo. Para alimentarla, le tenían que dar el biberón dormida..., fue un calvario... una tortura. No lloraba, ni pedía nunca la toma.

“El biberón lo aceptó algo mejor. Aún así, lloraba cuando se lo daban y tomaba muy poco. Le hicieron pruebas y le encontraron un pequeño reflujo. Para alimentarla, le tenían que dar el biberón dormida..., fue un calvario... una tortura. No lloraba, ni pedía nunca la toma. Podía estar 12 horas sin comer. Si la forzaban, incluso vomitaba”. Tampoco hubo succión del pulgar, ni utilizó el chupete.

Así, durante 8 meses. De peso siempre por debajo de la media. La madre ha contado con la ayuda de las dos abuelas y, entre las tres, se turnan para alimentar a la niña.

A los 12 meses, la pediatra recomendó ingresarla porque perdía peso. Antes de tomar esa decisión, la abuela materna se hace cargo de la niña un mes, separándola de la madre, y comienza a comer mejor y aumenta de peso, en ese periodo.

La madre me comunica que ha seguido con su hija las teorías de los libros, tratando de ejercer como una madre modélica. Sin embargo, su actitud denota cierta ansiedad e inseguridad. Ella misma reconoce que estaba tensa en la crianza con su hija, en parte provocado por la rivalidad que existe con la abuela: “Te anula. Trata a la niña como si la madre fuera ella... La verdad la tiene siempre ella”, se queja la madre.

En una segunda entrevista, un mes después, la madre se presenta más tranquila. Ha disminuido la culpa que le generaba la anorexia de Iria. “Ya no la obligo a comer”, dice. Toma la papilla y después pide la comida del plato de los padres. Aumentó de talla, pegó un estirón y no bajó de peso. Tiene hambre y pide. “Se acabó, sino quiere comer no me preocupo. No se va a morir, ella sabe lo que necesita...”, dirá la madre.

En este momento la madre se apacigua, y establece una distancia con su hija que le permite reconocer y respetar su particularidad. Se le da el alta.

Iria retorna a la consulta a los 5 años. Han remitido los trastornos alimentarios. Consultan, ahora, por los problemas de relación de Iria, ya que se aísla. “Como si no quisiera ser ella. No participa en los juegos. Ella observa, imita y repite las voces y gestos de otros niños, animales o dibujos animados”. Tiene, también, fijación por las partes y prendas íntimas del cuerpo de su madre y de su hermana.

Iria se ha convertido en una niña huraña. Su mirada es de desconfianza y de hostilidad. Se muestra vigilante y observadora del entorno. Rechaza la proximidad

Iria se ha convertido en una niña huraña. Su mirada es de desconfianza y de hostilidad. Se muestra vigilante y observadora del entorno. Rechaza la proximidad, el contacto físico y cualquier intercambio, sea verbal o con los objetos.

Cuando me dirijo a ella, se muestra contrariada, haciendo muecas con los ojos, la boca y la cara, como intentando asustarme. Si hablo con la madre, se tapa los oídos o dice cállate, en un tono de enfado.

Para hablar se tapa la boca, como escondiéndose de mi mirada. Ante cualquier propuesta responde que no. En ocasiones, se dirige a la puerta para irse, o se aleja, o se esconde en un rincón. Cuando hace dibujos, en los que demuestra unas buenas aptitudes, en el momento en el que me intereso por ellos, inmediatamente los emborriona o los esconde para llevárselos. En este cuadro de

psicosis infantil queda patente la dificultad para la simbolización de Iria. Esta niña tapa, obtura todos los orificios corporales: se tapa la boca cuando habla; se tapa los oídos o pide que el otro se calle cuando se dice algo. Cierra la boca ante la comida. Rechaza la mirada del otro, por eso emborrona sus dibujos si son objeto de atención, o intenta desaparecer cuando se le pide algo.

Esta conducta testimonia de la dificultad de esta niña para simbolizar el cuerpo, para construirse una identidad. De ahí, su intento de mimetizarse con los otros niños o con los personajes de los dibujos animados, recurriendo a un lenguaje ecológico o a conductas ecopráxicas.

Aquí también se refleja, claramente, como la presencia del Otro es vivida por Iria como intrusiva y angustiada. Por eso necesita cerrarse a ella.

Tercer caso: Anorexia del Segundo Semestre, con comportamiento de oposición

Laura viene derivada por el especialista de gastroenterología, cuando tiene 2 años y 5 meses. Diagnosticada, en ese servicio de “Trastorno primario del apetito que se manifiesta en rechazo a las comidas y vómitos que no respondieron a las medidas habituales”.

Laura es hija de padres separados. El matrimonio se rompe cuando la madre está hospitalizada, a punto de dar a luz. “Me separé de mi marido en el paritorio”, me dice la madre

Laura es hija de padres separados. El matrimonio se rompe cuando la madre está hospitalizada, a punto de dar a luz. “Me separé de mi marido en el paritorio”, me dice la madre, sonriente, a modo de anécdota. En el momento del parto, cuando la madre tiene que separarse físicamente de sus hijos, vemos que, de quien se separa, es de su marido.

Laura se ha criado con su madre y con los abuelos maternos a los que llama papás. Tiene un hermano gemelo que ha padecido reflujo. Sin embargo, según la madre, “ella se criaba bien, comía bien...” “Pero, a los 4 meses, comenzó con vómitos al darle el biberón”. No llegaron a saber que le pasaba, estaban desconcertados. “A veces era porque tenía catarro, otras veces que era reflujo, o que era psicológico, o que se provocaba el vómito... Estaba continuamente enferma... Incluso los médicos llegaron a pensar que imitaba el hermano gemelo en lo del reflujo, que tenía celos de éste...”

También, a esta edad, sobre los 4 ó 5 meses, Laura es separada de la

familia materna durante unas horas para iniciar visitas con su padre, lo que la alteraba mucho.

Cuando inicia el paso a la alimentación con cuchara, “Comienza a negarse a comer..., se pega golpes, coge pataletas cuando la llevan a la mesa. Tenemos que agarrarla entre tres. Se golpea con las esquinas hasta que se hace daño, se vuelve loca. Dice no quiero, no quiero y tira la cuchara. Otras veces juega con la cuchara, no sabe hacer el gesto de llevar la cuchara a la boca. Escupe la comida o amenaza con náuseas, o se tapa la cara y la boca. Come mejor con el abuelo, éste le habla”.

Actualmente, rechaza la alimentación sólida. No mastica, hace una bola con la comida en la boca y no la traga. Según la madre, “Sólo come en estado de éxtasis, con canciones o con películas”, “si le tienes el cerebro ocupado come, va tragando”.

Sin embargo, en la guardería come bien, incluso de forma autónoma, pero vomita a diario cuando la familia la deja allí.

Vemos que el acto de la alimentación se ha convertido en algo tan displacentero para Laura, que parece que, en vez de comer, se defendiera de una agresión de la madre y de la abuela. Éstas, a pesar de las indicaciones, no se cuestionan, ni varían, su estilo impositivo y rígido ante la comida. Actúan con el total convencimiento de que eso es lo correcto, a pesar de que casi tienen que anestesiarse a la niña para conseguirlo.

Laura es una niña que está muy apegada a la madre. Ante mi presencia se queda tensa y bloqueada. Rehuye la mirada y el contacto. Si le hablo, gira la cabeza y el cuerpo, con una actitud de retraimiento y mutismo muy acusada.

Al cabo de varias sesiones, Laura comienza a utilizar un lenguaje casi ininteligible, con un tono de voz bajo, respondiendo con monosílabos, palabras sueltas, o con ecolalias.

Al cabo de varias sesiones, Laura comienza a utilizar un lenguaje casi ininteligible, con un tono de voz bajo, respondiendo con monosílabos, palabras sueltas, o con ecolalias. El único intercambio que establece es a través de miradas fugaces.

Unos meses más tarde, Laura está ya más distendida, pero mantiene su recelo hacia mí. Se limita, en las sesiones, a realizar, siempre, una serie de actos ritualizados: afilar, recortar, pegar, hacer palotes, que reitera compulsivamente. Me da la espalda si me aproximo. No muestra ninguna creatividad, ni expresividad.

Rechaza cualquier otro objeto, como muñecos u otros juguetes que representen algo.

Actualmente, los trastornos de la alimentación de Laura, han ido remitiendo. La familia ha iniciado un recorrido por diferentes consultas medicas y neurológicas, en busca de un diagnóstico. De momento, la han diagnosticado de afasia y epilepsia.

Laura presenta una posición de rechazo, primero a la comida, después, con su actitud de replegamiento masivo, se defiende de la presencia de alguien que enuncie algo. Rehuye, por tanto, la confrontación con el otro, desde una posición autística.

Expondré, ahora, un último caso, en el que, al contrario de los tres anteriores, el rechazo tiene un carácter sintomático (no masivo), dentro de una estructura neurótica.

Cuarto caso: Anorexia con Fobia a la Deglución

Celia tiene 5 años. Lleva mes y medio que no come. Sólo ingiere líquidos. Dice que tiene miedo a atragantarse. No le encuentran nada. Ha perdido peso. Los médicos le han dicho que es

La madre me transmite su desesperación y enfado ante el problema de su hija. No comprende como una niña, a la que no le falta de nada, que goza de toda la atención de la familia, pueda comportarse así.

psicológico, que tiene miedo a asfixiarse. Pasó días y días sin comer, hasta que la madre le fue dando todo batido. Pensaban que tenía algo en la garganta, algo que le impedía tragar.

La madre me transmite su desesperación y enfado ante el problema de su hija. No comprende como una niña, a la que no le falta de nada, que goza de toda la atención de la familia, pueda comportarse así.

“Ella no tiene hambre nunca, me pone enferma, me altera, que no haga nada por su parte para tomar las cosas... No me quiere nada. Intento darle la comida por las buenas, y se vuelve hacia mí. Me ha cogido anemia. No soy capaz de meterle algo sólido en la boca. Estoy todo el día con ella, está cansada de verme. A veces me entran ganas de machacarla, de pegarle, con rabia...”

La madre compara el malestar que le genera la niña, con el placer que le produce el apetito voraz del hermano, de un año, que “traga de todo”.

Siempre fue una niña inapetente. Del plato del padre comía. Le

advertían que debía de comer de todo porque se iba a poner mala. La madre, ahora, para animarla a comer, dice que le va a pasar como al abuelo que se murió de pérdida de peso. Celia responde, en un tono desafiante, que aún así no piensa comer. Sin embargo, observan que se le van los ojos detrás de los alimentos.

La madre se casó, embarazada de Celia, a los 19 años. Es una mujer que se siente profundamente frustrada e insatisfecha, entre otros motivos, porque la crianza de los hijos le ha impedido realizar otros proyectos. Envidia a su hermana menor soltera que vive independiente y con la que siempre ha rivalizado.

Celia es una niña habladora y expresiva, que busca continuamente mi atención. Trata de agradarme, de seducirme. Expone todo tipo de razones para intentar convencerme de que no puede comer, que “está malita, que se obsesionó, al tragarse un chicle”.

Dibuja una familia en la que “la madre está enfadada. Los niños estaban enfermos, ellos no podían tomar macarrones, la mamá no se los dejaba tomar, porque decía que estaban enfermitos. La niña estaba enfermita y muriera, ella había tomado esa comida y se muriera por eso... ¿si quieres te dibujo a la niña muerta?”, me dice.

La comida aparece para Celia, como un objeto deseado, pero prohibido que asocia con la muerte.

Añade que la madre le dice que tiene que comer porque sino se va a morir. Recuerda que el abuelo empezó a perder peso y se murió, cuando ella era pequeñita. Dice que no le importaría morirse, le parecería bien, irse junto a su abuelito, “así le hago compañía”.

Recuerda que el abuelo empezó a perder peso y se murió, cuando ella era pequeñita. Dice que no le importaría morirse, le parecería bien, irse junto a su abuelito,

Habla de su hermano que “es gordito, traga todo, no se para a pensar, si va a comer o no”.

A los tres meses de iniciar la terapia, Celia comienza a ingerir sólidos, aumenta de peso un kilo y medio, y come de todo. El hermano, sin embargo, pierde apetito. Celia se preocupa y le insiste, “Come, que te vas a poner mal”. Aquí, Celia, asume el mismo rol de la madre, la amenaza de la enfermedad o la muerte. Se le da el alta.

En este caso se ve que la niña, cuando entra en el Edipo, hace un síntoma, que implica una identificación con el abuelo muerto.

Su rechazo a comer puede ser entendido como una forma de interrogar el deseo materno. Identificada con una posición de muerte, la del abuelo muerto por inanición, juega con su ausencia, en lo real, para que se presentifique el deseo de la madre.

Por otro lado, vemos también como la mirada de la niña está puesta en el hermano, como rival, que sí sacia a la madre: “Es el opuesto a ella, bueno, dormilón y tranquilo. Traga todo”, dice la madre, con satisfacción, del hijo pequeño.

Celia, entonces, comienza a comer cuando el hermano se vuelve inapetente y ya no colma a la madre. Ahí se identifica con ésta, liberándose así de ese lugar mortífero en el que estaba alojada.

A los 13 años Celia consulta de nuevo, con un cuadro de anorexia. En este segundo momento, la madre dirige todo tipo de quejas y reproches a su hija, mientras que ésta sólo responde sintomáticamente, desde la indiferencia de su posición anoréxica, para decir “nada”.

Conclusiones

El niño es sostenido por la madre como un cuerpo a alimentar, transmitiendo, ésta, una dificultad para reconocer otras necesidades de su hijo, mas allá de las meramente físicas.

Por último, y a modo de breve reflexión sobre la anorexia infantil, querría hacer las siguientes puntualizaciones:

1ª) En la clínica de estos pacientes se aprecian dos características comunes:

- En primer lugar, en la madre, aparece una postura de aplastamiento y negación de la subjetividad y demandas del niño. El niño es sostenido por la madre como un cuerpo a alimentar, transmitiendo, ésta, una dificultad para reconocer otras necesidades de su hijo, mas allá de las meramente físicas.

- Por otro lado, la figura paterna tiene una escasa presencia en el deseo materno. Son padres ausentes o desfallecientes, con escasa entidad, que no median en la relación madre-hijo.

De esta manera, el niño se enfrenta sin mediación a la pulsión materna. Ésta no está limitada por la presencia simbólica del padre: “Me sale el lado salvaje de madre”, expresión que utiliza una de las madres para referirse a la relación con su hijo anoréxico.

2ª) En lo que respecta a la posición de rechazo, se hace necesario establecer una división entre dos grupos:

- Tenemos, por un lado, aquellos casos que se corresponden con el rechazo masivo a la demanda del otro, y que remiten a una estructura psicótica.

Ahí, no se puede hablar estrictamente de síntoma ya que testimonian de una dificultad de separación del niño, como otro diferenciado, de la madre. La anorexia, en estos casos, es una respuesta de rechazo del niño en lo real del cuerpo, sin mentalización, sin mediación simbólica.

Ahí, se puede apreciar la dificultad o la imposibilidad de establecer una separación simbólica entre madre e hijo. Se trata de un vínculo simbiótico, de indiferenciación entre madre e hijo. De ahí que la comida, especialmente cuando se introduce con la cuchara, se convierte en un objeto diferenciado, que el niño puede percibir como algo extraño y surge el rechazo.

Es por esto que, cuando se presenta un cuadro de anorexia precoz grave, éste puede ser una de las primeras manifestaciones de autismo o de psicosis infantil, a veces con componentes deficitarios.

- El otro grupo es aquel en que el rechazo es sintomático y remite a una estructura neurótica. Aquí, los trastornos se presentan más tarde cuando ya el niño ha comenzado a diferenciarse y a separarse de su madre. En ese momento, el niño rechaza los alimentos, oponiéndose a la demanda de la madre, en su intento de pulsar el deseo materno para que no se reduzca a los meros cuidados.

El rechazo es sintomático y remite a una estructura neurótica. Aquí, los trastornos se presentan más tarde cuando ya el niño ha comenzado a diferenciarse y a separarse de su madre.

En la evolución posterior de los pacientes, se aprecia que quedan fijados a un modo de relación con el otro de tipo opositorista, que encubre una postura de reproche, protesta y rebeldía latente. También, son niños con dificultades para la elaboración mental de los conflictos psíquicos, recurriendo a la vía de la somatización. Asimismo, en muchos casos, la anorexia se extiende al plano escolar, y presentan, al inicio de la escolaridad, una actitud de inapetencia o de rechazo al saber.

3ª) Como factores de riesgo para todos los casos, que aumentarían la vulnerabilidad del niño, he identificado los siguientes:

- Episodios de separación tempranos de la madre.

- Episodios traumáticos en el primer año de vida: como ingresos hospitalarios, manipulaciones o intervenciones agresivas o dolorosas para el lactante.
- Experiencias negativas o displacenteras, en la esfera oroalimenticia, como la introducción de la sonda.
- Cambios bruscos en el régimen alimenticio, fundamentalmente coincidiendo con el destete, la introducción de la cuchara, o con el inicio de la alimentación sólida.
- Hábitos alimentarios ritualistas, rígidos, impositivos y de forzamiento.
- Por último, en el desarrollo, evolución, e instauración del trastorno, juega un papel primordial la personalidad de la madre y el tipo de vínculo que establezca con su hijo, así como la ausencia de una figura paterna que medie simbólicamente entre ambos.

Bibliografía

- AJURIAGUERRA, J. DE: Manual de Psiquiatría Infantil (4ª. ed.). Barcelona, Toray-Masson, 1977.
- DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, Masson, 1995.
- LACAN, J.: La Familia. Barcelona, Ed. Argonauta Biblioteca de Psicoanálisis, 1982.
- LACAN, J.: El Seminario, libro IV, La relación de objeto. Barcelona, Ed. Paidós, 1994.
- MARCELLI, D.; AJURIAGUERRA, J. DE: Psicopatología del niño (3ª. ed.). Barcelona, Masson, 1996.

Anuario de Psicología Jurídica 2003 Publicación del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

Autor

Antonio Domínguez Álvarez. Psicólogo. Vigo.

Ciertamente la ciudadanía se encuentra cada vez mas desprovista de ideas complejas: la ciudad se va disgregando en un territorio de escasa articulación. ¿Cómo no ver que aquel embrutecimiento consumidor de hace años está empezando a vomitar?. Ejemplo, un paciente que deja huellas psíquicas en “los escritos”, espacios habitados, me confiesa ser un adicto a los concursos televisivos: “*Su imbecilidad nos rebela la nuestra*”. Algunos penarán porque se consideran inferiores a “su competidor”. El resto lo puede imaginar, sin demasiados esfuerzos, el lector: nadie los importunará con soluciones imaginativas ni con alardes de originalidad.

Y, mas allá, la lucha por conocer cada uno de los yoes relacionados con la vida y la muerte. Entonces se vuelve a la suma inicial, a la duda, a la confusión. Y uno imagina una segunda oportunidad.

Algunos días es difícil tener certezas. Ni siquiera ante la supuesta exactitud del cálculo matemático. Una suma elemental puede tener muchas respuestas y también desencadenar otras tantas preguntas. Y, mas allá, la lucha por conocer cada uno de los yoes relacionados con la vida y la muerte. Entonces se vuelve a la suma inicial, a la duda, a la confusión. Y uno imagina una segunda oportunidad. Sin esperanza. Paciente: “*Si me preguntan mi nombre, vacilo: he sido tantos diferentes*”. Gruesas metáforas de una obviedad desconcertante y un final ortopédico.

Las mas o menos felices páginas de esta revista traen varias revelaciones y algún consuelo, pero ninguna certeza. No hay gato en este juego; tan solo ratones enceguecidos por el miedo y la pena

al descubrirse mutuamente que habitan un mundo donde no existe la radiante sencillez del blanco y del negro a la hora de definir las acciones sino una casi infinita gama de grises crepusculares. Los autores apelan al elegante criminal que tal vez todos llevamos dentro; escriben para esa tan poco glamourosa víctima que, de un modo u otro, todos, somos. Esa víctima que jamás podremos dejar de ser.

Crimen y Locura

IV Jornadas de la Sección de Historia de la AEN

José María Álvarez Martínez
Ramón Esteban Arnaiz

Autor

Javier Carreño Villada Mir-2 Psiquiatría Xeral Cés. Vigo

Las cuartas jornadas de la sección de historia de la AEN, tituladas "Crimen y Locura", aterrizan ahora, en formato escrito, para dar cuenta a los ausentes y a los sordos, de lo allí acontecido. Como precedente casi premonitorio de lo que se iba a jugar, la queja de los miembros de una asociación de padres por el empleo del significante "locura", cargado en su opinión, de la mitología del furioso, del perverso o del criminal incurable. Abogaban estos preocupados ciudadanos por colorear lo horrible de la psicosis bajo el significante de "enfermos", palabra ésta que permite, en ocasiones, yugular el terror, pero que, como se articuló a lo largo de las conferencias, no siempre beneficia al sujeto loco.

Abogaban estos preocupados ciudadanos por colorear lo horrible de la psicosis bajo el significante de "enfermos", palabra ésta que permite, en ocasiones, yugular el terror

Las jornadas se repartieron en tres mesas:

En la primera (Mesa 1), dedicada al crimen y la locura en la historia de la psiquiatría española, Rafael Huertas, acierta a darnos un esbozo sobre los difíciles comienzos, en España, de la relación entre frenópatas y jueces, con el hilo conductor del famoso caso Garayo. Señala como los psiquiatras acudían ambivalentemente a la teoría de la degeneración en los tribunales para denostarla o ignorarla en

el campo clínico. Arranca en estos primeros peritajes españoles el proceso de medicalización del loco. Ricardo Campos prosiguió esta línea de trabajo con hallazgos históricos similares en el estudio del caso Galeote, marcando ya en 1890 las críticas a la desresponsabilización del loco, de la mano de Ots. Antonio Dieguez con el caso de Jacinto Verdaguer y A. Rey Gonzalez, Javier Plumed Domingo con el caso Sagrera finalizaran brillantemente esta mesa advirtiendo sobre el peligro de la psiquiatrización de las conductas e interrogando sobre la delgada línea que separa la clínica psiquiátrica de la moral de su tiempo, así como los intereses personales y familiares que se juegan a la hora de realizar un peritaje psiquiátrico.

La segunda mesa (Mesa 2), recoge el denodado esfuerzo de varios residentes de psiquiatría y psicología, Paloma Alonso, Teresa Cobos, Loreto García, Ana Pérez Cipitria, Ana Isabel Segura y Asunción Velasco, en revisar la historia del Hospital Psiquiátrico Villacián desde su formación en 1489, así como los archivos de éste, realizando un somera recorrido por las formas de recogida de datos, los diagnósticos y los tratamientos según las épocas. Begoña Cantero, Ramón Esteban y Lourdes Sánchez, rescatan, a su vez, de los archivos, el historial del caso "EI inhumano: La maquina de matar, sujeto delirante que vagó entre los diagnósticos de parafrenia y esquizofrenia y que fue "condenado" a permanecer en el Hospital Villacián hasta su muerte.

Por ultimo la tercera mesa (Mesa 3), mesa esta donde más salieron a relucir las cuestiones que mencionábamos al principio. La responsabilidad en la locura; ineludible a la hora de relacionar crimen y locura. En primer lugar Francisco Estevez, realiza un breve recorrido para la historia de la psiquiatría de la mano de Schreber, Wagner y Aimeé a fin de apuntalar la noción de responsabilidad en el sujeto psicótico, y como esta, hermanada de la noción de castigo, tiene efectos sobre el sujeto delirante. Finaliza su intervención con una brillante disertación en torno a las formas de estabilización de las psicosis desde la óptica de los tres registros lacanianos, reafirmando lo esencial de la sanción en las estabilizaciones nacidas del pasaje al acto. En segundo lugar, Jose María Álvarez prosigue con esta fructífera línea de trabajo, realizando una labrada exposición sobre los conceptos de responsabilidad y castigo en la filosofía, así como las diferentes posiciones de los psiquiatras, a lo largo de la historia de la psicopatología, en torno a estas cuestiones, con una mención especial para las consecuencias derivadas del actual concepto de

Francisco Estevez, realiza un breve recorrido para la historia de la psiquiatría de la mano de Schreber, Wagner y Aimeé a fin de apuntalar la noción de responsabilidad en el sujeto psicótico

“enfermedad mental”(1). Por último, tras este recorrido, y con los cimientos de un estudio más pormenorizado del caso Wagner, Jose María Álvarez resuelve un conjunto de conclusiones, nada desdeñables, para cernir una lógica de la práctica clínica con pacientes psicóticos. Entre ellas, destacan, la figura y el posicionamiento del clínico, la ética del psicótico, las relaciones entre delirio y crimen y por supuesto la importancia de la sanción. En tercer lugar, Manuel Cruz recorre el concepto de responsabilidad desde un ángulo estrictamente filosófico, casándolo con la noción de modernidad, con el sueño de esta y con lo inevitable de la intersubjetividad constitutiva de la responsabilidad. Finaliza con un esperanzado alegato en pos del abandono del sueño de la razón y de la homogenización del ser, para quizás, indagar en la búsqueda del deseo y de la ética individual consecuyente.

Por último, las jornadas se cerraron con una brillante Conferencia de Clausura de la mano de Francois Sauvagnat, psicoanalista francés, que analizó el cambio en la consideración de la subjetividad propia de la modernidad, siguiendo el itinerario ideológico que mana de Foucault y de Lacan.. Repasa además el tema de las monomanías o delirios parciales, para finalizar con un estudio sobre la evolución del psicoanálisis en el estudio de la criminología y de la perversión, dando cuenta de las diferentes posiciones legales en tomo a los delitos sexuales.

Finaliza con un esperanzado alegato en pos del abandono del sueño de la razón y de la homogenización del ser, para quizás, indagar en la búsqueda del deseo y de la ética individual consecuyente

Para finalizar destacar lo ineluctable de este libro para los estudiosos de la historia, los psiquiatras, psicólogos, juristas, filósofos etc... y en definitiva para todos aquellos que anden a vueltas con su responsabilidad subjetiva, o con la de otros. Encontraran un buen punto de anclaje para comenzar a despejar la búsqueda. Eso sí, háganse cargo aunque no encuentren lo que buscan, sería lo más responsable.

1. A este respecto se puede revisar el libro “La invención de las enfermedades mentales” de Jose María Álvarez, ya reseñado por Jose R. Eiras en un número anterior del Siso.

El Animal Público

Delgado, Manuel, 1999. Ed. Anagrama

Autora

M^a Antonia Muñoz Mella

Manuel Delgado, nacido en Barcelona en 1956, es antropólogo y escritor. Licenciado en Historia del Arte por la Universidad de Barcelona, es Doctor en Antropología Social y profesor en la misma Universidad. Ha estudiado en la Ecole Pratique des Autes Etudes de París, y es autor de numerosos estudios sobre la violencia ritual, la religión y la antropología urbana.

Comienza con un Prólogo al que titula *El otro generalizado que, subrayado con una cita de Elías Canetti, viene a contextualizar su obra inscribiéndola decididamente en lo posmoderno.*

Entre otras obras, es autor de *De la muerte de un dios*, *La ira sagrada* y *Las palabras de otro hombre*. Con su libro, *El animal público*, consiguió el XXVII Premio Anagrama de Ensayo en el año 1999.

El libro que paso a reseñar resulta apasionante desde el prólogo, por el dominio de la técnica narrativa y, sobre todo, por la perfecta conjunción de la argumentación científica con un estilo narrativo plena y deliberadamente literario. Su obra no sólo es una excelente muestra de erudición, por la ingente documentación y la densidad de conocimientos que despliega, sino una obra estilísticamente muy cuidada, en la que ha logrado combinar la consistencia de unos planteamientos en ocasiones un tanto heterodoxos, con un lenguaje extraordinariamente literario, que hacen de su lectura un ejercicio revelador.

Comienza el libro con un Prólogo al que titula *El otro generalizado que, subrayado con una cita de Elías Canetti, viene a contextualizar su obra inscribiéndola decididamente en lo posmoderno*. La noción de un *otro generalizado*, de un individuo disuelto, sin perfiles, da

cuenta de la muerte de lo unívoco, desde la perspectiva de que los otros como tales permanecen agazapados en los intersticios de nuestro saber inconsciente. Desde este presupuesto ideológico que supone la superación de la ambición moderna de conocer-lo todo, bajo los auspicios de una razón racionalizadora de verdades y absolutos, Delgado comienza su obra afirmando que los motivos que fundaron la Antropología como disciplina, hoy no tienen sentido.

En un mundo globalizado ya no hay sociedades simples o primitivas, si es que en algún momento pudieran haber sido consideradas de ese modo.

Por ello el objeto de estudio de la antropología tradicional, más circunscrito al estudio y conocimiento del elemento exótico, del otro inserto en una cultura peculiar y acotada a un tiempo y un espacio, se ha disuelto, condicionando que el antropólogo adquiera una nueva dimensión de *repatriado forzoso* de su propia sociedad. Pero en este proceso de repatriación forzosa en búsqueda de su nuevo objeto de estudio, el antropólogo ha de afrontar la dificultad de ubicarse, de encontrar su espacio propio en medio de los objetos tradicionalmente asumidos por otras ciencias sociales.

No se trata de buscar en las sociedades actuales urbano-industriales, aquellas rarezas o exotismos que justifiquen un abordaje de orden antropológico. No se trata, pues, de buscar objetos de estudio que estén en los márgenes de otras disciplinas, ni de hacer del antropólogo aquél que dé cuenta de “sectores conflictivos” de la sociedad, o de la antropología en general la ciencia de las desviaciones y las anomalías. Todo lo contrario, lo que propone Delgado es que la Antropología recupere su viejo objeto de estudio, esto es, la vida cotidiana de las personas ordinarias. De esta vocación nace la Antropología Urbana.

El objeto de estudio de la antropología tradicional, más circunscrito al estudio y conocimiento del elemento exótico, del otro inserto en una cultura peculiar y acotada a un tiempo y un espacio, se ha disuelto.

Desde esta perspectiva, los antropólogos urbanos no se adscriben a ninguna especificidad que los haga singulares en sus planteamientos; sólo son antropólogos que analizan un tipo particular de ordenamiento. A partir de aquí, cabe preguntarse cuál es el objeto de la Antropología Urbana, y si debemos considerar una antropología de la ciudad o una antropología en la ciudad. Ante este planteamiento nuestro autor apuesta por establecer que la antropología urbana es, sobre todo, una antropología de lo urbano, es decir, de las sociedades urbanizadas, siendo los fenómenos que

asume sólo encontrables “a veces” en otras sociedades. Así pues, tendremos que recapitular en los conceptos de ciudad y urbano, en distinguir la polis de la urbs.

Lo urbano tiene lugar en otros muchos contextos que trascienden los límites de la ciudad en tanto que territorio, del mismo modo que hay ciudades en las que lo urbano es inexistente o muy débil. Lo que define la urbanidad es la movilidad, los equilibrios precarios de las relaciones humanas, la agitación como fuente de vertebración social, lo que da lugar a la formación de sociedades coyunturales cuyo destino es disolverse al poco tiempo de constituirse. Lo urbano se configura como un modo de vida caracterizado y marcado por la presencia de relaciones precarias, inestables, y laxas .

Así, la antropología de lo urbano es una antropología de lo no estructurado, no porque esté desestructurado, sino porque está estructurándose.

Este giro fundamental en la consideración del objeto de estudio, se extiende también a los habitantes de la ciudad que pasan a ser practicantes de lo urbano, con unas relaciones dominadas por un guión , por una dramaturgia perfectamente articulada en la que, no obstante, existe un fuerte componente de azar. El escenario de estas relaciones impersonales es el espacio público. Los espacios públicos constituyen el ámbito de lo urbano , donde los individuos interaccionan con ese *otro generalizado*, que les sirve de correlato. La fábula del “hombre invisible” es muy útil como metáfora del hombre público, que reclama una invisibilidad selectiva o relativa , un “ser visto y no visto”, es decir, un ser tenido en cuenta desde lo social pero siempre ocultando su verdadero rostro.

Los espacios públicos constituyen el ámbito de lo urbano, donde los individuos interaccionan con ese otro generalizado, que les sirve de correlato.

De todo esto se desprende que la Antropología Urbana hace frente a un objeto que no se ve, que es algo opaco como la niebla de la metáfora utilizada por el autor.

En esta suerte de antropología de las incongruencias , de “*los falsos movimientos y los nomadeos*” Delgado busca las raíces teóricas en autores como Simmel, los teóricos de la Escuela de Chicago, Lefebvre o Certeau, y las aportaciones de la etnografía de la comunicación y la sociolingüística, haciendo una mención especial a los materiales aportados por los antropólogos simbólicos (Van

Genep, Mauss, Turner) y la etnología de la religión, a cuyos hallazgos dedica gran parte del capítulo II.

Si la ciudad hemos visto que no es sinónimo de lo urbano , la ciudad también se opone al campo o a lo rural, en tanto que la ciudad sería la composición espacial definida por la “*alta densidad poblacional y el asentamiento de un amplio conjunto de construcciones estables, una colonia humana densa y heterogénea conformada esencialmente por extraños entre sí*”. Lo rural, pues, sería el ámbito en que estos rasgos no se dan . Pero lo urbano es diferente, ya que se trata de un modo de vida caracterizado por la “*proliferación de urdimbres relacionales deslocalizadas y precarias*”, de modo que en el campo, en lo rural ,se puede dar y manifestarse lo urbano.

Esta tesis rebate la teoría de Redfield que asociaba lo urbano a un modelo de ciudad heterogénica caracterizada por atraer y producir pluralidad, en oposición a las ciudades ortogénicas, fuertemente centralizadas y burocratizadas (de arraigo oriental). Esta asociación de lo urbano con la ciudad heterogénica de Redfield , propia del pensamiento moderno, es interpelada por Delgado al afirmar que lo opuesto a lo urbano no es lo rural, sino lo comunal, entendiendo por ello “*una forma de vida en la que hay una estricta conjunción entre morfología espacial y estructuración de funciones sociales*” más próximas a una concepción de vida premoderna o tradicional.

Es necesario reformular el concepto de espacio y territorio. Si el hombre está en movimiento, habrá que considerar los espacios itinerantes o intersticiales de tránsito.

Esta reflexión sobre la Antropología Urbana entendida no como *en* o *de* la ciudad, sino como antropología de las inconsistencias y oscilaciones de la vida pública que se da en las sociedades modernas, tiene sus raíces en la Escuela de Chicago que fue la precursora en ensayar métodos cualitativos , desde la constatación de lo que caracteriza a la cultura urbana era su inexistencia, en tanto que realidad dotada de uniformidad.

Si la ciudad se opone a lo rural y lo urbano se opone a lo comunal , es necesario reformular el concepto de espacio y territorio. Si el hombre está en movimiento, habrá que considerar los espacios itinerantes o intersticiales de tránsito. En este sentido, Delgado reivindica el concepto de Certeau de “espacio”, para aludir a la renuncia de un lugar propio para devenir en umbral o frontera. Si el territorio es un lugar ocupado, el espacio es un lugar practicado. Así, el no-lugar se opone a todo aquello que domestica un lugar (el lugar de una iglesia, o el lugar donde se ubica el Ayuntamiento...),

de modo que no-lugares serían , por ejemplo, los vestíbulos de los aeropuertos o los cajeros automáticos. En estos espacios, no-lugares, los objetos de la antropología urbana estarían enredados en una tupida red de fluídos que se fusionan y fisionan, en un espacio de dispersiones y de encabalgamientos entre identidades. Si hasta aquí la reflexión de Delgado se dirigía a reubicar los objetos y el ámbito de la antropología urbana, la reflexión que sigue se refiere a la metodología de abordaje de dichos objetos. Lo urbano no puede abordarse con procedimientos metodológicos convencionales . La mirada del antropólogo , más allá de la observación participante , debe transformarse en una observación flotante, término que Pétonnet toma prestado del psicoanálisis, y que alude a una observación no mediatizada , sin aprioris, disyunciones significativas de las que se puedan extraer leyes subyacentes. Esta nueva mirada antropológica no supone en absoluto la renuncia a las técnicas etnográficas convencionales sino todo lo contrario. Delgado reivindica al antropólogo como la encarnación del habitante de las sociedades urbanas , un “voyeur “ desde una posición privilegiada. No se trata de una observación participante “al estilo Malinowsky” sino una observación “totalmente participante” y al tiempo “totalmente observadora” donde el antropólogo inscriba su individualidad .

Delgado reivindica al antropólogo como la encarnación del habitante de las sociedades urbanas, un “voyeur “ desde una posición privilegiada.

En este sentido, un etnógrafo de los espacios públicos debe aprovechar los materiales culturales que han nacido con y para la vida urbana, entre ellos la música moderna, el cine etc... que son capaces de sintetizar en unos minutos escenas de vida.

En el segundo capítulo “*Hacia una antropología fílmica*” Delgado analiza el cine haciendo un repaso de todos los géneros cinematográficos , para reivindicar una mirada antropológica similar a la mirada de un cámara , intentando aprovechar todos los materiales que “*conforman la sustancia de lo inobservable*”. El valor del cine es que muestra interacciones entre los seres humanos que no son expresiones de una sociedad, sino que constituyen una sociedad, es decir, constituyen una entramado de sistemas sociales que son esa sustancia inobservable materia de lo urbano, por cuanto escapa a la mirada , pero es captada por la cámara. El cine se dirige a lo que no puede ser aprehendido mas que respetando su agitación. El cine no significa, sólo muestra. No tiene código ni constituye un sistema, trabaja con elementos dispersos, ajenos a cualquier paradigma. El etnógrafo se comportaría de manera similar a un cámara, que capta

movimientos, un collage de movimientos en los que hay que descubrir e interpretar algo.

A lo largo de los capítulos III y IV Delgado analiza lo urbano rescatando y reinterpretando los conceptos durkhenianos de anomia y efervescencia social, centrándose especialmente en la articulación de los ritos de paso de Van Gennep y Turner, para dar cuenta de su concepto de liminaridad y nihilización del ser social, como consustancial al fenómeno de lo urbano. Para ilustrar este punto, analiza los movimientos religiosos que se conforman dentro de lo urbano.

Si para Turner la fase liminal corresponde a una situación extraña, definida por la naturaleza alterada de sus condiciones, para Delgado viene a ser una concreción del “anonadamiento” durkheniano, es decir, una negativización de todo lo dado en el organigrama de lo social. Es una “*libertad provisional*”, una desocialización desvinculadora de toda norma social. El ser transicional de los ritos de paso es “*estructuralmente invisible*”.

El rito de paso es un protocolo que nihiliza al ser social, que lo reduce a cero. En este sentido, Delgado constata que los términos anomia y liminaridad son intercambiables. Así pues, existen transeúntes y transeúntes a tiempo completo como los inmigrantes, los outsiders, los adolescentes etc., transeúntes a los que la sociedad rechaza por que “*son una caricatura inquietante del estado de cosas social*”. Son personajes nihilizados que permenean en los márgenes y, precisamente, por la ambigüedad estructural de éstos, resultan idóneos para resumir todo lo que la sociedad pueda percibir como ajeno, pero instalado en su interior. Son personajes que están “*en el margen pero no al margen*”, lo que hace de ellos verdaderos modelos para el antropólogo urbano.

Si para Turner la fase liminal corresponde a una situación extraña, definida por la naturaleza alterada de sus condiciones, para Delgado viene a ser una concreción del “anonadamiento” durkheniano

Delgado percibe el espacio público como una liminaridad generalizada. La calle, los bares....son espacios “*de paso*”, en la medida que los sujetos que los transitan han salido de algún sitio, pero todavía no han llegado a ningún sitio, de tal forma que el transeúnte es, literalmente, el que transita, el que está en “*passage*”.

De toda esta reflexión sobre la communitas y la liminaridad como material para el análisis de lo urbano, se deduce que Delgado encuentra en la antropología simbólica herramientas

extraordinariamente valiosas para aplicar en el estudio del fenómeno urbano.

El capítulo IV está dedicado al estudio de las sectas, por cuanto nuestro autor defiende que su existencia se justifica por un deseo de buscar cierta coherencia, cierta identidad en una sociedad desestructurada, sin certezas, sin verdades absolutas. Analiza los rasgos generales que caracterizan a estos movimientos de evangelización urbanos, y reflexiona sobre dos conceptos la “*complexofobia*” y las “*sociedades intersticiales*”. El primer término daría cuenta del rechazo que algunos individuos sienten ante la creciente complejidad de la estructura y los sistemas sociales. El hecho de adscribirse a una secta implica la búsqueda de patrones de identidad común, de un otro, en este caso no generalizado, sino particular y concreto con el que identificarme. Se buscan certidumbres y verdades insondables no sujetas a lo contingente, pero esta búsqueda no se concreta en la negación de la estructura social establecida, sino que se concretiza en “*sociedades intersticiales*” (concepto acuñado por la Escuela de Chicago) que procuran la cohesión social y el equilibrio, del que han dejado de gozar instituciones tradicionales como la familia (recuerda mucho al concepto de anomia y suicidio en Durkheim. Las instituciones cumplirían esa función de cohesión).

Analiza los rasgos generales que caracterizan a estos movimientos de evangelización urbanos, y reflexiona sobre dos conceptos la “complexofobia” y las “sociedades intersticiales”.

En palabras de Delgado “*las sectas de nuevo cuño irrumpieron y continúan activas en los procesos de modernización en la medida en que son capaces de proveer de un nuevo lenguaje con el que dar cuenta de la pobreza, la desorganización social, la desintegración cultural, la disolución de los viejos vínculos comunitarios, propiciando nuevos sentidos...para la construcción identitaria tanto personal como colectiva*”

Y, finalmente, Manuel Delgado concluye su ensayo con una referencia de lo que, a su juicio, sería la distinción conceptual entre la polis y la urbs. Para nuestro autor la polis representaría el orden político, encargado de la administración centralizada de la ciudad, mientras que la urbs identificaría el proceso que la sociedad urbana lleva a cabo, un proceso siempre incompleto, inacabado, inconcluso e interminable.

Esta visión sobre la polis, que Foucault interpreta como un “*estado de peste*” tendría la responsabilidad de instaurar una sociedad perfecta, que en realidad no sería una ciudad sino una *contra-*

ciudad. Esta dicotomía conceptual generaría la oposición entre una visión de ciudad planificada, en oposición a una ciudad practicada, entendiendo como ésta última aquella que actúa como forma conformante de lo específicamente urbano, que acabaría impregnando todos los espacios, y que generaría todo aquello que se opone a un todo homogéneo y organizado.

De todo esto, concluye, la ciudad puede ser leída como texto, y, como tal puede ser interpretada desde el lenguaje. Otra cosa sería lo urbano cuya naturaleza impide ser tratado desde la articulación lógica del lenguaje como un todo estructurado. Lo urbano escapa a los límites del lenguaje configurándose más como palabra liberada del lenguaje.

De la construcción lógica de la ciudad deviene el sentido emancipador de lo urbano, entendido como liberación inconsciente del deseo de encuentro e interacción en espacios intersticiales, que operan al margen y que con-forman la identidad colectiva del nosotros.

El Animal Público supone un ejemplo claro de cómo desplegar los principios de la posmodernidad a la práctica antropológica. Su reflexión aporta una luz reveladora, por cuanto hace congruente la complejidad del entorno y relaciones del hombre contemporáneo, con una visión de la antropología capaz de dar cuenta de dicha complejidad.

En otras palabras, partiendo del principio de realidad que siempre guió la elección del objeto y la metodología de abordaje antropológico, propio de la modernidad, nos conduce a una redefinición arriesgada y valiente, que se inscribiría más en el principio de incertidumbre de la visión posmoderna.

La irrupción de diversas voces, de diversos puntos de vista, de concepciones de la vida discrepantes o complementarias, posibilitada por la generalización de los medios de comunicación, es lo que determina la aparición de la posmodernidad

La irrupción de diversas voces, de diversos puntos de vista, de concepciones de la vida discrepantes o complementarias, posibilitada por la generalización de los medios de comunicación, es lo que determina la aparición de la posmodernidad. Ya no es posible concebir el mundo según puntos de vista unitarios, y es precisamente la multiplicidad de visiones, de interpretaciones, lo que provoca que entre en crisis el mismo concepto de realidad. Esta relativización del concepto de realidad, que en palabras de Nietzsche se convierte en fábula, es retomada por Delgado para contextualizar su discurso. Esta reflexión le obliga a cuestionar los objetos tradicionales de estudio de la antropología moderna, adoptando un

giro que permita investigar la vida cotidiana de las personas ordinarias, con la adopción de un punto de vista de “repatriado forzoso”. Un repatriado que ha de aprovechar todos los materiales que le proporciona la diversidad cultural de la que emerge, para observar de manera “absolutamente participante” todos los intersticios que forman parte de la compleja urdimbre de significación que configura lo urbano.

Por todo ello, el territorio como delimitador de realidades tangibles, deja paso al espacio entendido como un horizonte “practicado” de comportamientos y subjetividades interconectadas, y la ciudad deja de ser la “polis” del entorno institucionalizado, planificado y normativo, para devenir en “urbs”, en una contra-ciudad que se funda día a día, en el deambular incansable del urbanita.

Si la ciudad se articula como un lenguaje, lo urbano se alimenta de palabras, de asociaciones libres. Lo intersticial para nuestro autor se torna en lo medular del discurso, abandonando la atomización y la regularidad de lo predecible, por el deseo de con-fusión con lo que pudiera ser acontecido.

Fundamentos de psicopatología psicoanalítica

*Jose María Alvarez, Ramón Esteban, François Sauvagnat
Edt. Síntesis, 2004*

Autor

Ramón Area Carracedo, Luis Vila Pillado

Se recibe bien un libro de psicopatología alejado de lo que los autores llaman la “versión espuria de la psicopatología”, esa reducción a “una presunta semiología basada en criterios operativos”. Yo distinguiría tres partes temáticas, la primera un recorrido histórico que comprende tanto la psicopatología clásica, como psicoterapias en general y psicoanálisis lacaniano en particular. Un segundo bloque trata de dar cuenta desde Lacan de los diferentes síntomas que como los autores definen, forman el thesaurus semeiotucus. Un tercer bloque consistiría en una exposición detallada de la semiología psiquiátrica.

Comienza por lo tanto el libro con una historia de la psicopatología, que también pretende ser una historia de sus fundamentos, doctrinas y tendencias,

Comienza por lo tanto el libro con una historia de la psicopatología, que también pretende ser una historia de sus fundamentos, doctrinas y tendencias, y además sometiendo tal historia al juicio crítico del psicoanálisis.

El tercer bloque, la exposición semiológica, el detallado, extenso, y muy correcto. Como el propósito es interpretar hallazgos psicopatológicos nacidos desde teorías muy diversas, se aprecia una excesiva desnudez teórica en la descripción de los mismos, desnudez que se viste desde Lacan. Esto es en realidad un logro, ya que someter una teoría a los rigores de años de síntomas, teorías y doctrinas, constituye una tarea extraordinariamente laboriosa, no solo en cuanto a lecturas (y hay mucha lectura detrás del libro) sino también en cuanto a reflexión.

Es diferente pues a otras obras recientes de psicopatología, como la

historia de los síntomas de Berrios, porque los planteamientos de salida son diferentes. Berrios hace lo que titula, es decir una historia del síntoma. En este libro se hace un análisis del síntoma, una suerte de metapsicopatología o de metapsicoanálisis si se prefiere. Me detendré un poco más en detalle en esta cuestión.

Yo entiendo que la teoría de Lacan nace desde el punto de ruptura con Clérambault, que dentro de la historia de la psiquiatría francesa realiza un agrupamiento sintomático que redefine la esquizofrenia en claros términos de identidad personal: es su definición del automatismo mental. Son muchos los autores que han creído ver en el grupo de la esquizofrenia, un grupo de síntomas de carácter más fundamental. Unas veces, por definitorios, otras veces por relación directa con una presunta etiología y otras por reconocibles. La posición de Clérambault en su construcción del automatismo es en el orden de lo definitorio, pero es que además, consideraba que no había relación entre estos síntomas fundamentales (que expresaban una alteración orgánica) y el delirio.

La teoría continúa en la ruptura con Ey, quien con su organodinamismo, aleja el punto de origen de la psicosis de las instancias más específicamente humanas.

Y durante todo su desarrollo, la teoría se distancia de Jaspers (para muchos, el fundador de la psicopatología) al establecer el par comprensión/explicación y fundar una psicopatología de la interpretación de lo consciente.

Por tanto, tres son los puntos conflictivos a los que una psicopatología psicoanalítica (fundamentalmente de las psicosis) debe enfrentarse:

Si los síntomas fundamentales guardan o no relación con el delirio.

Si los síntomas fundamentales se han de buscar en instancias cerebrales filogenéticamente más antiguas o no.

Si la psicosis es un problema del inconsciente o es un problema de incomprendibilidad.

Y a lo largo del libro, se desgranar los posicionamientos de los autores a estos tres planteamientos. Desde luego, mi recomendación es leerlo, pensar y opinar.

Berrios hace lo que titula, es decir una historia del síntoma. En este libro se hace un análisis del síntoma, una suerte de metapsicopatología o de metapsicoanálisis si se prefiere.

***“Irredentas”*: Sobre mujeres, niños y familias víctimas de las cárceles franquistas¹**

Autor

David Simón Lorda

A la espera de que en un par de días emitan el documental “Las fosas del olvido” en el programa Documentos TV en la primera cadena de la televisión estatal - salvo que surjan motivos “de interés general”- , continuamos a día de hoy (finales de Enero de 2004) sin haber podido ver el documental “Los niños perdidos del franquismo”, realizado por Montse Armengou y Ricard Belis con asesoría del historiador Ricard Vinyes, y ya proyectado en algunos canales autonómicos. Dicho documental dio lugar al

La lectura de “Irredentas” deja a uno desasosegado, y muchos de los testimonios que aparecen en sus páginas hacen estremecerse pensando en la miseria, la soledad, las palizas...

libro (o viceversa) titulado “Los niños perdidos del franquismo” (Plaza y Janés, 2002), que puso en evidencia la represión a la que se sometió a niños y mujeres en las cárceles franquistas. De dicho libro dimos cuenta en un número previo de DEZ.ME, y hoy comentaremos algunos aspectos del libro “Irredentas. Las presas políticas y sus hijos en las cárceles franquistas” (2002, Temas de Hoy) de Ricard Vinyes, y en el cual ahonda todavía más en el mundo carcelario de las presas políticas y de la

violencia que sufrieron.

La verdad es que pese a haber leído ya unos cuantos artículos y trabajos sobre la represión, la lectura de “Irredentas” deja a uno desasosegado, y muchos de los testimonios que aparecen en sus páginas hacen estremecerse pensando en la miseria, la soledad, las palizas y torturas sistemáticas, las agresiones sexuales, y la incertidumbre constante a merced de los caprichos y arbitrariedades la que se vieron sometidas todos los presos del franquismo, pero especialmente las presas políticas, sus hijos y sus familias. Al igual que en “Los niños perdidos del franquismo”, se hace

hincapié en las “desapariciones” y separación de los hijos de las presas bajo la gestión de los aparatos de seguridad y represión franquista, muy en connivencia con la Iglesia católica. Un número muy significativo de los hijos de presas políticas acabaron en las redes de Auxilio Social y los Centros Benéficos del Estado y de la Iglesia. Vinyes, nuevamente y al igual que hacía en “Los niños perdidos del franquismo”, compara estos hechos con los ocurridos en Argentina durante la Dictadura militar entre 1976-1983. En España la pérdida, desaparición y secuestro fue el resultado de la “purificación” del país asumida por el Nuevo Estado. Las bases científicas las aportaba el psiquiatra militar Vallejo Nágera, quien en sus libros, en sus conferencias en la Escuela Penitenciaria, en sus afirmaciones construyó una auténtica deshumanización del “otro”, del vencido, consiguiendo psiquiatrizar la disidencia e impregnar por diversos caminos el universo penitenciario y la sociedad del Nuevo Estado, el cual se vio con la posibilidad – y la necesidad- de actuar terapéuticamente sobre los opositores (y sus hijos) para transformarlos en habitantes no conflictivos (pero con estigma de rojos) de la nueva España.

En 1944 había unos 12.000 niños y niñas ingresados en centros públicos y religiosos, pero además el Estado franquista tejió y urdió a través de las delegaciones del Servicio Exterior de Falange numerosas misiones semi-secretas en México, Guatemala, Bélgica, Francia, Inglaterra y otros países destinadas a la captura de hijos de republicanos que pasaron a engrosar los centros de Auxilio Social y de los diferentes patronatos que surgieron para gestionar este importante volumen de menores de edad. Es obligado recordar aquí la serie de álbumes de cómics de Carlos Giménez titulados “*Paracuellos*”, una sincera y testimonial obra maestra del cómic español que llegó a mis manos ya hace unos años. Realmente que no llegué a comprender el alcance de lo que reflejaba y denunciaba en aquellas historias de niños con experiencias siniestras de los hogares de Auxilio Social hasta leer los libros de Vinyes

Compara estos hechos con los ocurridos en Argentina durante la Dictadura militar entre 1976-1983. En España fue el resultado de la “purificación” del país asumida por el Nuevo Estado.

“Les estaban esperando los hermanos, frailes, monjas, hermanas, sores y curas de los Asilos, Casas de Mendicidad, Colonias y Talleres, los jueces de los Tribunales Tutelares de Menores, los instructores del Frente de Juventudes y las camaradas de la Sección Femenina, enfermeras, celadoras y matronas de Auxilio Social, que recogían su cosecha día a día para hacer de aquellos españoles, aún contaminados por el virus del odio rojo, hombres

de aquella España en la que comenzaba a amanecer..”.(MARTÍN, s.f.).²

Otros aspectos que se analizan y diseccionan magistralmente en el libro son la vida interior de las cárceles, en las que lo que más se repite es saturación, hambre, frío y violencia, con numerosos testimonios de frecuentes agresiones sexuales por guardias y funcionarios (pienso que nunca se había puesto tan en claro en los trabajos sobre represión en España) que daban lugar a embarazos y a nuevas situaciones de trauma y pérdida en las presas. También repasa las formas de organización y de resistencia de las presas políticas frente a las comunes; estas tramas organizativas a veces muy conectadas con el exterior de las cárceles, eran contrarrestadas por las expediciones (traslados) constantes de grupos de presas de una cárcel a otra atravesando España en vagones de ganado en condiciones que recordaban los traslados que los nazis hacían con los judíos hacia los campos de concentración. Eran muchos días de viaje, de sed, de muerte, suciedad y horas y horas en vías muertas de estaciones a merced de las inclemencias del tiempo y de la desinformación respecto a su inmediato futuro y el de sus hijos que las acompañaban...

Expediciones constantes de grupos de presas de una cárcel a otra atravesando España en vagones de ganado en condiciones que recordaban los traslados que los nazis hacían con los judíos

Esa incertidumbre constante respecto a cualquier aspecto de su existencia es algo que recalcan los testimonios recogidos por Vinyes. El suicidio es abordado en algunas de las páginas de “Irredentas”. A veces se producía como último acto de desesperación, otras para no sucumbir ante el asedio del entramado funcional-católico. Es éste un tema poco estudiado salvo en los trabajos de Conxita Mir en relación con la represión en la posguerra en comarcas rurales catalanas. En el trabajo de Mir, el suicidio tal vez tuviera mucho que ver con aspectos de la presión vecinal, redes de vigilantes /confidentes militantes católicos y la miseria económica a la que se vieron arrastrados todos las víctimas de la represión. En la prisión se a todo ello se añaden aspectos como el no sucumbir ante el régimen, ya que éste pretendió a toda costa transformar la identidad y doblegar las actitudes e ideas de las presas, y para ello utilizó aparte de la tortura tres elementos clave: la alimentación, la higiene y la sanidad. El tema del suicidio introduce un punto en el que investigadores de la represión franquista empiezan a interesarse ahora que empezamos a conocer más y más datos sobre fosas comunes, testimonios, cifras y hechos hasta ahora ocultos o desconocidos. Me refiero a las repercusiones psíquicas y los

mecanismos de defensa adoptados por las víctimas y también por la propia sociedad para afrontar las penalidades de las múltiples pérdidas, humillaciones, torturas físicas y psíquicas que sufrieron cientos de miles de españoles en aquellos largos años. Pienso que no hay muchos trabajos publicados con carácter interdisciplinar (del campo de la antropología, sociología o psicología) que hayan abordado esta cuestión, aunque en Galicia empieza a haber ya voces que desde la disciplina y la profesión de la Historia demandan la realización de los mismos. Desde el campo de la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis hay investigaciones e intervenciones en comunidades y sociedades de Sudamérica y Latinoamérica, en donde la violencia política, exilio, muerte y torturas a manos de las dictaduras de esa zona del planeta han sido constantes. Tal vez de estos trabajos del otro lado del Atlántico podamos extraer experiencias y reflexiones. A modo de ejemplo citar uno de los textos ya “clásicos”³ en el tema: el libro de Maren y Marcelo Viñar

“Fracturas de Memoria. Crónicas para una memoria por venir”, (Uruguay: Ed. Trilce, 1993), libro amparado y gestado en grupos de trabajo de los años 1989-1990 de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS/OMS) sobre Violencia y Salud en América Latina. Del mismo tomamos una cita que habla de la importancia de sacar a la luz y del olvido todas aquellas situaciones de violencia política:

“La tortura moderna del Estado es un serio problema de salud pública. El silencio y el olvido, la indiferencia y la impunidad que reproducen el trágico y lúgubre secreto de la cámara de tortura favorecerán la persistencia y reproducción de este mal endémico. No es ningún ánimo vengativo, sino preventivo el que anima a los que no podemos ni queremos olvidar”. (VIÑAR, 1993).

Hay intervenciones en comunidades y sociedades de Sudamérica y Latinoamérica, en donde la violencia política, exilio, muerte y torturas a manos de las dictaduras de esa zona del planeta han sido constantes.

Completa el libro de Vinyes un Apéndice en el que se da una lista de las Colonias Penitenciarias Militarizadas en 1943, y que está tomado de la Memoria del año 1944 del Patronato de la Merced. Este tema de los campos de concentración y de trabajo, es un aspecto que no domino⁴, sin embargo, sí que señalaré que esta lista del libro de “Irredentas” trae una referencia de Ourense, y que 15 presos eran “contratados” por el Obispado de Ourense para el acondicionamiento del Seminario de Ervedelo. Dicho Seminario celebraba estos días (Enero 2004) su Bicentenario y en los actos organizados para conmemorarlo, presididos por Monseñor Rouco y al que acudieron autoridades locales, provinciales y autonómicas, no se hizo mención alguna a estos presos políticos, pese a que en la prensa local “La Región” en un comunicado de José Cabañas (miembro de la ARMH y ARMH-

Galicia) se señaló la historia de dichos presos políticos y su relación “laboral-penal” con el Seminario... Puede señalarse que es anecdótico, pero tiene un importante valor simbólico en esta historia de connivencia de gran parte de la Iglesia católica española con el fascismo franquista... Una historia por otra parte llena de desencuentros con las víctimas del mismo... Una historia y unos años que a veces parecen alargarse hasta nuestros días, y que libros como este ayudan a no olvidarlos.

Vinyes, en “Irredentas”, consigue colocarse claramente en esa línea de investigación y de pensamiento apuntada recientemente por el filósofo Reyes Mate quien denuncia que vivimos en un estado de excepción latente que olvida a las víctimas, niega la verdad de sus testimonios y mira hacia otro lado. Reyes Mate (con gentes al fondo como Franz Rosenzweig o Primo Levi) anima a repensar la política, la ética y la historia con las miradas de las víctimas. Esta propuesta de recuperar la memoria y la mirada de la víctima es para este filósofo aplicable a todo tipo de situaciones de violencia política o contra el hombre: víctimas de las guerras, Holocausto nazi, presos de Guantánamo, Irak o de Chechenia, inmigrantes Esperamos la publicación futura de nuevos trabajos de Vinyes y de otros autores que ahonden en esa línea de investigación.?

1 Publicado previamente en versión en gallego en revista “DEZ.EME. Revista de Historia e Ciencias Sociais da Fundación Dez de Marzo”, 2004, nº8, marzo 2004, p.78-80.

2 Tomado de texto de Antonio MARTÍN (“La obra nacional de Auxilio Social”), en la página web del dibujante Carlos Giménez: www.carlogimenez.com

3 Se puede consultar en <http://gac-enred-o.org> , la página web del “GAC-Grupo de Acción Comunitaria “Centro de Recursos en Salud Mental y Derechos Humanos”” .

4 Recomendando la lectura de las obras de Javier Rodrigo, o para el caso gallego la de los ourensanos Domingo Rodríguez Teijeiro o Xulio Prada.

La cara oculta de Salvador Dalí

Luis Salvador López Herrero
Editorial Síntesis

Autora

Chús Gómez

Con motivo del centenario de Dalí el mercado se ha inundado de obras referentes al autor así como de eventos varios de todo tipo. Entre todas las obras publicadas Luis Salvador López Herrero, médico de familia y psicoanalista asociado a la sede de la ELP de Madrid ha escrito este libro que fragua con muchos años de latencia la experiencia inaugural que vertebra la narración : su encuentro en Port LLigat cuando todavía es estudiante con Dalí, Gala y el “séquito” que acolchaba al Divino Dalí en sus fiestas y en la vida.

Pese a las divergencias entre psicoanálisis y surrealismo el punto en común de ambos movimientos es el estatuto que conceden a la palabra como “ la dimensión fundamental del espíritu”.

El encuentro, dirigido pese a su entonces transferencia negativa, tal y como él nos comenta, fructificará en un deseo de saber sobre él, sobre el psicoanálisis, sus conexiones con el surrealismo y los encuentros de Dalí con Freud y con Lacan.

“Los surrealistas amantes lectores de Freud y críticos acérrimos del saber psiquiátrico constitucional y degenerativo” usan la locura como instrumento para conocer la realidad aprovechando las ráfagas de la irracionalidad supuesta del loco para convertirla en creación y saber.

Si el interés que el psicoanálisis despertó en lo surrealistas, se cifra en la omnipotencia del deseo, también los psicoanalistas como Freud y Lacan se interesaron por sus concepciones y se coagularon en encuentros personales con influencias para ambos. El nexo de interés tanto para Lacan como para Dalí era la paranoia sobre la que ambos trabajaban guiados por deseos diferentes. Las intuiciones de Dalí sobre el aparato psíquico y la locura fueron después aprehendidas en aforismos lacanianos como : “la psicosis es la

estructura o la psicosis es la normalidad”, Sin que podamos saber quién fue primero en el planteamiento de la hipótesis o en qué medida la respectiva influencia fraguaba en conceptualizaciones de ese estilo.

Es por esto que se trata de un libro que describe con detalle y usando los textos de referencia de psicoanalistas y surrealistas como las intuiciones geniales de unos fructificaron en conceptos psicoanalíticos más tarde referidos a La mujer, el amor, la fuerza creadora del deseo, etc. por otros, pero en definitiva fue un encuentro con consecuencias para ambos como no podía ser de otro modo.

El texto estructurado en 3 partes y 17 capítulos va entretejiendo la vida y obra de Dalí con sus búsquedas, sus lecturas y sobre todo en la construcción del personaje Dalí quién de un modo semejante a Joyce se construye un nombre por medio de su obra.

El autor sostiene la hipótesis de la psicosis de Dalí. Desarrolla extensamente la construcción del método paranoico-crítico “al que él atribuye el éxito del método artístico cosechado, aunque desconociera claramente, el proceso de formación del mismo”, modo que para López Herrero era el modo de mantener a raya el goce que le invadía sin límites.

La presencia estabilizadora de Gala, la elaboración de la suplencia Gala-Dalí que le sostiene en lo imaginario o la feminización del personaje Dalí (empuje a la mujer de Lacan) están explicados en el libro con un afán didáctico de fácil comprensión a través sobre todo de los propios textos del artista.

El libro además de transmitir la pasión que para el autor ejerce el personaje, introduce cantidad de referencias bibliográficas y notas a pie de página que nos aclaran lo que precisa ampliación.

El libro además de transmitir la pasión que para el autor ejerce el personaje, introduce cantidad de referencias bibliográficas y notas a pie de página que nos aclaran lo que precisa ampliación. El caso de Dalí conduce un viaje por los casos paradigmáticos que han servido al psicoanálisis lacaniano para acercarse a la locura sensu estricto como son el caso Joyce y el caso Schreber a modo de pinceladas clínicas.

Ese verano de camping en la zona parece marca un antes y un después en lo que constituirá su recorrido personal por la vida que ya parece nunca será igual.

El texto como él señala al inicio es un libro hecho de encuentros, de fructíferos encuentros, como puede serlo también para todo aquel

lector que sin prejuicios, se deje empapar por un texto, que en mi opinión intenta y creo consigue interesar por el psicoanálisis al público en general con interés por saber sobre el Divino Dalí debido a su decidido afán didáctico.

Evidentemente no se puede pretender establecer diagnósticos a través de las obras de los artistas, para eso están las entrevistas clínicas y la palabra del sujeto, si intentar algunas reflexiones psicoanalíticas en torno por ejemplo al papel que es posible la obra haya podido jugar en la estabilización de ese sujeto. Aquí la vida de Dalí sirve de guía para trazar el recorrido no sólo por la historia del surrealismo y del psicoanálisis sino también ver como se construye una teoría, un armazón para sostenerse en la vida.

Una recomendación: mejor leerlo en la estupenda playa de Port LLigat, en donde el lector imaginariamente se sentirá más atrapado por la historia...es lo que nos queda a los que no podemos ser locos ni geniales, porque ya se sabe: no es loco quién quiere sino quién puede....

“La hija del Ganges”

Asha Miró
RBA Editores

Autor

Ricard Arranz Roig
Psicoanalista. Barcelona.

Asha Miró es fácil de identificar. Es la hija adoptiva de unos padres catalanes empresarios muy conocidos.

Su libro es una vivencia. La vivencia de un sujeto que se pregunta por sus orígenes, la pregunta por el deseo del Otro que la hizo llegar a la vida, y que dejó en ella la impronta y la marca de ese deseo.

La vivencia de un sujeto que se pregunta por sus orígenes, la pregunta por el deseo del Otro que la hizo llegar a la vida, y que dejó en ella la impronta y la marca de ese deseo.

Criada en un orfanato en Bombay, es adoptada a los siete años en Barcelona. A los veintisiete años regresa a la India en busca de respuestas; desconocimiento consciente, pero no inconsciente de una deuda, la deuda de una transmisión por el deseo de vivir.

Allí encuentra el mito sobre sus orígenes. Logra introducir en su subjetividad psíquica la función paterna y materna, ya operando desde el inicio, y que toma forma en el relato de una monja.

El “Che voi?”, ¿qué me quiere el Otro?, estaba implantado y funcionando, una elección por la enseñanza da muestras de ello. La adopción ayuda a poner las vías para el desarrollo de esta elección. Finalmente “après coup”, por retroacción, tras la decisión del viaje a la India, se ubica en su lugar y permite una historización y una producción: el libro mismo.

Podemos rastrear en el relato de la valiente Asha el funcionamiento

de la función paterna y su fundamentación de la estructura psíquica. En primer lugar en el mito mismo del origen, en segundo lugar por la función de las cuidadoras, y en tercer lugar por la posición de los padres adoptivos que permiten este recorrido soportándolo con coraje.

“Me gustaría que este libro fuera mi pequeña aportación para quien se encuentre en unas circunstancias similares a las que hemos vivido mis padres y yo. Surge de la necesidad de explicarme a mí misma y de poner mi experiencia a disposición de aquellas personas a las que pueda ser de utilidad”.

No es el testimonio de un pase, pero sí de un pasaje. Del pasaje de objeto a sujeto, de “infans” a sujeto socializado. Es una versión directa de “La novela familiar del neurótico” de Freud, o del “Mito individual del neurótico” de Lacan. Si bien no hay referencia directa al goce, sí la hay a la angustia; marca de lo que no engaña. Además, es un libro que entra solo, como un sorbo, un trago suave y fácil de digerir. Entonces recomendable.

La psicosis única: Escritos escogidos

Bartolomé Llopis
Fundación Archivos de Neurobiología
Editorial Triacastela, 2003

Autores

Ramón Area, Luis Vila.

En este volumen se incluyen los siguientes trabajos de Llopis:

-La psicosis pelagrosa, la psicopatología general y la nosología psiquiátrica (1940).

-La psicosis única (1954).

-Las ideas de celos de los bebedores (1954).

-Sobre la delusión de los litigantes: dos casos clínicos (1959).

-Sobre la delusión y la paranoia (1961).

Así como otros trabajos incluidos bajo el epígrafe “Otros escritos psiquiátricos”.

La experiencia clínica determinante en su carrera y en su pensamiento fue la asistencia en Madrid, durante la guerra civil, de 118 pacientes afectados de pelagra.

En el estudio introductorio, realizado por José Lázaro, se traza un semblante biográfico de Llopis. Hacia 1928 toma contacto con los que consideró a lo largo de su vida como sus tres grandes maestros: Sanchís Banús, Lafora y Sacristán.

Condenado en la Guerra Civil no fue hasta 1944 cuando se le permitió de nuevo ejercer la medicina. Sus publicaciones fueron, en general, recibidas con

indiferencia en España, sufrió decepciones importantes en su carrera profesional, pero todo ello no le impidió mantener a lo largo de toda su vida un profundo afán de curiosidad y de saber.

La experiencia clínica determinante en su carrera y en su pensamiento fue la asistencia en Madrid, durante la guerra civil, de 118 pacientes afectados de pelagra. A partir de esa experiencia es donde fragua su concepción de la psicosis única.

Afirma:

- Las manifestaciones sintomáticas no solo incluyen las reacciones

exógenas de Bonhoeffer, sino también aquellos estados psíquicos que se delimitan como exógenos.

-los diferentes estados psíquicos no se manifiestan de un modo arbitrario, sino que se pasa por transiciones insensibles de unos a otros en un orden determinado, que corresponde a la gravedad del cuadro.

-la transformación de sensaciones anormales en pseudopercepciones se realiza en virtud del enturbiamiento de conciencia.

Esto último, merece un análisis con más detenimiento. Nos describe Llopis la forma en que los pacientes relatan las anomalías sensoriales (producidas por lesión local) en la pelagra: “como si me mordiera un perro, como una descarga eléctrica” y a partir de ahí establece una progresión del síntoma, afirmando que el enturbiamiento onírico hace desaparecer la vivencia del como sí, esto es, la conciencia de la significación metafórica de sus descripciones de síntomas.

Establece tres fases: como si afirmativo, como si perplejo y como si negativo.

Lo que es una simple representación, es decir, un producto de la propia actividad psíquica, se vive por los enfermos como una percepción, como un contenido dado pasivamente a la conciencia.

Los diferentes estados psíquicos no se manifiestan de un modo arbitrario, sino que se pasa por transiciones insensibles de unos a otros en un orden determinado,

Los contenidos alucinatorios los sustenta en las propias alteraciones de la sensibilidad, es decir, en el caso de la pelagra, en los síndromes parestésico y parestésico-causálgico.

Algunas formulaciones de Frith son similares a las propuestas por Llopis para el paso de representación a alucinación, de la misma manera que consideraciones respecto a los contenidos de las alucinosis por desaferentización.

Llama también la atención que Llopis realice una gradación en gravedad sintomática, y que existan trabajos que relacionen la presencia de alucinaciones cenestésicas en la esquizofrenia con un mal pronóstico: “...conforme avanza el proceso, aumenta la influencia de los estímulos cenestésicos..”.

Su postura es que los síndromes del nivel de conciencia nos señalan el grado de nocividad del proceso psicótico, mientras que los

síndromes del contenido corresponden a posibles localizaciones. Trata también Llopis de relacionar su teoría con la gestalt: "...la percepción del mundo externo es la figura, mientras que la percepción del mundo interno, cenestésico, representa tan solo el fondo oscuro y difuso de aquella figura..."

Con estas premisas, nos aclara qué es lo que entiende por psicosis única:

"Al hablar de psicosis única se quiere expresar que los síntomas son siempre los mismos en las más diversas enfermedades; que el cerebro tiene las mismas respuestas para todas las agresiones.. pero también que entre todas estas respuestas hay una continuidad, una transición insensible, que los diversos cuadros psicóticos no representan más que grados de intensidad del mismo trastorno fundamental".

Apuntamos aquí, dentro del recorrido histórico que realiza por la psicosis única, una frase provocadora que en páginas posteriores aclara:

"ninguna idea delirante es comprensible; si lo fuera, no sería delirante, sino normal".

Al hablar de psicosis única se quiere expresar que los síntomas son siempre los mismos en las más diversas enfermedades; que el cerebro tiene las mismas respuestas para todas las agresiones

Y es que parece de interés si se trata de defender la psicosis única que Llopis opine sobre la distinción de Jaspers que permite la diferenciación entre la esquizofrenia y la paranoia.

En el desarrollo de su concepción de la psicosis única, Llopis diferencia entre síndromes de estado de la conciencia y síndromes de contenido de la conciencia, como se apuntó más atrás. Los trastornos de contenido de la conciencia solo reflejan la situación anormal del propio organismo y por lo tanto no pueden considerarse, en verdad, como trastornos psíquicos: se trata de trastornos en la conciencia pero no trastornos de la conciencia.

Dentro de la cenestesia, considera con especial interés el mundo de los afectos. El sentimiento –dice- no puede ser más que un conocimiento de nosotros mismos, de la reacción de nuestro organismo a la percepción de la noticia. Citando a Vives: "los afectos surgen del cuerpo impresionado". Estos afectos forman parte, en todo caso, de los síndromes de contenido de la conciencia, y para que estos contenidos patológicos primarios se transformen en contenidos psicóticos o secundarios (síndrome del cuadro psíquico)

se necesita una alteración de la conciencia, bajo dos principios fundamentales, que denomina principio de la metáfora o del como sí y principio de la introversión.

El principio del como sí ya se ha descrito anteriormente, baste añadir la reflexión sobre síntomas de despersonalización y desrealización y su relación con las psicosis o algunos síntomas del adormecer descritos en los trabajos sobre las formas incipientes de las psicosis.

Con el principio de la introversión Llopis hace referencia a la progresiva pérdida de contacto de los pacientes con el mundo externo. Desde esta consideración Llopis aborda el problema de la conciencia de realidad en las alucinaciones: “no está justificado hablar de conciencia de realidad en las alucinaciones. Si las alucinaciones se viven como reales es precisamente porque no existe conciencia de la realidad ni de la ficción, porque todos los contenidos psíquicos, sean percepciones o representaciones, con simplemente dados a la conciencia. El problema no está en cómo nace, sino en cómo muere nuestra creencia en la realidad del mundo”. En el texto sobre la paranoia, a partir de estas opiniones formula un aforismo: en la paranoia se ha perdido el concepto de azar del mundo.

Respecto a la fiabilidad de los diagnóstico, nos pone un muy buen ejemplo: “el propio Kraepelin ha reconocido que tenía en su clínica con el diagnóstico de parálisis general progresiva un 30% de enfermos, de los cuales, tras la aparición de la reacción de Wassermann, la serología le dejó tan sólo un 8 o 9%”.

Llopis hace referencia a la progresiva pérdida de contacto de los pacientes con el mundo externo. Desde esta consideración Llopis aborda el problema de la conciencia de realidad en las alucinaciones

Un ejemplo clínico que fundamenta su idea de la progresión de síntomas de la enfermedad lo hallamos en su descripción de las ideas de celos de los bebedores, en la que encuentra un continuum entre los cuadros confusionales, la alucinosis y el delirio. Sin embargo, una compañera nuestra, MJ Recimil, me ha hecho notar alguna vez si no tengo la impresión de que los jóvenes hacen reacciones psicóticas y los ancianos cuadros confusionales, lo que sembraría dudas sobre la dirección de la progresión.

En el trabajo Sobre la delusión de los litigantes, nos aporta un esquema altamente aclarativo:

Cuadro delusivo

Trastorno del estado de la conciencia
Grados diferentes de intensidad
Trastornos del contenido de la conciencia
Contenido afectivo
Talante normal (constitucional)
Talante patológico (psicótico)
Contenido anecdótico
Vivencias normales (biografía personal)
Vivencias patológicas (fenomenología psicótica)

Es en el trabajo Sobre la delusión y la paranoia donde explicita su opinión sobre la noción de comprensibilidad.
En la génesis de los contenidos delusivos –dice Llopis- interviene, por una parte, un estado emocional que a causa de su origen somático primario es inempatizable, afectivamente incomprensible, y por otra, un descenso del nivel de conciencia que permite una proyección de los subjetivo en lo objetivo, a causa de lo cual se rompe la continuidad lógica del vivenciar, que se hace también, por tanto, intelectualmente incomprensible.

En toda delusión se desarrolla un estado emocional, con todo su cortejo de representaciones, y se destruye, más o menos transitoriamente, la capacidad de conocer.

Pone el siguiente ejemplo: “decir que la paranoia es un desarrollo de la personalidad me parece algo así como decir de la cirrosis hepática hipertrófica que es el desarrollo de un hígado”.

Para Llopis, en toda delusión se desarrolla un estado emocional, con todo su cortejo de representaciones, y se destruye, más o menos transitoriamente, la capacidad de conocer, lo que permite que aquellas representaciones se vivan como realidades.

Me gustaría finalizar diciendo que, en este momento, en que existen datos de la investigación biomédica que proponen que la esquizofrenia y el trastorno bipolar podrían ser una sola entidad, quizás sea el momento de reflexionar en qué podría consistir esa unicidad (más allá de los hallazgos únicos del PET).

Una unicidad que parece atentar con la práctica clínica, al administrar diariamente tratamientos diferentes, divergentes, de los

que nos sentimos más o menos seguros, unas veces fundamentándolo en base a una teoría del síntoma de consultorio, otras veces por ensayo y error, otras veces apelando a la existencia real de los síntomas de primer rango.

Si todo esto te produce una cierta perplejidad, quizás sea el momento de leer que entendía Llopis por unicidad (y por psicosis).

Las fronteras del enigma. Ensayo etiopatogénico sobre la anorexia nerviosa

Luis Ferrer i Balsebre. Carlos Castro Dono. A.G.S.M. 2003.

Autores

Ramón Area Carracedo. Luis Vila Pillado

El libro se estructura en dos partes. La primera de ellas es una propuesta etiopatogénica sobre la anorexia nerviosa y la segunda un estudio epidemiológico en el que se pretende demostrar la validez de las hipótesis formuladas.

Nada que decir sobre la segunda, a excepción de insistir en la necesidad de combinar la actividad investigadora con la actividad clínica, de lo cual es un ejemplo todo el libro.

Propuesta etiopatogénica sobre la anorexia nerviosa y un estudio epidemiológico en el que se pretende demostrar la validez de las hipótesis formuladas.

La propuesta etiopatogénica contempla dividir las anorexias en cuatro grupos.

-Anorexia endógena de primer nivel (endocrino-metabólica; nivel molecular).

-Anorexia endógena de segundo nivel (nivel intrapsíquico).

- Anorexia relacional de primer nivel (átomo familiar).

- Anorexia relacional de segundo nivel (o cultural; átomo social).

Los interrogantes que llevan, tras la reflexión, a tal diferenciación, son:

- Aumento de la frecuencia del trastorno.

- Relaciones entre los diferentes trastornos de la adolescencia que se han significado al mismo tiempo.

- Clarificación sobre el porqué es la adolescencia la edad de presentación del trastorno.
- Relación entre esta patología y los cambios que afectan a la sociedad y a la familia.
- Gran disparidad en los resultados de los estudios a medida que se conoce mejor la evolución del trastorno.

La base epistemológica en la que se apoyan es aquella teoría de la realidad que considera imprescindible una definición del nivel de observación, y es desde estos niveles de observación desde el que se diferencian los subtipos propuestos.

Conclusión: además de las conclusiones de los autores, la lectura es productiva, además de los conocimientos aportados, en el sentido que propone nuevos interrogantes. Me atrevería a señalar uno, de tipo epistémico, relativo a las relaciones y dependencias entre los distintos niveles (algo muy teórico, supongo) y otro, de tipo terapéutico, relativo a las repercusiones en los otros niveles tras una intervención en uno de los niveles (algo muy práctico, supongo).

Psicología del terrorismo (La personalidad del terrorista y la patología de sus víctimas)

Francisco Alonso – Fernández. Editorial Massón

Autor

Antonio Domínguez Álvarez. Psicólogo. Vigo.

La guerra. Realmente la guerra. Una guerra extraña, sin duda. Una guerra sin campo de batalla. Una guerra sin línea de frente donde estamos todos, cada uno por su parte y en su piel, una especie de frente por si mismo. Una guerra de un tipo nuevo. Una guerra después de la guerra. Una guerra en la que el adversario permanece sin rostro, inasible. Una guerra por nada. Una guerra nihilista.

Una guerra sin campo de batalla. Una guerra sin línea de frente donde estamos todos, cada uno por su parte y en su piel, una especie de frente por si mismo. Una guerra de un tipo nuevo.

¿Quién puede dudar hoy que estamos, mas que nunca, y sin haberlo querido, en guerra?. Símbolo del sueño, de la civilización, de los democráticos. Hoy, la otra encarnación del sueño. Otra añagaza. Feas sorpresas en perspectiva. Hombres sin importancia colectiva ni cualidades. Golpear a bulto. Es decir, en cierto modo, en el vacío. O en el vacío, en todo caso, de lo que antes se llamaba ideología. Sin palabras. Sin mensaje. Solo los genios descubren el alma noble o aviesa del que les da la mano con solo chocarla por primera vez. Hay manos blandas, sudadas, posesivas, amigables, correosas, crujientes, espontáneas: algunas adoptan la forma de cazo desde el primer saludo, otras ya tienen el hueco dispuesto para el mango del puñal.

De súbito, todo se ha quedado antiguo: el periódico; el café con leche; el libro abierto. Todo se ha vuelto viejo cuando he encendido la radio. Se ha suspendido el destino. En los diccionarios de antónimos no viene ninguna palabra de significado opuesto a destino, pero su contrario es una masacre. Todo se ha quedado antiguo de repente: los adverbios; la humedad relativa del aire. Somos un tejido desgarrado, lleno de hebras sueltas, cuyos muñones

quiebran las proporciones de la trama. Ojalá que no se haya quedado viejo el sentido común.

Terroristas: bulimia de poder y anorexia moral. Víctimas: de la conjetura al gesto, de éste a la palabra y, por fin, el tránsito mas arduo: de la palabra al acto. Mirarán el pasado solo de pasada.
SU FRACASO DEMUESTRA QUE SU DESEO NO ERA TAN FUERTE.

Fundamentos de psicopatología psicoanalítica

Jose María Alvarez, Ramón Esteban, François Sauvagnat
Edt. Síntesis, 2004

Autor

José R. Eiras
“Un libro necesario”

El deseo manifiesto de los autores se cumple en este libro: producir un debate entre la psicopatología psiquiátrica y la psicopatología psicoanalítica que permite fundamentar un saber más riguroso y preciso del *pathos* subjetivo. Sin duda, va a ser un libro necesario en la biblioteca de psicoanalistas, psicólogos clínicos, psiquiatras y de todo aquel que quiera acercarse hoy a los saberes sobre el sufrimiento psíquico.

Debate entre la psicopatología psiquiátrica y la psicopatología psicoanalítica que permite fundamentar un saber más riguroso y preciso del pathos subjetivo.

La prisa de la lectura debido a la urgencia de la reseña me permitió ver que el texto, a pesar de su extensión (760 páginas), es fácil de leer: en un libro claro y honesto, escrito en un hermoso castellano, en donde sin duda se ve la mano de José María Álvarez, y que está bien conceptualizado; cuando los autores sienten que el rigor no está a la altura que ellos mismos imponen, un “*grosso modo*” advierte al lector que ellos tampoco están conformes. La omisión de referencias bibliográficas y notas a pie de página no es en este caso un pecado, sino un acierto que facilita la lectura. Es un libro que nos promete una continuación, sabemos que *Estructuras clínicas y clínica diferencial en psicopatología psicoanalítica* es ya una obra que está en camino y que les permitirá sin duda continuar este valiente esfuerzo; gran esfuerzo de lectura y gran esfuerzo de escritura, que sin embargo no hace de este libro un libro erudito ni un canon psicopatológico, sino un libro escrito con pasión, una interpretación: “una herramienta epistemológica, es decir, un instrumento interpretativo que nos permite captar la coherencia entre el discurso y la práctica”.

Antes y después de Freud

Los autores encuentran una definición novedosa de psicopatología: aquello que conjuga escucha y observación, pero al mismo tiempo lo que ponen de manifiesto es algo que parecería sorprendente el que tenga que ser repetido: que para conjugar escucha y observación es necesario Freud. Las precisas lecturas de la psicopatología clásica nos muestran, así, que Freud, al “fundamentar una psicología nueva, permite leer lo normal y lo patológico... e ilumina lo que era hasta entonces un ‘borroso paisaje prefreudiano’... “para conseguir sus propósitos, Freud se valió de la terminología al uso en su tiempo: neurosis, psicosis, neuropsicosis, paranoia, histeria, fobia, etc. Pero estas categorías –y otras de su invención, como la *Zwangsneurose* o neurosis obsesiva– quedaron absolutamente trastocadas por su genio. Es preciso resaltar una y otra vez que el conjunto de la nosografía mental debe a Freud su conjunción y coherencia. Quien quiera percatarse de estos hechos no tiene más que desempolvar los tratados, las monografías y los artículos de nuestros clásicos para comprobar el desaguisado, taxonómico que precede a las elaboraciones freudianas”.

La psicopatología así entendida, como lo que conjuga la escucha y la observación, indica claramente que estamos en el registro de la interpretación, es decir, en el registro pasional. Aunque el texto está explicado más desde el saber psicoanalítico que desde la práctica psicoanalítica, la dimensión de la interpretación es manifiesta en la búsqueda de la causa, y prolonga así el esfuerzo freudiano en tanto que método epistemoerótico.

Aunque el texto está explicado más desde el saber psicoanalítico que desde la práctica psicoanalítica, la dimensión de la interpretación es manifiesta en la búsqueda de la causa

No dejan de denunciar los autores la falsa ventana que abre el supuesto rigor científico de las DSM's y otras modernas clasificaciones que intentan transformar la historia clínica en un protocolo donde el ordenador vendría a sustituir el saber y el deseo del clínico, evitando así una ética de las consecuencias. La historia del sujeto incluye su sexo, su biografía, sus experiencias vitales, sus recuerdos, pero también sus olvidos: lo no realizado y lo que sin saber se repite en cada síntoma: el inconsciente.

En el momento en el que la psiquiatría se medicaliza, este libro reintegra su especificidad al campo del sufrimiento psíquico y nos da los fundamentos que nos permiten poder leerlo: continúan el esfuerzo de Freud para constituir un saber que sigue siendo escandaloso: los síntomas, como los sueños, tienen sentido. Si

Freud, en este movimiento, arrancó el síntoma al saber médico e hizo del sueño, del lapsus, del acto fallido y del chiste el modelo para entender la lógica del síntoma, es necesario volver a decirlo, porque si no el psicoanálisis corre el riesgo de ser un síntoma olvidado.

Las estructuras clínicas de Lacan

Bajo este epígrafe los autores nos muestran cómo Lacan da un salto al mismo tiempo que un retorno a Freud, y paralelamente podríamos decir que saca al psicoanálisis de su borroso posfreudiano. Lacan, a lo largo de su enseñanza, nos da la lógica del síntoma, de su función: el síntoma es lo que confiere al sujeto su identidad.

Lacan, al ser conducido a reexaminar la acción del inconsciente como estructurado como un lenguaje, nos dice tres cosas: uno, que el inconsciente se estructura, que no es un saco lleno de cosas heteróclitas e independientes, sino que está estructurado por elementos que componen un sistema. Dos, que el inconsciente es lenguaje, es decir, que esos elementos son elementos del lenguaje, y tres, que condicionan un fenómeno: el sentido: que el inconsciente es descifrable como una estrategia de sentido.

Para Lacan interpretar sirve para liberarnos de la angustia del síntoma, no para ser más conscientes, sino para despertar del sueño del inconsciente,

Un paso más de Lacan, también señalado en este libro, trastoca el lenguaje en la lengua (una sola palabra), la lengua materna. El sentido aparece ahora como algo que fluye, que no se puede atrapar, que siempre se escapa. Las leyes del significante ya no son las metáforas ni metonimias, sino el equívoco: la fuga del sentido. El querer decir se transforma en querer gozar y es el equívoco como interpretación lo único que tenemos contra el síntoma, que es al mismo tiempo defensa, pero también nuestro enganche con la realidad: y Lacan también nos escandaliza al considerar que la realidad no es abordada por los aparatos de la percepción, ni por los aparatos de la representación, ni por los aparatos de la conciencia, sino por el síntoma como aparato de goce. Para Lacan interpretar sirve para liberarnos de la angustia del síntoma, no para ser más conscientes, sino para despertar del sueño del inconsciente,

Sin duda hay que agradecer y felicitar a los autores de este libro por su esfuerzo de claridad. Esperamos con impaciencia la continuación anunciada.

Normas de publicación

Información para los autores

SISO/SAUDE considerará para su publicación trabajos en castellano y/o gallego relacionados directamente con la Psiquiatría, la Psicología Clínica y los de disciplinas afines que sean relevantes para aquella, no aceptándose manuscritos que ya hayan sido publicados o presentados para publicación en otra revista. Las normas siguen las recomendaciones generales del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.

Tipos de artículo

1. Editorial. Artículo breve, generalmente encargado por el Consejo Editorial, en el que la Revista toma una posición (informa, comenta, critica o discrepa) acerca de un tema científico de actualidad. Las editoriales irán firmadas por su autor pero se entiende que el Consejo Editorial está de acuerdo con su publicación.

2. Originales. Trabajos de investigación que han de cumplir dos requisitos básicos (además de los usuales de formato, redacción, orden y presentación de datos, etc.): aportar algo nuevo a un aspecto concreto del conocimiento psicopatológico o psiquiátrico y ser dicha aportación de suficiente relevancia. Su extensión no será superior a las 5.000 palabras incluyendo resumen, tablas, gráficos y bibliografía y, como regla general, se recomienda que el número de firmantes no sea superior a seis.

3. Revisiones. Artículos que abordan en profundidad la puesta al día crítica de un tema monográfico, redactado por un especialista en el mismo. Las revisiones se hacen a veces por encargo. Su extensión no deberá superar las 7.500 palabras.

4. Artículos especiales. Sección “A propósito de...”, “A Velas vir”, “Os eventos...”. Trabajos de interés sobre temas psiquiátricos o de disciplinas afines que por sus características no encajan como originales ni como revisiones. Salvo casos excepcionales se realizarán también por encargo a la Revista y podrán organizarse como “Series” que serán oportunamente presentadas.

5. Casos clínicos/Comunicaciones breves. Presentaciones concisas, de extensión total no superior a 1.500 palabras, que anticipan resultados de una investigación en curso o plantean casos clínicos de interés.

6. Cartas al Director. Sección en la que se recogen observaciones, respuestas y críticas a trabajos publicados, observaciones metodológicas, casos clínicos atípicos, observaciones clínicas o terapéuticas, efectos adversos de tratamientos no referidos o excepcionales, etc. Su extensión total no superará las 500 palabras.

7. Crítica de libros. Los libros para reseña serán remitidos al Redactor Jefe de la Revista, quien solicitará su revisión a algún miembro del Comité de Expertos o a quien considere oportuno. Todos los trabajos serán revisados de manera anónima por dos miembros del Comité de Expertos de la Revista (Lectores anónimos) que informarán al Comité de Publicaciones sobre la conveniencia o no de su publicación, de acuerdo con los criterios establecidos por éste para cada sección. El Comité de Publicaciones se reserva el derecho de publicar o no un original, así

como el momento de hacerlo; también se reserva el derecho a realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación. Que quedarán como propiedad permanente de **SISO/SAUDE** y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso escrito de la misma.

En los trabajos realizados con pacientes los autores tomarán las medidas necesarias para preservar su anonimato e intimidad. Si se trata de trabajos experimentales es necesario incluir de manera explícita que se ha obtenido el consentimiento informado de los sujetos o sus tutores legales tras la explicación de los procedimientos que se van a utilizar.

Requisitos de los manuscritos

Se enviarán al Director de Publicaciones de SISO/SAUDE, 3 copias mecanografiadas a doble espacio en hojas DIN A4 (210 x 297 mm) numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho, acompañada de una versión en diskette 3.5" empleando un procesador de texto en versión compatible IBM o Macintosh.

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. Primera página, que incluirá por orden los siguientes datos: títulos del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el centro de trabajo; dirección para correspondencia, y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. La Revista considera que el autor de un trabajo es quien haya tenido una participación relevante en el diseño, realización del trabajo, redacción y aprobación final del mismo. Los restantes participantes se harán constar, previo acuerdo por escrito de los interesados, en el apartado de Agradecimientos.

2. Resumen, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (Fundamento, Métodos, Resultados y Conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave para la indexación en los repertorios bibliográficos. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

3. Texto, que conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema: Originales; Introducción; Observación clínica (o Métodos y Resultados), y Discusión.

4. Agradecimientos. En los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

5. Referencias bibliográficas. Se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. Podrá ir acompañado del nombre del autor o autores si son uno o dos, debiendo mencionarse el primero seguido de la expresión et al, si son más. La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas en los documentos originales y especificar claramente las páginas inicial y final de la cita. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una "comunicación personal". Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión "(en prensa)" tras el nombre de la publicación. Los nombres de las publicaciones se abreviarán según el estilo empleado en el Index Medicus; en caso de tratarse de una publicación no incluida

en dicho repertorio se pondrá su nombre completo. Se hará constar el nombre de todos los autores y se seguirá el estilo de los siguientes ejemplos:

Ejemplo 1: Artículo de revista

Sacristán JM, Germain J. Rodríguez Arias B. Psiquiatría práctica e higiene mental. Archivos de Neurobiología 1930; 10(4); 325-415. (La indicación del nº entre paréntesis es opcional en aquellas revistas que lleven paginación correlativa a lo largo de todo el volumen; en caso de ser varios autores se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número se añadirá et al., poniendo el (los) apellidos seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto al final, antes de pasar al título).

Ejemplo 2: libro

Mira y López E. Manual de Psiquiatría. Barcelona: Salvat, 1935

Ejemplo 3: Capítulo de libro

Valenciano L. La tesis de la psicosis única en la actualidad. En: Llopis B. Introducción dialéctica a la psicopatología. Madrid; Morata, 1970; 113-59.

6. Tablas y gráficas. Se presentarán en hojas aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (Tabla x; figura x) con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o gráfica por hoja.

Los manuscritos irán acompañados de una carta de presentación en la que se incluirá la dirección, teléfono y fax de contacto para los temas relativos a la publicación. En la misma se expondrá también la existencia de intereses en la financiación del trabajo (patrocinio por entidades públicas o privadas, laboratorios, etc), quedando a criterio del Comité de Publicaciones la decisión sobre la conveniencia de su publicación. No se devuelven originales ni se mantiene correspondencia sobre los trabajos no aceptados por el Comité de Publicaciones. Para una información más detallada, consulten Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas. Med. Clin (Barc) 1991; 181-6 o Puerta López-Cózar JL, Mauri Más A. Manual para la redacción, traducción y publicación de textos médicos. Barcelona: Masson, 1995: 1-15.

El comité de redacción de la revista no se hace responsable de los puntos de vista y afirmaciones expresadas por los autores en sus artículos.

Envío trabajos:

Chús Gómez
C. Salud Mental-Avda. Galicia, 77.
Monforte-Lugo CP27400
Tfno: 982 404 611. Fax: 982 411 200
mariajesus.gomez.rodriguez@sergas.es

o bien a

Revista SISO/SAUDE.
Congrega, S.L.
C/ Rosalía de Castro, 13. 1º izda.
15004 A Coruña



Solicitud de inscripción na AGSM

Apelidos-----

Nome -----**N.I.F.**-----

Profesión ----- **Cargo** -----

Enderezo profesional -----

Teléfono profesional -----**Fax profesional** -----

Enderezo particular-----

Teléfono particular----- **Fax particular** -----

Correo electrónico-----

Socios que avalan a solicitude:

1. Nome, apelidos e firma-----

2. Nome, apelidos e firma-----

Declaración:

Comprométome a aceptar e respectar os estatutos da Asociación Galega de Saude Mental.

Data _____

Sinatura do solicitante



(Nome e apelidos do/a titular da c/c)

(domicilio)
-----de -----de 200-----
Sr./a Director/a do Banco-----
Axencia-----Dirección postal-----
CP-----Población-----
Solicítolle dispoña o necesario para que a partir da data presente se abonen co cargo a miña (1)
c/c-----ou Cartilla de Aforros-----

nesa Entidade Bancaria os recibos de Asociado/a de D./Dña-----

da Asociación Galega de Saude Mental.

Agradecéndolle a súa atención saúdalle atentamente

(firma do/a titular da c/c)

(1) Táchese o que non proceda

Nº asociado/a

(Nome e apelidos do/a titular da c/c)

(domicilio)
-----de -----de 200-----
Sr./a Director/a do Banco-----
Axencia-----Dirección postal-----
CP-----Población-----
Solicítolle dispoña o necesario para que a partir da data presente se abonen co cargo a miña (1)
c/c-----ou Cartilla de Aforros-----

nesa Entidade Bancaria os recibos de Asociado/a de D./Dña-----

da Asociación Galega de Saude Mental.

Agradecéndolle a súa atención saúdalle atentamente

(firma do/a titular da c/c)

(1) Táchese o que non proceda

Nº asociado/a