

VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA
145

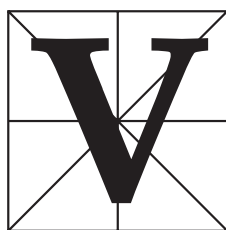


CORRIENTES ACTUALES DEL PENSAMIENTO PSICOSOMÁTICO

Bonet / Chiozza / Fischbein / Korosteleva / Linder / Merkle / Ulnik

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XXX – Nº 145 Mayo – Junio 2019 – ISSN 0327-6139 – Buenos Aires



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

145

Director:
Juan Carlos Stagnaro
Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert
Secretario:
Martín Nemirovsky

Comité Científico

ARGENTINA: F. Álvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablón Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, A. Ravenna, E. Rodríguez Echandía, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, P. Zöpke Austria: P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz. **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** H. Casarotti, A. Lista, E. Probst. **VENEZUELA:** C. Rojas Malpica.

Comité Editorial

Martín Agrest (Proyecto Suma); Patricio Alba (Hospital "Torcuato de Alvear"); Norberto Aldo Conti (Hospital "José T. Borda"); Juan Costa (Centro de Atención Primaria CeSAC 24, GCBA); Gabriela S. Jufe (Hospital "Torcuato de Alvear"); Eduardo Leiderman (Universidad de Palermo); Santiago Levín (Universidad de Bs. As.); Daniel Matusevich (Hospital Italiano de Bs. As.); Alexis Mussa (Medicus); Martín Nemirovsky (Proyecto Suma); Federico Rebok (Hospital "Braulio A. Moyano"); Esteban Toro Martínez (Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación); Hugo Pisa (Consultor independiente); Fabián Triskier (Consultor independiente); Ernesto Wahlberg (Consultor independiente); Silvia Wikinski (CONICET).

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C. T. García); N. Conti (Hosp. J. T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); M. Outes (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. L. Tuñón. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artiles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

El objetivo de la revista VERTEX es difundir los conocimientos actuales en el área de Salud Mental y promover el intercambio y la reflexión acerca de la manera en que dichos conocimientos modifican el corpus teórico en que se basa la práctica clínica de los profesionales de dicho conjunto disciplinario.

Informes y correspondencia:
VERTEX, Moreno 1785, piso 5
(1093), Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: 54(11)4383-5291
E-mail: editorial@polemos.com.ar
www.editorialpolemos.com.ar

Corrección técnica de textos:
Natalia Fuertes

En Europa: Correspondencia
Informes y Suscripciones
Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22
Fax.: (33-1) 43.43.24.64
E-mail: wintreb@easynet.fr

Impreso en:
Imprenta Ya,
Av. Mitre 1761 - Florida
Buenos Aires, Argentina

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXX Nro. 145 MAYO_JUNIO 2019

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

* **Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.**

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

SUMARIO

VERTEX
*Revista Argentina
de Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

Indizada en el
acopio bibliográfico
*"Literatura
Latinoamericana
en Ciencias de la
Salud"* (LILACS)
y MEDLINE.

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com.ar

Ilustración de tapa
AUTORA: María Laura Roca
laura.rocavoche@hotmail.com
NOMBRE: Peperina
Técnica mixta | Año: 2017

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

• **Estudio comparativo de la continuidad de tratamiento entre pacientes con trastorno por consumo de sustancias y pacientes con patología dual del Hospital J. A. Fernández, Argentina**
Marina Riso, Adriana Verónica Bulacia,
María Cecilia Castelluccio, Pascual Valdez pág. 165

• **Aspectos a considerar para la elección del tratamiento antidepresivo en la depresión unipolar**
Sergio Halsband, Rubén Barenbaum, Gonzalo E. Barbosa Eyler pág. 172

DOSSIER

CORRIENTES ACTUALES DEL PENSAMIENTO PSICOSOMÁTICO pág. 182

• **Breve revisión de cuatro mecanismos fisiopatológicos claves para la Medicina Psicosomática**
José Bonet pág. 185

• **Percepción, marca y representación: tres puntos cardinales para orientar una teoría y una práctica psicossomáticas**
Jorge C. Ulnik pág. 195

• **La historia que se oculta en el cuerpo (Fundamentos para una psicossomatología psicoanalítica)**
Luis Chiozza pág. 204

• **Del cuerpo a la mente: Un acercamiento psicoanalítico a los pacientes con dolor crónico**
Wolfgang Merkle pág. 213

• **Del acto al acontecimiento somático, historia, construcción y *Nachträglichkeit***
José E. Fischbein pág. 220

• **Lo psicossomático en el mundo. Entrevista a Irina Korosteleva (Rusia) y Michael Dennis Linder (Italia, Austria, Israel)**
Jorge C. Ulnik pág. 228

EL RESCATE Y LA MEMORIA

• **Reflexiones para una Psiquiatría Crítica:**
Georges Lantéri-Laura
Norberto Aldo Conti pág. 232

• **Psiquiatría Fenomenológica. Fundamentos Filosóficos**
Georges Lantéri-Laura pág. 234

LECTURAS Y SEÑALES

• **Asesorías en salud. Aportes desde el campo de la salud mental**
Daniel Matusevich pág. 239

EDITORIAL



l principio que afirma que la investigación en ciencia y tecnología desempeña un papel sustancial en el crecimiento económico sostenible de un país, es decir, en el aumento del empleo y el nivel de bienestar de los ciudadanos, está suficientemente consensuado a nivel mundial. Las políticas de Estado, dirigidas a dar sustento material a los investigadores y a sus requerimientos

para llevar adelante sus tareas, es decir, los presupuestos públicos en ciencia e investigación expresados en salarios y subsidios, son insumos indispensables para lograr esos objetivos nacionales. Además, las estrategias a largo plazo para alcanzarlos comienzan desde los niveles de la educación primaria, secundaria y terciaria hasta los de las especializaciones más avanzadas y complejas del quehacer científico. Toda esa cadena de estamentos educativos y de oportunidades formativas presentan un grave y progresivo deterioro en nuestro país en los últimos años.

Fernando Pitossi, bioquímico (UBA) e investigador principal del Conicet, que en la actualidad está a cargo del Laboratorio de Terapias Regenerativas y Protectoras del Sistema Nervioso del Instituto Leloir, en recientes declaraciones denunció que “de manera cotidiana sufrimos un problema de financiamiento muy fuerte”, y que es preocupante mantener y acrecentar la masa crítica necesaria de los investigadores jóvenes, ya que “resulta muy difícil retenerlos porque cada vez cuesta más hallar un futuro para ofrecerles. La desmotivación en estos jóvenes hipercalificados comienza a calar hondo, muchos deciden dedicarse a otra cosa y otros, que tienen una vocación muy fuerte, emigran con la esperanza de volver cuando la cosa vuelva a estar mejor... Muchos están pensando en irse y algunos ya se están yendo” (Página 12, 12/06/19). En efecto, desde fines de 2015 las estructuras de ciencia y tecnología sufrieron retrocesos institucionales y ajustes presupuestarios en todos sus órdenes. En la actualidad el porcentaje del PBI para el área es de 0,25 aunque el objetivo de mínima debería alcanzar el 1%. La realidad indica que el actual gobierno no prioriza este sector como parte de su agenda de políticas públicas.

En el extremo opuesto se verifica el mismo desinterés: según un estudio realizado por Unicef y el Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (Cippec), los niños más pequeños que viven lejos de las ciudades y provienen de familias con menores ingresos tienen menos posibilidades de asistir al nivel inicial, es decir, jardín maternal y de infantes. De acuerdo con el Mapa de la Educación Inicial en Argentina, “existen fuertes desigualdades en el acceso de los niños y niñas de 0 a 5 años a la educación inicial, la dotación de los equipos docentes es dispar, y las currículas están desactualizadas”. En primer lugar, cuanto más pequeños son los niños, menos asisten a la escuela: a nivel nacional la tasa de matriculación en niños de 5 años es del 96,1%; en sala de 4 es de 84,6%; en sala de 3 es de 40,6% y en menores de un año apenas llega al 0,7%. Además, que la asistencia a establecimientos educativos varía según el nivel socioeconómico de los niños: sólo el 4 % de niños de 2 años provenientes de familias de bajos recursos pueden concurrir a una institución de crianza, enseñanza y cuidado. Asimismo, la oferta de escuelas es más reducida para quienes viven lejos de centros urbanos. Según el estudio, y solo el 40% de las escuelas rurales ofrece sala de 3 y el 6% jardín maternal.

De continuar estas políticas educativas un panorama sombrío se cierne sobre la independencia tecnológica posible y el desarrollo argentinos. Esa situación requiere un energético e inmediato cambio para evitar ese futuro. ■

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

MÉTODO DE ARBITRAJE

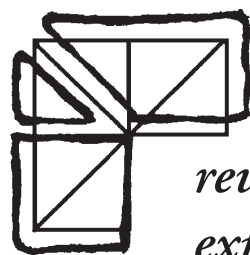
Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando hay discrepancias entre ambos árbitros, se solicita la opinión de un tercero. Si la opinión de los árbitros los exige, se pueden solicitar modificaciones al manuscrito enviado, en cuyo caso la aceptación definitiva del trabajo está supeditada a la realización de los cambios solicitados. Cuando las discrepancias entre los árbitros resultan irreconciliables, el Director de VERTEX toma la decisión final acerca de la publicación o rechazo del manuscrito.

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2019

Vertex 143 / Enero - Febrero
PERSPECTIVAS EN
PSICOFARMACOLOGÍA

Vertex 144 / Marzo - Abril
TESIS ARGENTINAS DE PSIQUIATRÍA
DE FINES DEL SIGLO XIX

Vertex 145 / Mayo-Junio
CORRIENTES ACTUALES DEL
PENSAMIENTO PSICOSOMÁTICO



*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Estudio comparativo de la continuidad de tratamiento entre pacientes con trastorno por consumo de sustancias y pacientes con patología dual del Hospital J. A. Fernández, Argentina

Marina Risso ^{1,2,3}, Adriana Verónica Bulacia ^{2,3,4,5},
María Cecilia Castelluccio ^{2,6,7,8}, Pascual Valdez ^{9,10,11,12,13}

1. Médica especialista en Toxicología y Clínica Médica.
2. División Toxicología del Hospital Fernández.
3. Docente Adscripta de la Facultad de Medicina, UBA.
4. Médica Psiquiatra.
5. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental en carrera de Grado y postgrado.
6. Lic. en Psicología.
7. Magister en Psicoanálisis (UBA).
8. Especialista en Clínica de Adultos (Colegio de Psicólogos. C. S. de la Prov. de Buenos Aires).
9. Médico especialista en Clínica Médica, Terapia Intensiva, Emergentología.
10. Hospital Vélez Sarsfield.
11. Profesor titular de Medicina Interna, UBA.
12. Profesor Adjunto carrera de Medicina UNLAM.
13. Doctor de la Universidad de Buenos Aires.

E-mail: marinarisso@intramed.net

Resumen

Los estudios epidemiológicos sobre patología dual revelan que estos pacientes presentan una menor adherencia al tratamiento y peor evolución que los no duales. Sin embargo, la mayoría de los estudios provienen de centros de salud mental y no de centros de adicciones y son escasos los estudios locales. Nuestro propósito fue comparar la continuidad en el tratamiento para adicciones entre los pacientes con y sin psicosis asociada. Se realizó una revisión retrospectiva, observacional, longitudinal y analítica de las historias clínicas de los pacientes que asistimos en el hospital a lo largo de un año. Se halló una continuidad de tratamiento en pacientes con trastorno psicótico asociado al 1°, 3° y 6° mes, del 70%, el 44,44% y el 22,22% respectivamente y del 69%, el 32,71% y el 14,84% en los pacientes sin psicosis. Las diferencias observadas en la mayor continuidad en el tratamiento en los pacientes con psicosis no son estadísticamente significativas ($p=0.91$; $p=0.86$ y $p=0.53$ al 1°, 3° y 6° mes, respectivamente). Contrariamente a lo que refiere la bibliografía especializada en patología dual, en nuestra experiencia clínica los pacientes psicóticos con trastornos por dependencia de sustancias no tienen menor continuidad en el tratamiento que los no psicóticos.

Palabras claves: Patología dual - Adherencia - Psicosis - Adicción.

COMPARATIVE STUDY OF CONTINUITY OF TREATMENT BETWEEN PATIENTS WITH SUBSTANCE USE DISORDER AND PATIENTS WITH DUAL PATHOLOGY IN FERNÁNDEZ HOSPITAL, ARGENTINA

Abstract

Epidemiological studies on dual pathology reveal that these patients have less adherence to treatment and worse evolution than non-dual patients. However, most of the studies come from mental health centers and not from addiction centers, and local studies are scarce. Our purpose was to compare the continuity in the treatment for addiction between patients with and without associated psychosis. A retrospective, observational, longitudinal and analytical review of the clinical records of the patients we attended in the hospital over a year was conducted. We found a continuity of treatment in patients with psychotic disorder associated with the 1st, 3rd and 6th month, 70%, 44.44% and 22.22% respectively and 69%, 32.71 % and 14.84% in patients without psychosis. The differences observed in the greater continuity in the treatment in patients with psychosis are not statistically significant ($p = 0.91$, $p = 0.86$ and $p = 0.53$ at the 1st, 3rd and 6th month, respectively). Contrary to the current bibliography in dual pathology, in our clinical experience, psychotic patients with substance dependence disorders have no less continuity in treatment than non-psychotic patients.

Keywords: Dual pathology - Adherence - Psychosis - Addiction.

Introducción

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Los principales tipos de ENT son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes.

En un documento de 2017 la OMS señala que existe una necesidad crucial de prevenir y tratar los trastornos mentales como una parte integral de las medidas contra las enfermedades no transmisibles (1), dado que los trastornos mentales -incluyendo depresión, psicosis y conductas adictivas- suponen una enorme carga de morbilidad en las sociedades, tanto por sí mismas, por ser enfermedades crónicas, como por el impacto negativo sobre otras ENT.

Los trastornos por consumo de sustancias, en particular a partir del conocimiento de las bases neurobiológicas que subyacen a la persistente vulnerabilidad a la recaída, y las consecuencias biopsicosociales del consumo, se entienden como enfermedad crónica (2).

Durante tiempo en el campo de las adicciones, se ha prestado atención casi en exclusiva a las enfermedades infecciosas, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus de la hepatitis C. En la actualidad, uno de los temas que genera más preocupación es la detección y tratamiento de los trastornos mentales asociados. Esta asociación, también denominada patología dual, ha ido adquiriendo mayor importancia a medida que han ido apareciendo estudios epidemiológicos y clínicos en los que se observa su elevada prevalencia, así como la mayor gravedad clínica y social, su peor pronóstico y su elevado costo sanitario (3,4).

La *patología dual* (PD), o comorbilidad, representa la asociación de dos situaciones clínicas en una misma persona: la presencia de un trastorno psiquiátrico por un lado y el uso patológico de drogas por otro. Esta asociación ocurre con mayor frecuencia de lo que el azar podría predecir y puede ocurrir en forma secuencial o simultánea (5). Los pacientes con trastornos psiquiátri-

cos son más vulnerables a desarrollar dependencia a sustancias, y viceversa.

La prevalencia de vida de un trastorno por consumo de sustancias en las personas que padecen esquizofrenia es del 47%, una tasa 3 veces superior a la de la población general (6).

Esta asociación conlleva un riesgo más alto de recaídas y hospitalizaciones (7), incremento de la intensidad de los síntomas, más violencia (8,9), niveles más altos de necesidades básicas insatisfechas y menor adherencia terapéutica (10), comparado con pacientes psicóticos que no consumen sustancias. Además, se registra mayor riesgo de problemas médicos como infección por VIH (dicha asociación es denominada patología triple), mayor uso de servicios de atención de urgencias e incremento de los costos asistenciales (11,12).

La adherencia terapéutica es uno de los aspectos centrales para la recuperación de la salud y la limitación de las consecuencias de todas las ENT (13). La baja adherencia es un elemento de especial relevancia clínica. Se trata de uno de los principales problemas que presentan los pacientes con trastornos por uso de sustancias, con otros trastornos psiquiátricos y con trastornos duales (14-16).

La continuidad y mayor duración de los tratamientos está asociada a mejores resultados en la abstinencia (17-19). Sin embargo, los estudios de adherencia en drogodependencias son escasos y difíciles de realizar debido a las dificultades que presentan este tipo de pacientes para mantenerse en contacto de forma regular con los servicios sanitarios y el frecuente abandono y posterior reinicio de los tratamientos ambulatorios (20).

Roncero y colaboradores siguieron a 72 pacientes que fueron derivados desde la guardia por trastornos por consumo de sustancias, valorando su posterior vinculación al centro y la adherencia el siguiente año. Un 33,4% de ellos no solicitaron visita. De los que la solicitaron, un 20,83% no acudieron. Un 47,37% de los que acudieron a la primera visita abandonaron antes de los 12 meses. Estas dificultades de adherencia al tratamiento de los pacientes con trastorno por uso de sustancias fueron independientes de la accesibilidad, del tipo de droga y la época de derivación (21). No se comparó la conti-

nidad de tratamiento entre pacientes adictos con y sin patología dual.

En 2007, en España, se hizo un estudio sobre la percepción de los profesionales sobre la adherencia en patología dual, donde los encuestados creen que un 29.8% incumplen y 39.15% cumplen parcialmente (22).

Los estudios epidemiológicos sobre PD son muy heterogéneos. La mayoría están focalizados en un trastorno mental concreto o bien en el consumo de una sustancia psicoactiva concreta y el entorno asistencial en el que se han llevado a cabo son muy variados (3). La comorbilidad entre psicosis y trastorno por uso de sustancias es de las más relevantes dentro del espectro de la patología dual por la gravedad clínica y sus repercusiones sociosanitarias. La mayoría de los estudios sobre el pronóstico y evolución de los pacientes psicóticos con trastorno por uso de sustancias (TUS) se realizan en centros de salud mental y no en centros de adicciones. A su vez, son escasos los estudios locales de estas características.

En el dispositivo interdisciplinario de asistencia a las adicciones en el que trabajamos, no teníamos la impresión de que los pacientes duales tuvieran tan baja adherencia. Se realizó el presente trabajo como aproximación estadística inicial al problema observado. El dispositivo tiene las siguientes características: funciona dentro de un hospital general de agudos, cuenta con un área de urgencias, una sala de desintoxicación y una de consultorio externo a partir de la cual se elaboró el trabajo. Está integrado por profesionales toxicólogos, psiquiatras, psicólogos y un trabajador social. Los pacientes son adultos, concurren voluntariamente y no se requiere de acompañamiento familiar para su admisión, la cual es diaria y espontánea. La duración del tratamiento no tiene un tiempo fijo preestablecido y se incluyen pacientes que cumplan criterios diagnósticos de TUS, con y sin trastornos psiquiátricos asociados.

El objetivo del presente estudio fue comparar, en forma retrospectiva en la historia clínica, la continuidad en el tratamiento en la División Toxicología del Hospital Fernández de los pacientes con y sin psicosis asociada. Como objetivos secundarios se evaluaron la frecuencia de psicosis en los pacientes consultantes y la distribución de la droga de preferencia según presenten o no diagnóstico de psicosis.

Materiales y métodos

Se efectuó un diseño retrospectivo, observacional, longitudinal y analítico. Se revisaron las *historias clínicas* (HC) de los pacientes asistidos por las autoras, en forma consecutiva a lo largo de un año.

De la revisión se obtuvo un total de 180 HC, de las que se consignaron los siguientes datos: la edad, el sexo, la o las drogas de preferencia y la presencia o no de psicosis. Luego se dividieron dos grupos de HC, según hayan sido admitidos o derivados a otros dispositivos. Se obtuvieron 134 HC en el grupo de admitidos (75%) y 46 HC en el grupo derivados (25%).

Del subgrupo de admitidos en el tratamiento, se recolectaron además de los datos previamente mencionados: el número de consultas efectuadas, la duración del tratamiento expresado en meses y la existencia de derivaciones posteriores a la admisión.

Criterio relevado para psicosis: existencia de fenómenos positivos, como alucinaciones y delirios, no derivados directamente de la intoxicación. Se excluyó la psicosis inducida.

Criterio de continuidad del tratamiento: 2 o más registros en la HC de controles dentro del primer mes y a partir del segundo mes uno o más registros de asistencia a un turno programado dentro de cada mes.

Se utilizaron porcentajes y chi cuadrado para comparar grupos, considerándose significativo un p valor < 0,05.

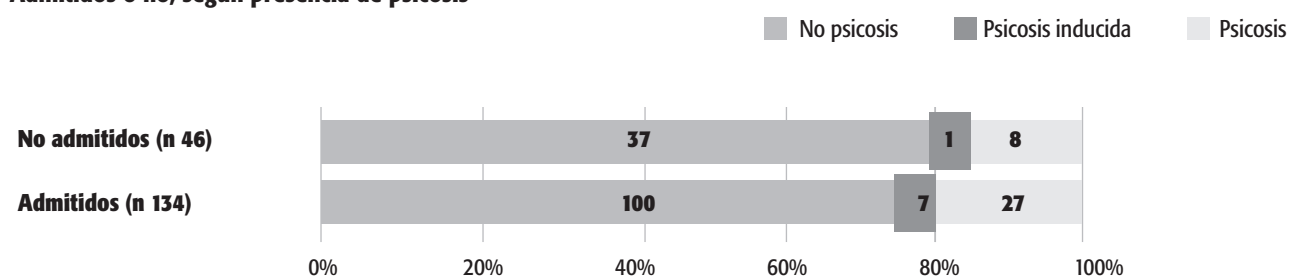
Resultados

Los resultados de los datos recolectados en el total de las HC revisadas (n 180) fueron los siguiente: predominaron en un 70% (n 125) de la muestra los varones. La edad media global fue de 32,67 años, con un rango de 15 a 68 años. La frecuencia de psicosis fue del 19,44% (n35) y de psicosis inducida el 4,44% (n 8). La edad media en los pacientes con psicosis (n35) fue de 29,97 años, con un rango de 16 a 52 años.

La frecuencia de psicosis en los pacientes admitidos (n134) y no admitidos (n 46) fue similar en ambos grupos, siendo del 20,15 % (n 27) y del 17,40 % (n 8) respectivamente (Ver Gráfico n°1).

Gráfico 1. Presencia o no de psicosis.

Admitidos o no, según presencia de psicosis



El consumo de cocaína, de alcohol y la asociación de cocaína y alcohol fueron las sustancias que más motivaron la consulta en ambos grupos (en pacientes con y sin psicosis). La distribución de la droga de preferencia según la presencia o no de psicosis no resultó relevante (Ver Tabla n°1).

Al evaluar la continuidad de tratamiento en pacientes con y sin trastorno psicótico se observó que la continuidad de tratamiento en los pacientes con trastorno psicótico fue mayor. Siendo esta del 70%, el 44,44% y el 22,22% al 1°, 3° y 6° mes respectivamente, contra una continuidad en los pacientes sin trastorno psicótico del 69%, el 32,71% y el 14,84% al 1°, 3° y 6° mes.

Se realizó el análisis estadístico de las diferencias observadas en la continuidad de tratamiento. Las diferencias observadas a favor de la mayor continuidad en el tratamiento en los pacientes con psicosis no son estadísticamente significativas ($p=0.91$; $p=0.86$ y $p=0,53$ al 1°, 3° y 6° mes, respectivamente) (Ver Tabla n°2).

Discusión

Sobre los hallazgos de prevalencia de psicosis en nuestro estudio

Si bien se conoce ampliamente que la asociación entre enfermedad mental y TUS es elevada, hay gran variabilidad en las cifras aportadas por los diferentes estudios. Una de las principales causas referidas es que la frecuencia hallada varía según difiera el entorno clínico donde se realiza la medición. Así, hay más diagnóstico de PD en los estudios realizados dentro de la red asistencial de consumo de drogas que en la red de salud mental. En este sentido, Weber señala una prevalencia de PD (estimada a través de una encuesta de corte transversal en cuatro centros urbanos del Reino Unido) del 44% en los servicios de salud mental y del 75% en los centros de atención a drogodependientes (23). Szerman señala igual diferencia a favor de una mayor prevalencia de PD en la red de asistencia de drogas en un estudio realizado

Tabla 1. Distribución de la droga de preferencia según la presencia o no de psicosis.

	No psicosis (n 107)	Psicosis (n 27)
COCA	28 (26%)	8 (29,70%)
OL	24 (22%)	5 (18,50%)
COCA+OL	16 (15%)	3 (11,11%)
COCA+THC	6 (5,60%)	1 (3,70%)
THC	5 (4,67%)	1 (3,70%)
COCA+OL+THC	2 (1,87%)	
THC+OL	3 (2,80%)	2 (7,40%)
COCA+PACO	3 (2,80%)	
OL+PEG+THC	1 (0,93%)	
PACO	5 (4,67%)	1 (3,70%)
OP	3 (2,80%)	1 (3,70%)
THC+OP+COCA	1 (0,93%)	
OL+COCA+BZD	1 (0,93%)	
BZD+OL	1 (0,93%)	
BZD	1 (0,93%)	1 (3,70%)
PACO+OL+THC	1 (0,93%)	
PEG+PACO	2 (1,87%)	
THC+PEG	2 (1,87%)	
THC+LSD	1 (0,93%)	1 (3,70%)
THC+BZD	0	1 (3,70%)
EXTASIS	0	1 (3,70%)
COCA+ALUCINO	0	1 (3,70%)

en la red asistencial de Madrid con una prevalencia del 36% y 28% respectivamente (24). A su vez, la prevalencia de esquizofrenia también varía de acuerdo con la procedencia de la población estudiada. La frecuencia de esquizofrenia en pacientes con TUS hallada por Weber fue del 8% al 19%, más de 10 veces mayor a la reportada en la población urbana del Reino Unido (20). En otro estudio español realizado en pacientes con PD, el diagnóstico de psicosis fue del 11% (25).

En nuestra población, proveniente de una red asistencial de consumo de drogas, la frecuencia de psicosis fue del 19,44%, similar a la hallada en la bibliografía internacional.

Sobre los hallazgos en la continuidad de tratamiento en nuestro estudio

En los estudios de seguimiento en adicciones se asoció la mejoría terapéutica con la continuidad en el tratamiento. El abandono del tratamiento es una dificultad frecuente en las enfermedades crónicas, ya sea en las de origen psiquiátrico, como en los trastornos por uso de sustancias. La baja adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo y multifactorial en el que intervienen aspectos diversos y heterogéneos, entre los cuales pueden mencionarse algunos ligados a la accesibilidad (distancia geográfica y disponibilidad de recursos económicos), a la falta de red de acompañamiento y sostén, a la baja calidad en la alianza terapéutica, al rechazo a la prescripción de medicamentos (por creencias previas negativas respecto de la toma de psicofármacos o por la presencia de efectos adversos), a las características propias del paciente y también -como lo demuestran diversos estudios- a la estigmatización internalizada por el paciente (26-28).

Las características clínicas del paciente vinculadas a una menor adherencia en los centros de salud mental son el uso de drogas y los trastornos límites de la personalidad (29).

Los estudios sobre continuidad de tratamiento en pacientes psicóticos duales refieren una menor adhe-

rencia al tratamiento en los pacientes duales, pero nuevamente es importante destacar que la mayoría de los estudios existentes proceden de la red de salud mental y no de la red de asistencia por drogas, por lo que se compara la adherencia en el tratamiento entre pacientes duales y pacientes psicóticos, y no entre pacientes con TUS no psicóticos y psicóticos (como es el caso del presente estudio) (12-14).

Son más escasos los estudios que comparan la continuidad de tratamiento entre pacientes adictos con y sin patología dual. Un estudio señala como un factor asociado a una mayor adherencia en pacientes dependientes de marihuana la presencia de esquizofrenia (30).

Por todo esto, nuestra experiencia particular en el seguimiento de pacientes con dependencia de sustancias aporta datos que escasean en la bibliografía específica. En nuestra población observamos una mayor continuidad en el tratamiento en los pacientes con psicosis, al primer, tercer y sexto mes. Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0.91$; $p=0.86$ y $p=0.53$ al 1°, 3° y 6° mes, respectivamente) posiblemente debido al tamaño de la muestra. La mayor caída en la continuidad ocurre similarmente para los dos grupos en el primer mes, siendo que aproximadamente la mitad de los que consultaron no continúan. En los meses subsiguientes la caída es menor para el grupo de los psicóticos.

Estos hallazgos nos interpelan a profundizar en algunas hipótesis:

1. En que desde la perspectiva del TUS, la presencia de psicosis no sea *per se* un factor que disminuya la continuidad del tratamiento. Esto requiere de investigaciones ulteriores que incorporen a las perspectivas clásicas de las instituciones psiquiátricas, las de los dispositivos de tratamiento en adicciones.
2. En fortalecer las estrategias de reducción de riesgos y daños en patología dual, corriéndose del foco de la perspectiva abstencionista como requisito para el tratamiento, entendiendo como fundamental esa apuesta para lograr una disminución de la frecuencia de recaídas, de pasajes al acto, de conductas auto o heteroagresivas y una mejora en la inclusión social.

Tabla 2. Diferencias observadas en la continuidad de tratamiento.

Gráfico C.	Con T. Psicótico	Sin T. Psicótico	p (chi cuadrado)
Inicio	27	107	
Mes 1	19 (70%)	74 (69%)	0,91
Mes 2	13 (48%)	47 (44%)	0,85
Mes 3	12 (44%)	35 (33%)	0,86
Mes 4	10 (37%)	25 (23%)	0,23
Mes 5	6 (22%)	21 (20%)	0,97
Mes 6	6 (22%)	16 (15%)	0,53

3. En el posible efecto de reducción del estigma social de la psicosis que puede operar en estos pacientes a través de la concurrencia a centros de tratamiento en adicciones. El estigma de la adicción posiblemente sea mejor tolerado al ser expiadas sus connotaciones negativas en la droga y por tanto mejor tolerado que el de la psicosis. Así podríamos esbozar a éste como otro factor vinculado a la mayor continuidad que presentan los pacientes con patología dual a nuestro servicio.
4. En la eficacia del tratamiento psicofarmacológico. Las indicaciones son más precisas, con mayor y evidencia y eficacia en la esquizofrenia y los trastornos psicóticos que la existente para el tratamiento de las conductas adictivas. En ese sentido le damos gran relevancia a la continuidad de la toma de medicación antipsicótica de los pacientes psicóticos, aunque haya persistencia del uso de drogas.

De hecho, Azorín y colaboradores (11) ubican como factor de empeoramiento de la psicosis en los pacientes duales, la decisión de los pacientes de abandonar los psicofármacos para evitar interacciones con drogas.

Nosotros coincidimos con esta observación clínica y venimos trabajando psicoeducacionalmente en cómo deben manejarse en caso de consumo, evitando discontinuar el antipsicótico. Este enfoque está relacionado con el reconocimiento de que en las adicciones -como en toda enfermedad crónica o ENT- las recaídas ocurren y que los pacientes con enfermedades psiquiátricas tienen dificultades cognitivas y volitivas para alcanzar la abstinencia. La estabilización psíquica es condición indispensable para poder sostener la decisión de no consumir, que es la razón por la que los pacientes vienen a nuestro servicio.

5. Por último, no podemos dejar de hacer referencia a la actitud profesional e institucional. Dentro del enfoque psicoeducacional a todos los pacientes (con y sin psicosis) les recomendamos firmemente que no dejen el tratamiento aunque hayan consumido y evitamos lenguaje que pueda ser entendido como crítico, porque las conductas adictivas y los síntomas psiquiátricos son tratables en el largo plazo. La actitud inclusiva y la aceptación de las particularidades de la clínica en el "mundo real", ayudan a los pacientes a apropiarse del tratamiento y sostenerlo voluntariamente.

Limitaciones del estudio

El mismo es un estudio retrospectivo que no cuenta con una herramienta sistematizada para el diagnóstico de trastorno psicótico, si bien utiliza el criterio clínico.

Consideramos que posiblemente el tamaño de la muestra fue una limitación para demostrar la mejor adherencia de los pacientes psicóticos duales en nuestra población.

Conclusiones

La adherencia terapéutica es uno de los aspectos centrales para la recuperación de la salud y la limitación de las consecuencias de todas las ENT. Contrariamente a lo que refiere la bibliografía especializada en patología dual, en nuestra experiencia clínica los pacientes psicóticos con trastornos por dependencia de sustancias no tienen menor continuidad en el tratamiento que los no psicóticos. Por el contrario, la continuidad es mayor en aquellos con trastorno psicótico, aunque el análisis estadístico no arroja una diferencia significativa. ■

Referencias bibliográficas

1. Es hora de actuar: informe de la Comisión Independiente de Alto Nivel de la OMS sobre Enfermedades No Transmisibles [Time to deliver: report of the WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2018.
2. Kalivas P, Volkow N. The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1403-1413.
3. Torrens Marta. Dual diagnosis: an European perspective. *Adicciones*, 2017 · Vol. 29 Núm. 1, 3-5.
4. Serman, N; Marín-Navarrete; Fernández-Mondragón; Roncero, C. Patología dual en poblaciones especiales: una revisión narrativa. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones* 2015.1(1), 50-67.
5. Volkov N. Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses. NIDA. NIH Publication Number 10-5771. Impreso en Diciembre 2008, revisado en Septiembre 2010.
6. Green A. Treatment of schizophrenia and comorbid substance abuse: pharmacological approaches. *J Clinical Psychiatry* 2006;67 (suppl7):31-35.
7. Hunt, G. E., Bergen, J. Bashir, M. Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse. *Schizophrenia Research* 2002. 54, 253-264.
8. Scott, H., Johnson, S., Menezes, P. Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill. *British Journal of Psychiatry* 1998. 172, 345- 350.
9. Soyka Michael. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *British Journal of Psychiatry* 2000. 176. 345-350.
10. NICE Clinical Guideline 120. Psychosis with coexisting substance misuse: assessment and management in adults and young people. 2011.
11. Azorin J. Simon N. Pharmacological treatment of schizophrenia with comorbid substance use disorder. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 2016. Vol 17 n2. p231-253.
12. Roncero, C; Barral, C; Grau-Lopez, L. Protocols of Dual Diagnosis Intervention in Schizophrenia. *Addictive Disorders and their Treatment* 2011. Volume 10, Number 3.

13. Moreira,P; Sequeida, V; Sepúlveda, R. Adherencia a los servicios de salud mental en pacientes con enfermedad mental severa: discusión y propuestas. *Psiquiatría universitaria*. Rev GPU 2013; 9; 3: 273-279.
14. O'Malley JE, Anderson WH, Lazare A. Failure of outpatient treatment of drug abuse: I. Heroin. *Am J psychiatry* 1972 Jan; 128 (7): 865-8.
15. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2004. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid.
16. Secades-Villa R, Fernández-Hermida JR. Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones* 2000; 12(3): 353-363.
17. Hawkins RL, Baer JS, Kivlahan DR. Concurrent monitoring of psychological distress and satisfaction measures as predictors of addiction treatment retention. *J Subst Abuse Treat*. 2007;35(2):207-16.
18. Vaillant GE. A twenty-year follow-up of New York narcotic addicts. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 29: 237-241.
19. Garcia Giron. Los estudios de seguimiento en drogodependencias: una aproximación al estado de la cuestión. *Trastornos Adictivos* 2007;9(2):75-96.
20. Roncero C, Fuste G, Barral C, Rodríguez-Cintas L, Martínez-Luna N, Eiroa-Orosa FE, et al. Therapeutic management and comorbidities in opiate-dependent patients undergoing a replacement therapy programme in Spain: the PROTEUS study. *Heroin Add & Relat Clin Prob*. 2011;13(3):5-16.
21. Roncero C. Adherencia al tratamiento en drogodependientes remitidos desde urgencias de psiquiatría a tratamiento ambulatorio. *Actas Esp Psiquiatr* 2012;40(2):63-9.
22. Roncero C. Gomez Baeza S. Percepción de los profesionales españoles sobre la adherencia terapéutica en patología dual. *Actas Esp Psiquiatr* 2013;41(6):319-29.
23. Weber T. Comorbidity of substance misuse and mental illness Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry* 2003. 183, 304-313.
24. Szerman Bolotner. Pilot study on the prevalence of dual pathology in community mental health and substance misuse services in Madrid. *Adicciones* 2011. Vol. 23 Núm. 3 · Págs. 249-255.
25. Arias Fa, Szerman Nb, Vega Pc. Psicosis y drogas. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Revista de Patología Dual* 2015;2(1):4.
26. Flores Reynoso, Samantha; Medina Dávalos, Rafael. Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría* 2012;11(3):82-89.
27. Sirey, Bruce. Stigma as a barrier to recovery: perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services* 2001;52:1615-1620.
28. Arnaiz, Ainara; Uriarte, J. Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental* nº 26, 2006.
29. Moreira; Sequeida; Sepúlveda. Adherencia a los servicios de salud mental en pacientes con enfermedad mental severa: discusión y propuestas. *Psiquiatría Universitaria*. Rev GPU 2013; 9; 3: 273-279.
30. Begoña Gonzalvo, C. Factores de adherencia al tratamiento en pacientes dependientes de cannabis. Universidad de Catalunya 2011.

Aspectos a considerar para la elección del tratamiento antidepresivo en la depresión unipolar

Sergio Halsband^{1,2,3,4,5,6,7}, Rubén Barenbaum^{1,2,7,8,9,10,11,12,13,14}, Gonzalo E. Barbosa Eyler^{1,3,15,16}

1. Médico psiquiatra.
2. Magíster en Psiconeurofarmacología, Universidad Favaloro.
3. Profesor de Psicofarmacología, Posgrado para Médicos Psiquiatras, Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).
4. Profesor Titular de Neuropsicofarmacología II, Maestría en Neuropsicofarmacología Clínica, Universidad Barceló.
5. Presidente del Capítulo de Trastornos del Estado de Ánimo, APSA.
6. Presidente Honorario del Capítulo de Psicofarmacología, APSA.
7. Director del Programa de Actualización en Psiquiatría (PROAPSI).
8. Profesor Adjunto en la Cátedra de Psicofarmacología en la Carrera de Médico Psiquiatra, APSA.
9. Docente Titular en la Cátedra de Psicofarmacología en la Carrera Universitaria de Médico Psiquiatra dictada en Clínica Dharma.
10. Profesor Titular de Neuropsicofarmacología I en la Maestría de Neuropsicofarmacología Clínica, Universidad Barceló.
11. Integrante del Comité Académico en la Maestría de Neuropsicofarmacología Clínica de la Universidad Barceló.
12. Supervisor de Farmacoterapia de la Carrera de Médico Psiquiatra dictada el Instituto de Posgrado de APSA.
13. Supervisor de Farmacoterapia de Residentes de Psiquiatría en los hospitales Borda, Tornú y Álvarez.
14. Docente invitado de Psicofarmacología al Curso de Revalidación de la Especialidad de Psiquiatría AMA-CRAMA.
15. Docente adscripto y Jefe de Trabajos Prácticos, III Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina (UBA).
16. Profesor adjunto de Terapéuticas y Farmacología, y Salud Mental, Universidad Nacional de La Matanza (UNLAM).

Resumen

La depresión mayor es un trastorno amplio y heterogéneo, que según los manuales DSM, se define por la presencia de al menos cinco criterios de un total de nueve. La mayoría de los ensayos clínicos utilizan esta definición de depresión para la inclusión de pacientes en los estudios, los que a su vez son elegidos según criterios de inclusión y exclusión estrictos, con el objetivo de unificar las características de la población del estudio, y conocer las variables, que determinarán la seguridad y eficacia de la droga, en esa población. Sin embargo, esta situación de población ideal de un protocolo difiere de la población real que recibirá la droga cuando salga al mercado para su distribución a la población general.

Se suponía, en el marco teórico al menos, que prácticamente todos los antidepresivos de un mismo grupo, por ser semejantes, tendrían el mismo efecto. Sin embargo, los avances en farmacogenética, farmacodinamia, y farmacovigilancia, nos advirtieron sobre nuevos efectos adversos e interacciones que nos llevan a tomar otras precauciones en la indicación de un antidepresivo en un paciente dado. Por ende, conocer el perfil de cada individuo, es indispensable.

Palabras claves: Depresión - Antidepresivos - Efectos colaterales - Comorbilidad - Seguridad - Tolerabilidad.

WHAT TO CONSIDER WHEN CHOOSING AN ANTIDEPRESSANT TO TREAT UNIPOLAR DEPRESSION

Abstract

Major depression is a wide and heterogeneous concept. It is defined by DSM by the presence of 5 out of 9 different criteria. Most studies use the DSM definition of depression to screen patients who are then selected by applying strict inclusion and exclusion criteria. This process helps to unify the characteristics of the population under study and to focus more specifically on the variables that will determine safety and efficacy of the drug being studied. However, this ideal population under study is far from the real people that will be prescribed the drug once it is marketed. It is believed, theoretically at least, that most antidepressants of the same class have the same effect. However, advances in pharmacogenetics, pharmacodynamics and pharmacovigilance have shown new side effects and unexpected interactions that demand we take other precautions when prescribing an antidepressant to any given patient. Therefore, it is necessary to know the individual characteristics of each patient.

Keywords: Depression - Antidepressants - Side effects - Comorbidity - Safety - Tolerability.

Introducción

Con el auxilio de nuestra imaginación, vamos a construir un escenario ficticio. Supondremos que existe una categoría clínica denominada “infección”, que se define por reunir un mínimo de cinco criterios sobre un total de nueve. Estos nueve criterios podrían ser, por ejemplo: 1) fiebre, 2) dolor de garganta, 3) tos con expectoración mucopurulenta, 4) escalofríos, 5) astenia, 6) adinamia, 7) erupciones cutáneas, 8) leucocitosis, y 9) elevación de la eritrosedimentación.

Tal vez podamos intentar clasificar vagamente las infecciones como cutáneas, respiratorias, generalizadas, etcétera, pero sin llegar a especificar si se trata de sífilis, tuberculosis o difteria. Sabemos que la infección es ocasionada por bacterias o virus, pero no alcanzamos a identificar si son estafilococos, bacilos de Koch, proteus o retrovirus, ni siquiera si son grampositivos o gramnegativos. Tenemos un arsenal terapéutico conformado principalmente por drogas denominadas “antibióticos”. La eficacia de estos fármacos fue probada en ensayos clínicos diseñados en base a muestras de pacientes que cumplen los criterios diagnósticos de “infección”, es decir un mínimo de cinco sobre los nueve establecidos. Conjeturamos que los resultados son estadísticamente significativos, pero no superan, digamos, el 60% de eficacia, aunque continuamente ingresen al mercado nuevas moléculas. ¿Cómo elegimos el antibiótico más adecuado para comenzar a tratar una infección?

Vayamos ahora a nuestra disciplina. La definición de la entidad llamada “depresión mayor” por nuestros sistemas diagnósticos más utilizados, los DSM (DSM III, DSM IV y DSM-5) estipula la necesidad de reunir, sobre nueve criterios un mínimo de cinco, uno de los cuales debe ser obligatoriamente el humor triste o la anhedonia. Hablamos de formas atípicas, ansiosas o letárgicas. El DSM-5, con un enfoque dimensional, se esfuerza en distinguir especificadores. Pero la mayoría de los ensayos clínicos para probar eficacia y seguridad de las drogas con las que contamos (los “antidepressivos”), se diseñan sobre la base de la definición de “depresión mayor” que dan los DSM.

Salta a la vista que la información de la que disponemos para la elección de con qué antidepressivo iniciaremos un tratamiento de la “depresión mayor” se asemeja más al escenario imaginario que acabamos de describir que al verdadero panorama de la infectología actual, según el cual existen criterios de precisión, basados en el conocimiento de entidades clínicas bien diferenciadas y su tratamiento específico estandarizado, y hasta de un enfoque personalizado, con cultivos y antibiogramas.

Sin embargo, la pretensión de disponer de este tipo de tratamientos para la depresión y otras enfermedades mentales no es nueva. En los años '70, el paradigma biológico le fue disputando el espacio científico al psicoanalítico y comenzó a popularizarse la teoría monoaminérgica de la depresión (1). La depresión ya no se explicaba por una inadecuada elaboración del complejo de Edipo, sino por una deficiencia de monoaminas en el sistema nervioso central, teoría no demostrada hasta el momen-

to. En consecuencia, según la monoamina que estuviera en falta, se podía hablar de depresiones “noradrenérgicas” y “serotonérgicas”.

A esto le sucedieron los estudios de los metabolitos de los neurotransmisores, en sangre y en orina, como un intento para diferenciar los diferentes subtipos de depresión. Si lo que faltaba, por ejemplo, era metoxihidroxifenilglicol, metabolito de la noradrenalina, la depresión era noradrenérgica y la elección adecuada era un antidepressivo que actuara predominantemente sobre la noradrenalina, como por ejemplo la desipramina. En cambio, si estaban descendidos los valores de ácido 5-hidroxiindolacético, había que indicar un antidepressivo serotonérgico como la clomipramina (2).

Esto generó un gran optimismo inicial, pero fracasó al ponerse a prueba. No se encontró correlación alguna entre los resultados de los análisis y la elección del antidepressivo, y hubo que admitir que el valor predictivo de esos estudios en la práctica tendía a cero.

Sólo en las últimas décadas, esta perspectiva parece estar cobrando nuevo vigor, aunque con una actitud más modesta, dado que por ahora sólo pretende ser un elemento auxiliar más para orientar al psiquiatra en la elección del fármaco. Por el momento, la línea más promisoría parecería estar relacionada con la farmacogenética, aunque su aplicabilidad todavía es muy limitada.

Por ende, la elección racional del antidepressivo debe hacerse sobre la base de distintos aspectos parciales derivados del conocimiento de las drogas y del paciente. Aquí brindamos el estado actual de algunos de ellos.

Elección racional del antidepressivo

No existen diferencias importantes en términos de eficacia entre los antidepressivos clásicos como los antidepressivos tricíclicos (ATC) y los nuevos: los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN), bupropión y mirtazapina.

Los nuevos antidepressivos son fármacos con baja incidencia de efectos adversos y son mejor tolerados que los ATC, lo que en la vida real mejora la adherencia de los pacientes a la medicación.

La fluoxetina fue el primer ISRS aprobado en los Estados Unidos en diciembre de 1987, y luego se aprobaron la sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram y fluvoxamina (3). Su impacto exitoso inicial, se debió sobre todo a la ausencia de efectos antihistaminérgicos, anticolinérgicos, anti alfa 1 adrenérgicos y cardiotoxicos (4).

Sin embargo, en relación a los ISRS y los IRSN, hay características que merecen ser tenidas en cuenta a la hora de nuestra elección farmacológica: la edad avanzada del paciente, la población sexualmente activa, algunas situaciones especiales (como el posoperatorio, el antecedente de un infarto de miocardio, tratamiento quimioterápico), la presencia de asociaciones comórbidas y la medicación concomitante. Por lo antedicho, nuestro enfoque no se centra principalmente en la eficacia, sino en la seguridad y la tolerabilidad.

1) Población de edad avanzada

Disminución de la densidad mineral ósea

Un estudio de cohorte prospectivo que evaluó a 2722 mujeres con un promedio de edad de 78.5 años, publicado en 2007 por Diem y colaboradores, concluyó que los ISRS pero no los antidepresivos tricíclicos están asociados con un aumento en la tasa de pérdida ósea de la cadera en este grupo. La densidad mineral ósea fue más baja en las pacientes que tomaban ISRS (-0,82%) versus las pacientes que tomaban tricíclicos (- 47%) (5). Una hipótesis sobre el posible mecanismo de acción implicado es que los transportadores de 5-HT se encuentran en osteoblastos, osteoclastos y osteocitos.

Aumento del riesgo de fracturas

En un estudio de cohorte prospectivo con 5008 pacientes, Richards y colaboradores concluyeron que la administración diaria de un ISRS en adultos de 50 años o más, duplicó el riesgo de fracturas, asociadas a una disminución de la densidad mineral ósea, en cadera y columna lumbar (3, 4, 6).

Por esto, en mujeres adultas mayores de más de 75 años, que cursen un trastorno depresivo y vayan a ser medicadas con un ISRS, y que a su vez presenten factores de riesgo para osteoporosis (EPOC, diabetes, tratamiento prolongado con corticosteroides) realizar medición de la densidad mineral ósea, con Densitometría ósea previo y durante el tratamiento antidepresivo (5).

Riesgo de hiponatremia

Es un efecto adverso infrecuente y reversible asociado a ISRS. Se desarrolla debido a un síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH). Es más frecuente en mujeres de edad avanzada. En este síndrome el hipotálamo fracasa en regular la producción de hormona antidiurética frente a situaciones que así lo requieren (7-11).

Se manifiesta con náuseas, cefalea, inquietud, letargia, desorientación, convulsiones y coma, dependiendo del nivel de natremia y la velocidad de su instalación. (12). La natremia se normaliza con la suspensión del ISRS, en tiempo variable, hasta las 6 semanas (7).

Aumento de interacciones farmacológicas en pacientes polimedicados

La paroxetina (13) y fluoxetina (14-16) son inhibidores potentes del CYP2D6; la duloxetina y el bupropión inhibidores moderados (17). En pacientes polimedicados se recomienda tener esto en cuenta a la hora de elegir el antidepresivo.

En pacientes de edad avanzada los ISRS recomendados, en función de la potencia de inhibición del CYP2D6 y su menor riesgo de interacciones farmacocinéticas, serían: escitalopram, citalopram (a dosis máxima de 20mg

por día), sertralina y, entre los antidepresivos duales, venlafaxina y desvenlafaxina.

2) Consideraciones en la población sexualmente activa

Disfunción sexual

Comprende alteraciones tales como disminución de la libido, anorgasmia y alteraciones eyaculatorias. Su estimación varía entre un 30% y un 70% de los pacientes tratados con ISRS (18) y IRSN.

En un estudio transversal de 6927 pacientes realizado por Clayton y colaboradores en 2002 (19), la prevalencia de disfunciones sexuales, determinadas por la Sexual Functioning Questionnaire (SFQ) fue del 37%. Tanto los ISRS como los IRSN son los antidepresivos que tienen valores de prevalencia más altos.

En un metaanálisis realizado por Serretti y colaboradores en 2009 (20), sobre 31 estudios que comprendieron 10130 pacientes, se determinaron 3 categorías de riesgo de disfunción sexual inducida por antidepresivos:

- Alto riesgo (citalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina y venlafaxina)
- Moderado riesgo (escitalopram, fluvoxamina, duloxetina, imipramina)
- Bajo riesgo (mirtazapina, bupropión).

La disfunción sexual es un efecto secundario clásico de los fármacos que inhiben el transportador de serotonina (5-HT). La vortioxetina en dosis de 20 mg/día (según lo medido en la Escala de Experiencias Sexuales de Arizona) tuvo una tasa de disfunción sexual equivalente a duloxetina 60 mg/día (20), pero no en dosis más bajas. Estos resultados son consistentes con la menor ocupación del transportador de 5-HT con vortioxetina para dosis menores de 20 mg/día (21, 22).

El impacto de la vilazodona sobre la función sexual es mínimo. El mecanismo responsable sería la acción agonista parcial sobre receptores 5-HT_{1A} postsinápticos, con aumento en la liberación de dopamina. Este agonismo parcial también explicaría por qué no afecta el peso corporal (24).

3) Situaciones especiales

Postoperatorio

Existe mayor riesgo de sangrado gastrointestinal en el postoperatorio de pacientes tratados con ISRS, particularmente en combinación con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) (3). El uso de ISRS se asoció a mayor necesidad de transfusiones sanguíneas luego de intervenciones quirúrgicas. Esto se evidenció en un estudio clínico con 520 pacientes, dirigido por Movig y publicado en el año 2003. En el mismo se comparó: 1) pacientes que tomaban ISRS, 2) pacientes que tomaban antidepresivos no serotoninérgicos y 3) pacientes que no tomaban antidepresivos. El riesgo de sangrado y requerimiento

transfusional postoperatorio fue significativamente mayor en los pacientes tratados con ISRS (odds ratio: 3,71). Esto es debido a que los ISRS inhiben la activación plaquetaria mediada por la serotonina (25).

Además, la asociación de ISRS con antiagregantes plaquetarios como el clopidogrel y el ácido acetil salicílico aumenta el riesgo de eventos hemorrágicos (26). El riesgo de sangrado no contraindica el uso de ISRS, pero plantea la necesidad de estar alerta si se combinan con AINEs o antiagregantes plaquetarios como el clopidogrel.

Se recomiendan medidas gastroprotectoras contra el sangrado gastrointestinal, incluidas la coadministración de un inhibidor de la bomba de protones (por ejemplo, omeprazol) o un bloqueante H₂ (como ranitidina) en pacientes medicados con AINEs e ISRS (27).

Protección cardiovascular

La depresión es una condición comórbida frecuente en pacientes con enfermedad cardiovascular y ha sido identificada como un factor de riesgo independiente para eventos cardíacos. Los episodios de síndrome coronario agudo son comórbidos con el trastorno depresivo mayor en una proporción aproximada del 20% (28).

Algunos autores consideran que la depresión comórbida con enfermedad cardíaca incrementa la morbi-mortalidad (29, 30). La depresión luego de un evento coronario agudo ha sido identificada como un factor de riesgo de muerte, independiente del evento cardiovascular. Por otro lado, el trastorno depresivo mayor complica la recuperación del síndrome coronario agudo y se asocia con un deterioro en la calidad de vida (31).

El estudio SADHART (Sertraline Anti-Depressant Heart Attack Trial, por su sigla en inglés) evaluó a 369 pacientes con infarto agudo de miocardio y trastorno depresivo mayor sobre la seguridad y eficacia del tratamiento con sertralina en dosis de 50-200 mg/día o placebo durante 24 semanas (32). La sertralina demostró ser segura (29, 30), y no se observaron cambios en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo, ni modificaciones en el intervalo QT (33).

El subestudio de función plaquetaria del estudio SADHART publicado por Serebruan y colaboradores, demostró la reducción de la activación plaquetaria y endotelial con el uso de sertralina. Por lo tanto, los ISRS se pueden indicar como tratamiento de la depresión en pacientes con morbilidad cardiovascular (34, 35).

Los pacientes con diagnóstico de depresión mayor tienen una mayor activación plaquetaria y endotelial, lo que explicaría la mayor vulnerabilidad de estos pacientes a los eventos vasculares cardíacos y cerebrales.

Markovitz y colaboradores evaluaron la actividad plaquetaria en 21 pacientes con depresión antes y después de 6 semanas de tratamiento con sertralina, utilizando un grupo control como comparador. La actividad plaquetaria disminuyó en forma significativa en el grupo tratado con sertralina, independiente de la mejoría de la depresión, ya que el estudio fue de corto plazo (36).

Olvidos en la toma de la medicación

Los síntomas por discontinuación del tratamiento se dan con mayor propensión con paroxetina (13) y venlafaxina (38, 39), y consisten en vértigo, náusea, letargia, cefalea, ataxia, temblor, sudoración, insomnio, vómitos, diarrea, irritabilidad, ansiedad, y agitación.

La vida media prolongada de la fluoxetina le confiere mayor protección en relación al síndrome de discontinuación (37).

Depresión atípica

En este subtipo de depresión hay síntomas neurovegetativos invertidos (hiperfagia e hipersomnias), por lo que el antidepressivo de primera elección es el bupropión que inhibe la recaptación de noradrenalina y dopamina (40, 41).

Apatía por ISRS

Si bien se trata de un efecto colateral, a veces la apatía inducida por ISRS se confunde con una manifestación de la depresión, lo que suele llevar a una terapéutica equivocada, como el aumento de la dosis. La apatía por ISRS puede describirse como un aplanamiento afectivo, referido por los pacientes como una disminución de la capacidad para sentir experiencias o una atenuación de las fluctuaciones normales en el estado de ánimo (42). Otros autores mencionan que sus pacientes lo describen como "incapacidad para llorar" o "rango de afecto reducido" (43). Los ISRS pueden inducir síndrome de apatía al parecer con mayor probabilidad en individuos con personalidad de base con baja ansiedad y altamente extrovertidas. Si bien este efecto no está claramente comprendido, se especula que los ISRS podrían reducir la actividad del lóbulo frontal en algunos pacientes (42). Se supone que tendrían mayor riesgo de padecerlo aquellos individuos que ya lo han presentado en tratamientos previos con ISRS. Asimismo se describe que el bupropión es el antidepressivo que menos produce el embotamiento emocional (43). Por ende, sería recomendado en pacientes de estas características indicar un fármaco con un perfil más noradrenérgico, como el bupropión.

Depresión estacional

En el año 2006, el bupropión XL se convirtió en el primer medicamento (y sigue siendo el único) en recibir la aprobación para el tratamiento preventivo de los síntomas depresivos estacionales. Un estudio publicado en 1992 ya había sugerido la eficacia del bupropión como tratamiento para la depresión invernal (44).

En el año 2005, Modell et al. publicaron tres ensayos randomizados, controlados con placebo que incluyeron 1,042 pacientes ambulatorios con diagnóstico de episodios depresivos mayores estacionales. El bupropión XL en dosis de 150-300 mg/día redujo la frecuencia de apa-

rición de la depresión invernal en un 44% y protegió contra la recurrencia de episodios depresivos mayores estacionales (45, 41).

Cesación tabáquica

En 1997 el bupropión fue aprobado por la FDA para la indicación de ayudar a la suspensión del hábito de fumar. Esta observación surgió de casualidad, por la suspensión no planificada del hábito de fumar en sujetos deprimidos tratados con bupropión (46).

Obesidad

La probabilidad de aumento de peso significativo (mayor del 7% del basal) es mayor con paroxetina que con sertralina, citalopram o fluoxetina (3, 47-49).

En 2013, la FDA aprobó la combinación de bupropión-naltrexona, para el tratamiento de la obesidad (definida como índice de masa corporal [IMC] ≥ 30) o con sobrepeso (definido como IMC 25-29) en pacientes con al menos un factor de riesgo cardiovascular (50). La combinación de bupropión y naltrexona, condujo a reducciones en la adiposidad total y visceral (51).

Disfunción cognitiva

Un 10 a 30% de los pacientes en tratamiento con ISRS y IRSN, mencionan déficit de atención y dificultad para encontrar las palabras, a pesar de la mejoría de los síntomas depresivos (52).

Sin embargo, en tres ensayos a corto plazo se demostró que la vortioxetina además de tener una acción antidepressiva positiva por encima del placebo (53- 55), también mostró un efecto significativamente mayor en la Tarea de Sustitución de Símbolos Digitales (DSST): una tarea de lápiz y papel que evalúa la atención, la velocidad de procesamiento y la función ejecutiva. Además, el efecto beneficioso en la cognición se consideró independiente del efecto antidepressivo del fármaco (54). Estos resultados llevaron a la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) pero no a la FDA a aprobar la vortioxetina para el tratamiento de la disfunción cognitiva asociada con el trastorno depresivo mayor (56).

Depresión y náuseas en quimioterapia

La mirtazapina puede ser un complemento seguro y eficaz a la quimioterapia debido a su capacidad para tratar diversos síntomas: las náuseas, mediante un efecto de antagonismo del receptor 5-HT₃; el insomnio, la anorexia y la pérdida de peso a través del antagonismo del receptor H₁; los síntomas de la depresión a través de la transmisión mejorada de 5-HT y noradrenérgica mediante el bloqueo de los receptores 2, 5-HT₂ y 5-HT₃; y los síntomas de ansiedad a través del antagonismo de los receptores 5-HT₂ y 5-HT₃ (57, 58).

Una serie de casos de 20 pacientes con cáncer de mama o ginecológico tratados con mirtazapina demos-

tró una reducción significativa en los síntomas de depresión, ansiedad, náuseas, anorexia e insomnio en 19 de los pacientes (59).

Depresión y quimioterapia con tamoxifeno

Las pacientes tratadas con tamoxifeno deben evitar el uso de los inhibidores del CYP2D6 (paroxetina, fluoxetina, bupropión y duloxetina). El tamoxifeno se metaboliza por el CYP2D6 a su metabolito activo (endoxifeno), que es el que tiene la verdadera actividad antitumoral. Los ISRS, al inhibir el CYP2D6, no permiten que el tamoxifeno se metabolice a endoxifeno, disminuyendo así su actividad antitumoral (60).

Depresión y enfermedad de Parkinson

La depresión es frecuente en los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) y afecta a aproximadamente la mitad de los pacientes. El diagnóstico es particularmente difícil dado que los síntomas del Parkinson se superponen con los síntomas de depresión (61- 64).

Los ATC pueden ser difíciles de tolerar debido a la disfunción autonómica que es parte del cuadro neurológico. También pueden agravar la hipotensión ortostática y los efectos adversos anticolinérgicos pueden exacerbar los problemas cognitivos, la constipación y la sequedad bucal.

Los ISRS son mejores tolerados, aunque pueden causar insomnio, náuseas, y agitación. Teóricamente los ISRS pueden causar efectos adversos extrapiramidales por aumento de la inhibición mediada por serotonina en el núcleo del rafe y el descenso de la descarga dopaminérgica de la vía nigroestriada. Sin embargo, varios estudios demostraron que tanto sertralina (65, 66) como citalopram (67), mejoraron los síntomas depresivos sin afectar la función motora.

El bupropión, dado sus características farmacodinámicas, es un fármaco útil en el tratamiento de cuadros depresivos en pacientes afectados con Parkinson, aunque la seguridad de su asociación con levodopa no ha sido evaluada exhaustivamente (68).

Depresión y ansiedad

La ansiedad es la comorbilidad más frecuente asociada a depresión (69). Los antidepressivos ISRS y los antidepressivos duales, como la venlafaxina, son eficaces en ambos cuadros. La farmacoterapia se debe iniciar con dosis bajas (por ejemplo, fluoxetina 5mg o paroxetina 10 mg) e ir aumentando gradualmente hasta llegar a rango terapéutico. La titulación rápida puede causar un incremento transitorio de los síntomas (70, 71).

No se encontraron diferencias en la eficacia entre los ISRS (escitalopram, sertralina) e IRSN (venlafaxina XR) (72).

Según las guías de la American Psychiatric Association (APA) del 2010, el ISRS aprobado tanto en depresión como en los trastornos de ansiedad es la paroxetina (73).

Depresión y trastorno por estrés postraumático (TEPT)

No hay datos que demuestren mayor eficacia de un antidepresivo sobre otro. No obstante, habría una ventaja a favor del uso de ISRS, con una tasa de respuesta que no supera el 60% y una tasa de remisión entre el 20 y 30% (73, 74).

Depresión y trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

Un tercio de los pacientes con TOC presentan una depresión concurrente. Dos tercios de las personas con diagnóstico de TOC padecerán un cuadro depresivo a lo largo de su vida. (75-78).

Según la revisión de las últimas guías de la World Federation of Societies of Biological Psychiatry, se recomienda el uso de clomipramina e ISRS para el tratamiento de pacientes que presentan TOC y depresión. Las dosis de ISRS para el tratamiento de los síntomas o el trastorno obsesivo comórbido son típicamente más altas (2 o 3 veces más) que las del tratamiento habitual para la depresión (71).

Depresión y consumo de sustancias

La prevalencia de síntomas depresivos en los pacientes que presentan una dependencia del alcohol varía entre el 30 y hasta el 89% de los casos (69-81).

Respecto a la farmacoterapia, no habría grandes diferencias a la hora de la elección del esquema terapéutico en relación a los pacientes depresivos sin comorbilidad, aunque sí se tiene que tener en cuenta las potenciales interacciones farmacológicas de los antidepresivos y estabilizadores del ánimo con la medicación anti-craving que frecuentemente se utiliza en estas situaciones (75). Dentro de los más seguros se destacan el citalopram, el escitalopram y la sertralina.

Se ha descrito la combinación de sertralina con armodafinilo o modafinilo, dada su efectividad para mejorar el ánimo y la motivación y evitar recaídas.

Otra combinación efectiva para el control de los síntomas depresivos y el afecto negativo, sería la asociación entre sertralina y naltrexona (82, 83, 75).

Depresión y dolor

La fibromialgia tiene una alta comorbilidad con trastornos psiquiátricos, sobre todo con depresión (95) y ansiedad. Stahl, entre otros autores, describe la relación entre los síntomas de la fibromialgia y la disfunción de algunos circuitos cerebrales y neurotransmisores como la serotonina y la noradrenalina, involucrados en la vía descendente del dolor, modulando (disminuyendo) la percepción dolorosa (96, 97). Por este motivo, los antidepresivos duales (IRSN) son de primera elección para tratar el dolor asociado a depresión en pacientes con fibromialgia. Si bien en este grupo se encuentran la duloxetina, el milnacipran, la venlafaxina, y la desvenlafaxina

y algunos ATC, sólo están aprobados por la FDA para tratamiento del dolor en la fibromialgia, la duloxetina y el milnacipran.

Viñeta clínica

A partir del siguiente caso clínico, analizaremos algunas variables en juego para la elección del antidepresivo:

Una paciente de 66 años consulta por un cuadro depresivo que fue diagnosticado por su psiquiatra como un episodio depresivo mayor en el contexto de un trastorno depresivo mayor. Fue medicada con citalopram 40 mg/día, y fundamentó su decisión en la edad de la paciente, y la casi nula inhibición del CYP2D6 del citocromo P450.

El citalopram fue uno de los fármacos utilizados en el estudio STAR*D por la baja incidencia de interacciones. El ensayo STAR*D fue un estudio multicéntrico, que incluyó a 4.041 pacientes con depresión mayor no psicótica en una prueba secuencial de varios fármacos antidepresivos (84, 85).

La paciente evolucionó con palpitaciones, síncope y convulsiones, en el contexto de una taquicardia ventricular polimorfa, que requirió su hospitalización.

El citalopram, puede provocar la prolongación del intervalo QT, que es una condición arritmogénica cuando supera los 450 milisegundos, que desencadena una "Torsade de Pointes" (torsión de punta) (86).

La prolongación del intervalo QT es dosis dependiente. En adultos jóvenes no deben superarse dosis mayores a 40 mg/día. Trabajos previos al año 2000, mostraron datos en relación a las dosis altas de citalopram y la seguridad cardiovascular (87, 88). El 24 de agosto de 2011, la FDA lanzó una advertencia (warning) sobre el riesgo asociado a dosis mayores de 40 mg/día de citalopram, e hizo hincapié en que al lanzarse al mercado, se suponían seguras dosis de 60 mg/día (89).

Deben preguntarse antecedentes familiares, y volviendo al caso, un hermano de la paciente falleció de muerte súbita a temprana edad, lo que nos alerta en relación a la prolongación del intervalo QT.

También se debe interrogar sobre los medicamentos concomitantes y la paciente del caso, refirió estar tomando tioridazina 100mg/noche "como hipnótico", que puede prolongar el intervalo QT a niveles riesgosos para la vida del paciente (más de 450 milisegundos).

Se recomienda un electrocardiograma con evaluación cardiológica, con el uso de citalopram en pacientes con riesgo de prolongación del intervalo QT (90, 91).

Hay una diferencia sustancial en la prolongación del intervalo QT que provoca el citalopram, comparado con la fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina (92, 93).

En 2013, la FDA revisó el prospecto de la fluoxetina, declarando que debe utilizarse con precaución en pacientes con síndrome de QT congénito, con historia previa de prolongación de QT, con historia familiar de prolongación del intervalo QT o muerte súbita y otras condiciones que predisponen a la prolongación del intervalo QT, incluyendo a los inhibidores del CYP2D6 (94).

Teniendo en cuenta los antecedentes de esta paciente, ¿cuáles son los antidepresivos que indicaríamos como primera elección?

De los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), teniendo en cuenta la poca incidencia de prolongación del intervalo QT estarían indicados la sertralina, la paroxetina y la fluvoxamina. En relación a la paroxetina hay un reporte de caso de una mujer de 43 años que tuvo una prolongación del intervalo QT (476 milisegundos) luego de haber tomado durante 17 días, paroxetina 50 mg/día (94). Además, la paroxetina no sería una opción de primera línea para esta paciente, por su edad y las potenciales interacciones con otros fármacos por ser un potente inhibidor del CYP2D6.

Conclusiones

Recapitulando lo expuesto hasta el momento, no son muchos los predictores que podemos identificar para la elección del antidepresivo. Las formas clínicas que puede adoptar esa entidad imprecisa que denominamos depresión unipolar nos aportan una orientación bastante precaria.

Sabemos que 1) las distimias se tratan con los mismos antidepresivos que los episodios de depresión mayor, aunque puede variar la duración del tratamiento; 2) las depresiones atípicas, que antes se trataban preferentemente con IMAO, ahora se tratan con ISRS, IRSN o bupropión, que de todos modos son la elección más frecuente para el tratamiento farmacológico de las depresiones en general; 3) las depresiones psicóticas muchas veces ameritan asociar un antidepresivo y un antip-

sicótico al inicio y 4) las depresiones con características mixtas no deben ser medicadas con antidepresivos (98).

No hay estudios complementarios, ni por imágenes ni de laboratorio, que nos orienten verdaderamente hacia la elección del antidepresivo. La línea de investigación más promisoría parece ser la farmacogenética, pero su actual desarrollo es aún insuficiente como para que se justifique su implementación de rutina en el momento de elegir el tratamiento (99).

Además existen características propias del paciente, como las comorbilidades médicas y psiquiátricas, la co-medicación con drogas que pueden interactuar con antidepresivos, el impacto subjetivo de posibles consecuencias del tratamiento (como la disfunción sexual o el aumento de peso), que nos orientan a la elección del antidepresivo según su perfil de contraindicaciones, interacciones y efectos colaterales. Esto sí es esencial para tener en cuenta, pero es una elección por descarte: no nos especifica qué debemos usar sino qué no debemos usar. Nos predice la seguridad y/o la tolerabilidad del tratamiento, pero no nos dice nada acerca de la eficacia.

Finalmente, un factor que a pesar de ser obvio no siempre es respetado: los antecedentes de buena respuesta y tolerabilidad en un tratamiento previo, no solamente en el mismo paciente sino en familiares directos. No obstante, se reportan algunos casos en que una droga exitosa en un momento anterior no produce el mismo resultado si es administrada nuevamente.

En el futuro, es factible que la identificación de los distintos endofenotipos que subyacen a presuntas fenocopias de lo que llamamos depresión y su posible identificación a través de datos clínicos nos conduzca a tratamientos personalizados de alta eficacia y tolerabilidad. ■

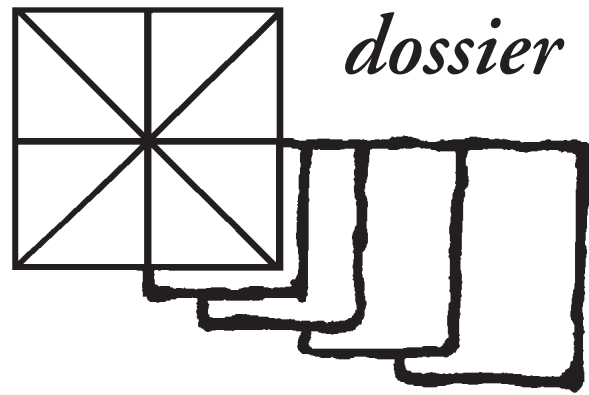
Referencias bibliográficas

- Jufe G. *Psicofarmacología Práctica*. Polemos. 2017. Buenos Aires. 47-240.
- Queiroz EA, Lombardi AB, Furtado CR, Peixoto CC, Soares TA, et al. Biochemical correlate of depression in children. *Arq Neuropsiquiatr*. 1991 Dec;49(4):418-25. PMID:1726820
- Labbate LA, Fava M, Rosenbaum JF, Arana GW: Drugs for the Treatment for Depression, Chapter 3. In: Labbate LA, Fava M, Rosenbaum JF, Arana GW, eds. *Handbook of Psychiatric Drug Therapy*. 6th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. 2010:54-109.
- Barenbaum R. Fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina y citalopram. En: Alvano SA. *Trastornos depresivos y de ansiedad. Aspectos neurobiológicos, clínicos y terapéuticos*. Capítulo 10. Parte B. pág. 133-140. Editorial Scien, 2010.
- Diem SJ, Blackwell TL, Stone KL; Yaffe K et al. Use of antidepressants and rates of hip bone loss in older women: the study of osteoporotic fractures. *Arch Intern Med*. 2007;167(12):1240-5.
- Richards JB, Papaioannou A, Adachi JD, Joseph L, et al. Effect of selective serotonin reuptake inhibitors on the risk of fracture. *Arch Intern Med*. 2007 Jan 22;167(2):188-94.
- Rottmann CN. SSRIs and the syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion. *Am J Nurs*. 2007;107(1):51-8.
- Block DR, Yonkers, KA, Carpenter LL. Sertraline. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB, eds. *Textbook of Psychopharmacology*. 4th ed. Arlington, American Psychiatric Publishing, Inc., 2009:307-320.
- Bradley M, Foote E, Lee E, et al. Sertraline-associated syndrome of inappropriate antidiuretic hormone: case report and review of the literature. *Pharmacotherapy* 1996;16(4):680-3.
- Wright SK, Schroeter S. Hyponatremia as a complication of selective serotonin reuptake inhibitors. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20(1):47-51.
- Flint AJ, Crosby J, Genik JL: Recurrent hyponatremia associated with fluoxetine and paroxetine. *Am J Psychiatry* 1996;153(1):134.
- Roseboom PH, Kalin NH. Citalopram and Escitalopram. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB. *Textbook of Psychopharmacology*. Fifth Edition. The American Psychiatric Association Publishing, 2017: 431-453.

13. Howlett JR, Stein MB, Nemeroff CB. Paroxetine. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB, eds. *Textbook of Psychopharmacology*. Fifth Edition. American Psychiatric Association Publishing, 2017:385-418.
14. Ciraulo DA, Shader RI. Fluoxetine drug-drug interactions, I: antidepressants and antipsychotics. *J Clin Psychopharmacol* 1990;10(1):48-50.
15. Ciraulo DA, Shader RI, Greenblatt DJ. Antidepressants. En: Ciraulo DA, Shader RI, Greenblatt DJ, Creelman WJ. *Drug Interactions in Psychiatry*. Second Edition. Capítulo 2. Pág. 29-128. Williams & Wilkins, 1995.
16. Sandson NB. *Drug Interactions Casebook. The Cytochrome P450 System and Beyond*. American Psychiatric Publishing, 2003.
17. Oesterheld JR. 2D6. In: Wynn GH, Oesterheld JR, Cozza KL, Armstrong SC. *Clinical Manual of Drug Interaction. Principles for Medical Practice*. Chapter 5, pág. 77-97. American Psychiatric Publishing, 2009.
18. Daray FM, Grendas LN, Puppo S, Rodante D. *Aspectos prácticos en el manejo de psicofármacos*. 2017. Capítulo 1: 13-29. 1era edición. Buenos Aires. Editorial Salerno.
19. Clayton AH, Pradko JF, Croft HA, Montano CB, Leadbetter RA, et al. (2002) Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *J Clin Psychiatry*. 63 (4): 357-366.
20. Serretti A, Chiesa A. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2009; 29(3): 259-266.
21. Baldwin DS, Chrones L, Florea I, et al. The safety and tolerability of vortioxetine: Analysis of data from randomized placebo-controlled trials and open-label extension studies. *J Psychopharmacol* 2016, 30(3):242-252.
22. Takano A, Suzuki K, Kosaka J, et al. A dose-finding study of duloxetine based on serotonin transporter occupancy. *Psychopharmacology* 2006 (Berl)185(3):395-399.
23. Blier P. Vortioxetine. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB, eds. *Textbook of Psychopharmacology*. Quinta edición. Capítulo 16. Arlington, American Psychiatric Association Publishing, 2017:467-477.
24. Jufe G. Antidepressivos. En: *Psicofarmacología Práctica*. Capítulo 2, pág 47-240. Cuarta Edición, 2017. Editorial Polemos.
25. Movig KL, Janssen MW, de Waal Malefijt J, Kabel PJ et al. Relationship of serotonergic antidepressants and need for blood transfusion in orthopedic surgical patients. *Arch Intern Med* 2003;163(19):2354-8.
26. Serebruany VL: Selective serotonin reuptake inhibitors and increased bleeding risk: are we missing something? *Am J Med* 2006;119(2):113-6.
27. Dodd S, Mitchell P, Bauer M, Yatham L, Young AH et al. Monitoring for antidepressant-associated adverse events in the treatment of patients with major depressive disorder: an international consensus statement. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2017.
28. Glassman AH, Bigger T, Gaffney M et al: Onset of major depression associated with acute coronary syndromes: relationship of onset, major depressive disorder history, and episode severity to sertraline benefit. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(3):283-288.
29. Musselman DL, Tomer A, Nemeroff CB et al: Exaggerated platelet reactivity in major depression. *Am J Psychiatry* 1996;153(10):1313-1317.
30. Serebruany VL, Glassman AH, Malinin AI, Nemeroff CB, et al: Platelet/endothelial biomarkers in depressed patients treated with the selective serotonin reuptake inhibitor sertraline after acute coronary events. The Sertraline AntiDepressant Heart Attack Randomized Trial (SADHART) Platelet Substudy. *Circulation* 2003;108(8):939-944.
31. Swenson JR, O'Connor CM, Barton D, et al. Influence of depression and effect of treatment with sertraline on quality of life after hospitalization for acute coronary syndrome. *Am J Cardiology* 2003;92(11):1271-1276.
32. Glassman AH, O'Connor CM, Califf RM, Swedberg K et al. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. *JAMA* 2002;288(6):701-709.
33. Joynt KE, O'Connor CM. Lessons from SADHART, ENRICHED, and other trials. *Psychosom Med* 2005;67Suppl 1:S63-S66.
34. Sauer WH, Berlin JA, Kimmel SE: Selective serotonin reuptake inhibitors and myocardial infarction. *Circulation* 2001;104(16):1894-1898.
35. Sauer WH, Berlin JA, Kimmel SE. Effect of antidepressants and their relative affinity for the serotonin transporter on the risk of myocardial infarction. *Circulation* 2003;108(1):32-36.
36. Markovitz JH, Shuster JL, Chitwood WS, et al. Platelet activation in depression and effects of sertraline treatment: An open-label study. *Am J Psychiatry* 2000;157(6):1006-1008.
37. Rosenbaum JF, Ionescu DF: Fluoxetine. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB, eds. *Textbook of Psychopharmacology*. Fifth Edition. Chapter 10. Arlington, American Psychiatric Association Publishing, 2017:335-358.
38. Haddad PM, et al. Antidepressant discontinuation syndromes. En: Haddad P, Dursun S, Deakin B eds. *Adverse Syndromes and Psychiatric Drugs*, New York, Oxford University Press Inc, 2004:183-205.
39. Schatzberg AF, Haddad P, Kaplan EM, et al. Serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: a hypothetical definition. Discontinuation Consensus panel. *J Clin Psychiatry*. 1997;58Suppl 7:5-10.
40. Jefferson JW, Rush AJ, Nelson JC, et al. Extended-release bupropion for patients with major depressive disorder presenting with symptoms of reduced energy, pleasure, and interest: findings from a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 67(6):865-873, 2006.
41. Hamilton DV, Clayton AH. Bupropion. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB, eds. *Textbook of Psychopharmacology*. Quinta edición. Capítulo 18. Arlington, American Psychiatric Association Publishing 2017:495-513.
42. Ghaemi SN. *Clinical Psychopharmacology, Principles and Practice*. Pag. 89. Oxford ed. 2019.
43. Goodwin GM, Price J, De Bodinat C, Laredo J. Emotional blunting with antidepressant treatments: a survey among depressed patients. *Journal of Affective Disorders* 2017. 05.048.
44. Dilsaver SC, Qamar AB, Del Medico VJ. The efficacy of bupropion in winter depression: results of an open trial. *J Clin Psychiatry* 53(7):252-255, 1992.
45. Modell JG, Rosenthal NE, Harriett AE, et al. Seasonal affective disorder and its prevention by anticipatory treatment with bupropion XL. *Biol Psychiatry* 58(8):658-667, 2005.
46. Hudziak JJ, Rettew DC. Bupropion, in *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology*. Tercera edición. Editado por Schatzberg AF, Nemeroff CB. American Psychiatric Publishing, 2004, pp 327-339.
47. Fava M. Weight gain and antidepressants. *J Clin Psychiatry* 2000;61Suppl 11:37-41.

48. Preskorn SH. Effects of antidepressants on the cytochrome P450 system. *Am J Psychiatry*. 1996;153(12):1655-1670.
49. Preskorn SH, Shah R, Neff M. The potential for clinically significant drug-drug interactions involving the CYP 2D6 system: effects with fluoxetine and paroxetine versus sertraline. *J Psychiatr Pract* 2007; 13(1):5-12.
50. Apovian CM, Aronne L, Rubino D. COR-II StudyGroup: A randomized, phase 3 trial of naltrexone SR/bupropion SR on weight and obesity-related risk factors (COR-II). *Obesity (Silver Spring)* 2013, 21(5):935-943.
51. Smith SR, Fujioka K, Gupta AK, et al. Combination therapy with naltrexone and bupropion for obesity reduces total and visceral adiposity. *Diabetes Obes Metab* 2013, 15(9):863-866.
52. Cassano P, Fava M: Tolerability issues during long-term treatment with antidepressants. *Ann Clin Psychiatry* 2004;16(1):15-25.
53. Katona C, Hansen T, Olsen CK. A randomized, double-blind, placebo-controlled, duloxetine-referenced, fixed-dose study comparing the efficacy and safety of Lu AA21004 in elderly patients with major depressive disorder. *IntClinPsychopharmacol* 2012, 27(4):215-223.
54. Mahableshwarkar AR, Zajecka J, Jacobson W. A randomized, placebo-controlled, active-reference, double-blind, flexible-dose study of the efficacy of vortioxetine on cognitive function in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology* 2015 40(8):2025-2037.
55. McIntyre RS, Lophaven S, Olsen CK: A randomized, double-blind, placebo-controlled study of vortioxetine on cognitive function in depressed adults. *Int J Neuropsychopharmacol* 2014, 17(10):1557-1567.
56. McIntyre RS, Florea I, Tonnoir B, Loft H, Lam RW, Christensen MC. Efficacy of Vortioxetine on cognitive functioning in working patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2017;78(1):115-121.
57. Kast RE. Mirtazapine may be useful in treating nausea and insomnia of cancer chemotherapy. *Support Care Cancer* 2001, 9(6):469-470.
58. Schatzberg AF. Mirtazapine. En: Schatzberg AF, Nemeroff CB, eds. *Textbook of Psychopharmacology*. Quinta edición. Capítulo 17. Arlington, American Psychiatric Association Publishing, 2017:479-493.
59. Thompson DS. Mirtazapine for the treatment of depression and nausea in breast and gynecological oncology. *Psychosomatics* 2000, 41(4):356-359.
60. Andrade Ch. Breast Cancer and Antidepressant Use. *JournalClinPsychiatry* 2012 73:9, e1156-e1157.
61. McDonald WM, Richard IH, DeLong MR. Prevalence, etiology and treatment of depression in Parkinson's disease. *Biol Psychiatry* 2003, 54: 363-375.
62. Rana AQ, Qureshi ARM, Fareez F, Rana M. Impact of ethnicity on mood disorders in Parkinson's disease. *International Journal of Neuroscience* 2015, 126 (8): 734-738.
63. Kritzinger C, Vollstedt EJ, Huckelheim K, Lorwin A, Graf J. Qualitative characteristics of depression in Parkinson's patients and controls. *Behavioural Neurology*. 2015.
64. Zahodne LB, Marsiske M, Okun MS, Bowers D. Components of depression in Parkinson disease. *Journal of Geriatric Psychiatry Neurol* 2012, 25 (3):131-137.
65. Ceravolo R, Nuti A, Piccinni A, Dell'Angello G, Bellini G. Paroxetine in Parkinson's disease: effects on motor and depressive symptoms. *Neurology* 2000, 55: 1216-1218.
66. Hauser RA, Zesiewicz TA. Sertraline for treatment of depression in Parkinson's disease. *MovDisord* 1997, 12: 756-759.
67. Rampello L, Chiechio S, Raffaele R, Vecchio I, Nicoletti F. The SSRI citalopram, improves bradykinesia in patients with Parkinson's disease treated with L-dopa. *ClinNeuropharmacol* 2002, 25: 21-24.
68. Wikinski S, Jufe G. El tratamiento farmacológico en psiquiatría: Indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional. 2004. Cap 18: 339 - 347. 1 era edición. Ed Panamericana. Buenos Aires.
69. Vázquez G. Trastornos del estado de ánimo: Depresión y bipolaridad. (159-172). 3era edición. CABA. Ed. Polemos, 2017.
70. Bauer M, Bschor T, Pfenning A, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, Moller HJ, WFSBP Task Force on Unipolar Depressive Disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2007; 8(2): 67-104.
71. Bauer, M, Severus E, Moller HJ, Young AH, and WFSBP Task Force on Unipolar Depressive Disorders. Pharmacological treatment of unipolar depressive disorders: summary of WFSBP guidelines. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2017, 21:3, 166-176.
72. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Toutjman V, Bhat V, CANMAT Depression Work Group. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments.
73. Alvano S. Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad: aspectos neurobiológicos, clínicos y terapéuticos. 2016. 38: 597-598. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), CABA.
74. Berger W, Mendlowicz MV, Marques-Portela C. Pharmacologic alternatives to antidepressants in posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Prog Neuropsychofarmacol Biol Psychiatry* 2009, 33:169-180.
75. Vilapriño JJ, Vilapriño Duprat M, Motuca M. *Depresión de difícil manejo: entre la evidencia y la experiencia*. (185-202; 295-304). 1era edición. CABA. Editorial Polemos. 2018.
76. Viswanath B, et al. Impact of depressive and anxiety disorder comorbidity on the clinical expression of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2012. (53) 6:775-782.
77. Pittenger C, Bloch MH. Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric clinics of North America* 2014, 37 (3): 375-391.
78. Black D, Noyes R. Comorbidity and obsessive-compulsive disorder. En: Overbeek T et al. *Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression: prevalence, symptoms and treatment effect*. *J Clinical Psychiatry* 2012. 63:12.
79. Swendsen J, Conway KP, Degenhardt L, Glantz M, Jin R, Merikangas KR, Sampson N, Kessler RC. Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction* 2010, 105 (6): 1117-1128.
80. Foulds J, Adamson SJ, Boden JM, Williman JA, Mulder RT. Depression in patients with alcohol use disorders: Systematic review and meta-analysis of outcomes for independent and substance-induced disorders. *Journal of Affective disorders* 2015. (185), 47-59.
81. Schuckit MA. Alcoholism and affective disorder: Clinical course of depressive symptoms. *The American Journal of Psychiatry* 1995, 152, 45-52.
82. Pettinati HM, Oslin DW, Kampman KM, Dundon WD, Xie H, Gallis TL, Dackis CA, O'Brien CP. A double-blind, placebo-controlled trial combining sertraline and naltrexone for

- treating co-occurring depression and alcohol dependence. *Am J Psychiatry* 2010, 167 (6): 668-675
83. Mereu M, Bonci A, Hauck Newman A, Tanda G. The neurobiology of modafinil as an enhancer of cognitive performance and a potential treatment for substance use disorders. *Psychopharmacology* 2010, 229 (3): 415-434.
 84. Rush AJ, Fava M, Wisniewski SR, et al. STAR*D Investigators Group: Sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR*D): rationale and design. *Control Clin Trials* 2004, 25(1):119-142.
 85. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, et al; STAR*D Study Team: Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry* 2006, 163(1):28-40.
 86. Ernst CL. Identifying and Managing Cardiac Safety Risks of Psychotropic Drugs. American Psychiatric Association-Learning Center. 2016.
 87. Rasmussen SL, Overø KF, Tanghøj P. Cardiac safety of citalopram: prospective trials and retrospective analyses. *J ClinPsychopharmacol* 1999; 19 (5):407-415.
 88. Grundemar L, Wohlfart B, Lagerstedt C, et al. Symptoms and signs of severe citalopram overdose. *Lancet* 1997;349(9065):1602.
 89. FDA Warning, 2011. FDA Drug Safety Communication: Abnormal heart rhythms associated with high doses of Celexa (citalopram hydrobromide). [Internet]. Disponible en: www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm269086.htm
 90. Roseboom PH, Kalin NH. Citalopram and Escitalopram. En: Schatzberg AF, Nemeroff CB. The American Psychiatric Association Publishing, Textbook of Psychopharmacology. Quinta edición. Capítulo 14, págs. 431-453.
 91. Beach SR, Celano CM, Sugrue AM, Adams C, Ackerman MJ, Noseworthy PA, Huffman JC. QT Prolongation, Torsades de Pointes, and Psychotropic Medications: A 5-Year Update. *Psychosomatics* 2018;59(2):105-122.
 92. Isbister GK, Bowe SJ, Dawson A, Whyte IM. Relative toxicity of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in overdose. *J Toxicol Clin Toxicol* 2004;42(3):277-85.
 93. Goldberg JF, Ernst CL. Cardiovascular System. In: Goldberg JF, Ernst CL. Managing the Side Effects of Psychotropic Medications. Segunda edición. Capítulo 7. Págs 121-143. American Psychiatric Association, 2019.
 94. Otsuka Y. Paroxetine-induced QTc prolongation. *J Gen Fam Med* 2017;18(6):442-445.
 95. Bradley LA. Pathophysiologic mechanisms of fibromyalgia and its related disorders. *J Clin Psychiatry* 2008;69Suppl 2:6-13.
 96. Stahl SM. Pain and the Treatment of Fibromyalgia and Functional Somatic Syndromes. In: Stahl SM. Stahl'sv Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Applications. Tercera edición. 2008. Cambridge University Press. Capítulo 15. Págs. 773-814.
 97. Stahl SM. El dolor crónico y su tratamiento. En: Stahl SM. Psicofarmacología Esencial de Stahl. Bases Neurocientíficas y aplicaciones prácticas. Cuarta Edición. 2014. Edición Española de Grupo Aula Médica. Capítulo 10. Págs. 420-443.
 98. Halsband SA. *Criterios de elección del antidepresivo*, PROAPSI Séptimo Ciclo, Módulo 4, Editorial Panamericana. 2019, en prensa.
 99. Rosenblat JD, Lee Y, McIntyre RS. The effect of pharmacogenomic testing on response and remission rates in acute treatment of major depressive disorder: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2018, 241; 484-491.



CORRIENTES ACTUALES DEL PENSAMIENTO PSICOSOMÁTICO

Coordinación

Jorge C. Ulnik

La concepción de una medicina psicosomática ha sido objeto de discusiones tanto conceptuales como terminológicas porque cuando se quiere combinar o relacionar entre sí la psique y el soma se pone en evidencia un problema epistemológico difícil de resolver. De ahí que algunos llaman psicosomáticas a las manifestaciones sintomáticas que no tienen causa orgánica o que no se corresponden con ninguna lesión demostrable o simplemente a las que la medicina no les encuentra explicación. En estas teorías predomina la idea de psicogenia y surge de ellas que lo que carece de consistencia es la entidad por la cual el enfermo consulta: no tienen nada orgánico. Otros usan el término “psicosomáticas” para referirse estrictamente a un grupo de enfermedades que aunque tienen entidad suficiente porque afectan seriamente algún órgano o sistema corporal no tienen una causa demostrable o un tratamiento eficaz. Algunos trabajos sobre el tema psicosomático han intentado nuevos neologismos (véase Lacan “epistemo-somática” o Mc Dougall “psicosomatosis”) o han colocado el énfasis en el guión: “psico-somática” para abordar el problema en otros términos, evidenciando que la expresión “psicosomática” no logra dilucidar el enigma de la interacción mente-cuerpo.

Haciendo una comparación de la psique y el soma con dos islas enfrentadas, una compuesta de algas y plantas y la otra de rocas volcánicas, la discusión – como plantea Chiozza– gira alrededor del puente que podría unir las. Si el puente es de fibras vegetales, no se va a poder atar en la roca desnuda. Si el puente es de

cemento, no habrá forma de anclarlo a la isla de plantas flotantes. ¿Eso significa que no hay puentes entre psique y soma? Sin embargo, todos parecen acordar acerca de una posible relación que podría explicar el salto de una isla a la otra. Simplificando mucho, esta relación podría resumirse en la idea de que lo que no sale por el lado del lenguaje hablado o las emociones conscientes (la rabia, la excitación sexual, la violencia, la tristeza, los traumas y conflictos reprimidos o suprimidos, etc.) surge abrupta y sorpresivamente por el otro, bajo la forma de enfermedades somáticas. Otra posible relación se basa en que son los mismos problemas, excesos, conflictos, tensiones, traumas, fallas o déficits, los que podrían “expresarse” ya sea psíquicamente o somáticamente.

Pues bien, los artículos que siguen reflejan diferentes puntos de vista sobre esta compleja articulación. Desde la idea de que psique y soma son el resultado de una limitación en nuestra forma de percibir una unidad que está latente, hasta la idea de que aunque están irremediabilmente separados existen mecanismos físicos (hormonas, fármacos, neurotransmisores, genes, etc.) que los pueden conectar e influenciar. También la hipótesis de grietas, fallas, déficits que una vez corregidos o suplementados podrían organizar esas dos “islas” en una armonía general.

A este número quisimos darle un carácter internacional y transmitirle al lector qué es lo que está ocurriendo con la psicosomática en distintas partes del mundo. Eso se puede apreciar en los reportajes a Dennis Linder e Irina Korosteleva y en el trabajo de Wolfgang Merkle.

El Profesor Linder es un dermatólogo con un profundo conocimiento de lo psicosomático, ex presidente de la Sociedad Europea de Dermatología y Psiquiatría (ESDAP) y Profesor Adjunto de la Universidad Ben-Gurion del Negev, Israel y de la Universidad de Graz, Austria. La Lic. Korosteleva es pionera en el desarrollo de la psicosomática en Rusia. El Profesor Merkle dirige una clínica psicosomática con internación en Frankfurt y nos cuenta cómo funciona la atención psicosomática en Alemania, país donde se ha incorporado la medicina psicosomática como especialidad médica al mismo nivel que las otras.

Al mismo tiempo que sumamos aportes de carácter internacional, intentamos poner en discusión, y porqué no, también en conversación, autores nacionales con ideas bien diversas sobre lo que ocurre entre el cuerpo y la psique para que el lector pueda conocer estas ideas y a partir del disenso, logre enriquecer las suyas propias.

Los psicosomatistas podrían dividirse en “simbolizadores” y “no simbolizadores”. Los primeros son los que piensan que el cuerpo es simbólico y que habla a través de sus enfermedades y transformaciones. En este grupo (en el que podemos mencionar el antecedente de Groddeck, Weizsäcker, Rascovsky, Garma, entre otros) se encuentra Luis Chiozza, quien lee una historia que se oculta en el cuerpo basándose en la investigación psicoanalítica que demuestra que un trastorno físico puede ser interpretado como un lenguaje que comunica de manera inconsciente el significado de un episodio biográfico particular. Propone un método de tratamiento interdisciplinario que ha llamado estudio patobiográfico y que desarrolla desde hace más de 40 años. Los segundos, los “no simbolizadores” son aquellos que piensan que la enfermedad somática puede ser el producto de un exceso de estímulos internos o externos de carácter cuantitativo, y la consecuencia de déficits simbólicos que hacen que los hechos traumáticos de la vida no se puedan elaborar. Un pionero de este grupo fue Pierre Marty, a quien siguieron otros autores tanto psicoanalíticos como de otras corrientes de pensamiento psicológico.

Los autores de este dossier recorren varios caminos y aportan elementos diferentes, ya sea en la teoría como en la práctica.

José Fischbein considera la somatización como un episodio de orden biológico, universal e idéntico en cada sujeto. Pero no se detiene allí: basándose en el aporte de filósofos como Badiou, Deleuze y otros, sostiene que el acontecimiento somático sería el resultante de un proceso de historización, que responde a la fantasmática singular de cada persona, restablece la subjetividad e incluye a la somatización en la realidad psíquica.

José Bonet pone el acento en los mecanismos fisiopatológicos que intervienen en el intercambio mente/cerebro/cuerpo. Comienza por las modificaciones epigenéticas que ocurren luego de situaciones estresantes de la infancia, luego describe los efectos de la carga alostática, continúa con la neuroinflamación como una de las vías mediatizadoras de las somatizaciones y finalmente desarrolla el rol de la interocepción como parte fundamental de la comunicación entre el cuerpo, el cerebro y la mente.

Mientras tanto, Wolfgang Merkle nos cuenta cómo en Alemania hay servicios enteros dedicados a atender este tipo de pacientes, y sin prejuicios tratan de integrar múltiples recursos de lo más diversos en su tratamiento.

Por último, el autor de estas líneas propone que la cuestión acerca de la capacidad de simbolizar en los pacientes con enfermedades somáticas se puede enriquecer si consideramos distintos niveles de simbolización. En función de ello, postula que hay somatizaciones que solo indican un exceso, otras que imitan un estímulo o una escena imaginaria y otras que simbolizan una situación afectiva y vincular compleja. Para abordarlas sugiere estudiar la relación entre percepción, marca y representación, como tres puntos cardinales para orientar una práctica psicosomática, teniendo en cuenta la relación entre el mundo, el cuerpo y el otro. Como es obvio, no hemos pretendido abarcar todas las corrientes actuales del pensamiento psicosomático. Ese objetivo no se cumpliría ni aun compilando un libro entero. En cambio, hemos optado por tomar una muestra representativa de cuán viva, estimulante y actual sigue siendo esta forma originaria de orientar la medicina en su lucha y en su diálogo con la enfermedad. ■

Breve revisión de cuatro mecanismos fisiopatológicos claves para la Medicina Psicosomática

José Bonet¹

1. Médico Psiquiatra. Centro de Estrés, Fundación Favaloro. Co-Director Maestría PINE, Universidad Favaloro.

E-mail: doctorjosebonet@gmail.com

Resumen

La idea de que ciertos “factores psicológicos” y el ambiente psicosocial influyen en el funcionamiento corporal y en la conservación de la salud o la aparición de la enfermedad se ha mantenido a lo largo de los años, y de los diferentes enfoques de la ciencia, la medicina, y la psicología. La Medicina Psicosomática tradicionalmente se ocupa de esta cuestión, pero el término “psicosomático” está siendo criticado por cierta ambigüedad implícita en el mismo, derivada probablemente, de la identificación con algunos de los marcos teóricos y/o métodos de investigación específicos que han formado parte de su evolución. Esto ha dado lugar a malentendidos sobre su definición, objetivos, y a la dilación en la búsqueda de las vías mediatizadoras de esos efectos. A partir de esto ha ido en aumento el interés en la investigación de los mecanismos, o vías mediatizadoras a través de las cuales podrían ejercer la influencia sobre el funcionamiento somático. Esta breve revisión se focaliza en el estrés temprano, la epigenética y los polimorfismos, como el mecanismo de penetración del ambiente psicosocial; la alostasis y carga alostática como el desgaste acumulado en el tiempo producido por la adaptación continua a un contexto cambiante; la activación de las vías neuroinmunes como base fisiológica de las somatizaciones; y la interocepción, como la vía en que el cuerpo se introduce en el cerebro, la mente, y la conciencia.

Palabras claves: Psicoimmunoneuroinmunología - Epigenética - Carga Alostática - Citoquinas - Interocepción.

A SHORT REVIEW OF FOUR KEY PHYSIOPATHOLOGICAL MECHANISMS FOR PSYCHOSOMATIC MEDICINE

Abstract

The notion that “psychological factors” and the psychosocial environment influence the body function and the health maintenance or disease onset has been maintained over the years, and from different approaches to science, medicine, and psychology. Psychosomatic Medicine traditionally deals with this issue, but the “psychosomatic” name is now being criticized because of some implicit ambiguity, probably derived from the identification with the different theoretical frameworks and/or specific research methods that have been used in its evolution. This has given rise to misunderstandings about its definition, objectives, and a delay in the search for pathways of mediatizing these effects. Since then, there has been an increasing interest in the research of mechanisms, or mediatizing pathways through which the mind, the brain, and the environment could produce an impact on the somatic functioning. This brief review focuses on early stress, epigenetics and polymorphisms, such as the mechanism of penetration of the psychosocial environment; alostasis and alostatic load such as the accumulated wear and tear produced by the continuous adaptation to a variable psychosocial context; activation of the neuroimmune pathways as the physiological basis of somatizations; and interoception as a the pathway that the body introduces into the brain, mind and consciousness.

Key words: Psychoneuroimmunology - Epigenetic - Alostatic load - Cytokines - Interoception.

Introducción

“Lo que sentimos, pensamos y somos está en gran medida determinado por el estado de nuestras glándulas y nuestras vísceras”.

Aldous Huxley

La idea de que ciertos “factores psicológicos” influyen en el funcionamiento corporal es un concepto que se ha mantenido a lo largo de los años, y a través de los diferentes enfoques de la ciencia, la medicina, y la psicología. Una situación similar ocurre con la participación del ambiente o el contexto en la conservación de la salud o la aparición de la enfermedad. Si bien no todos los investigadores, la mayoría de las personas acuerdan con ambas afirmaciones; también, podemos decir que la mayoría de los clínicos, que trabajan con pacientes en la clínica cotidiana, sabe que existen, más aún, alguna vez ha tenido que enfrentarse con fenómenos difíciles de explicar solamente desde lo estrictamente físico o biológico.

La especialidad que tradicionalmente se ocupa de esto es la Medicina Psicosomática (MP); pero ocurre que el término “psicosomático” es actualmente muy discutido por la ambigüedad implícita en el mismo; y esta ambigüedad deriva, probablemente, de la identificación de la MP con algunos de los marcos teóricos y/o métodos de investigación específicos que han ido formado parte de su evolución y desarrollo, lo cual ha dado lugar por un lado, a importantes malentendidos sobre su definición y sus objetivos, y por otro a una dilación en la búsqueda de las vías mediatizadoras de esos efectos (1). A partir de esto ha ido en aumento el interés en la investigación de los mecanismos, vías o caminos, a través de los cuales los llamados “factores psicológicos”, esto es las cogniciones, pensamientos, recuerdos, emociones, o el ambiente podrían ejercer esta influencia sobre el funcionamiento somático y viceversa; por lo tanto, tener un impacto central sobre la calidad de vida, sobre la ecuación salud y la enfermedad.

Si bien se ha intentado encontrar, desde diferentes abordajes, las vías plausibles por las cuales la mente y las emociones podrían afectar la función corporal y la salud física, y aunque la relación entre las emociones, ambiente, y el cerebro con las enfermedades ha sido postulado desde hace mucho tiempo, en principio eran hipótesis lineales con mecanismos poco conocidos; esto ha ido evolucionando a concepciones más modernas y complejas conforme ha ido progresando tanto los diferentes paradigmas de la ciencia y la investigación como la tecnología en la biología y la medicina. Esto ha permitido la expansión del conocimiento como vemos hoy, que para entender el proceso de enfermar es necesario considerar desde el nivel de la molécula hasta el nivel de la sociedad.

En las últimas dos décadas, la investigación biomédica ha venido cambiando nuestra comprensión del funcionamiento de los sistemas corporales, quedando cada vez más claro la existencia de una compleja red

de mediación, modulación y retroalimentación, entre el cerebro y el sistema nervioso autónomo, el sistema endócrino, el sistema inmunológico, y la mente. Estos sistemas, que antes se consideraban totalmente independientes interactúan a un sinnúmero de niveles, surgiendo así el concepto de Psiconeuroendocrinología (PINE), neologismo que significa una cosa bastante obvia, que los sistemas corporales funcionan de una manera interactiva. Los sistemas endócrino, nervioso e inmunológico son las principales vías de comunicación del organismo, que, junto con el aporte de los procesos psicológicos, conforman una compleja red de comunicación entre sí y con el resto del cuerpo para supervisar y regular una variedad de funciones fisiológicas internas; también se consolida un sistema de protección frente a las amenazas internas y externas (2). Para lograr este objetivo, comparten señales químicas, bidireccionales, que son percibidas y codificadas por cada uno de ellos, siendo el cerebro el centro coordinador central; recibe estímulos y señales, y envía respuestas conductuales y físicas. Se propone al funcionamiento humano como una “matrix” (matriz) funcional, a partir de la comunicación estructural, funcional, interactiva, y constante entre los sistemas nervioso, endócrino, inmune, y el psiquismo; una red funcional al servicio de la adaptación y la supervivencia (3). Aunque en la actualidad se considera una idea prácticamente elemental, la noción de que la función y/o disfunción de esta red contribuye al incremento de la vulnerabilidad a las enfermedades, o al mantenimiento de la salud, no fue muy aceptada en general, ni siquiera hasta hace unas pocas décadas.

De esta forma, la PINE plantea una “fisiología integral”, esto es, una síntesis entre la fisiología convencional, el psiquismo individual (incluyendo la mente, las emociones, y la espiritualidad), y la interacción con el contexto ambiental físico, y psicosocial, para inducir cambios positivos o perjudiciales en el cuerpo humano. Esta forma de considerar la fisiología, ha tenido como una evolución o deriva a medida que se fueron agregando conocimientos y tecnologías de estudio; partiendo desde los estadios iniciales de la Psiconeuroendocrinología, cuando el foco estaba puesto en los aspectos psicológicos y psiquiátricos de las enfermedades endócrinas, hasta ahora, que con el mayor conocimiento de las vías neuroinmunes y el sistema de citoquinas cerebrales, considerar a este eje cerebro/inmune, como la “base” fisiológica del intercambio cuerpo/cerebro/mente; base fisiopatológica explicativa y plausible de los procesos de somatización. Es decir, diferentes disciplinas tomaron a esta red PINE como la “base fisiológica” del problema mente/cerebro/cuerpo, adquiriendo un papel central en esta consideración unitaria o integral del padecimiento, en la cual se hace muy difuso el límite entre biológico y mental, produciendo una especie de caída del dualismo cartesiano, dominante en la ciencia y medicina desde hace años. Este dualismo generaba una visión reduccionista de la enfermedad.

El campo de la psiconeuroinmunología especialmente ha sido testigo de una explosión de hallazgos

empíricos durante los últimos años, que han generado el cambio de algunos “dogmas”; por ejemplo, el dogma clásico de la inmunología que dice que la función básica de la respuesta Inmune es discriminar “lo propio de lo no propio”, se ha modificado y se agrega dentro de las funciones esenciales de la inmunidad es emitir “señales de peligro” y “señales de enfermedad”. Las señales de peligro son producidas en los tejidos dañados o frente a un daño potencial, que incluye el estrés psicosocial, proporcionando información, a través de las citoquinas, para que se despliegue la respuesta inmune innata o natural. Estas señales llegan al cerebro, organizador central, que decodifica esa información y emite respuestas neurales, conductuales y metabólicas para optimizar la defensa ante el peligro o la enfermedad. La exposición a eventos de estrés mental o ambiental estimula una cascada de respuestas fisiológicas y conductuales dirigidas a mejorar las posibilidades de supervivencia. A nivel celular, la inducción de proteínas que pueden ser una señal de respuesta aguda al estrés, y puede funcionar como una “señal de peligro” endógena, que facilita la activación de la respuesta inmunológica en momentos de estrés agudo. A partir de este simple ejemplo podemos ver un concepto importante, impensado en otros momentos: El sistema inmune es sensible y responde a los cambios del ambiente (4).

La pregunta que subyace es: ¿cuáles son los mecanismos biológicos por los cuales las emociones, cogniciones, conductas o factores sociales se traducen en un proceso de enfermedad física o incluso en la muerte? ¿Cómo puede la enfermedad física resultar en una alteración de las emociones, la cognición o el comportamiento y viceversa? Antiguas preguntas, acerca de las cuales la ciencia puede darnos algunas respuestas nuevas.

El objetivo de este trabajo es reseñar cuatro conceptos actuales que consideramos nucleares para entender el funcionamiento mente/cerebro/cuerpo, y por lo tanto bases fisiológicas para una concepción actualizada de la Medicina Psicosomática; por lo tanto, aportes imprescindibles a tener en cuenta hoy en día para lograr una comprensión adecuada de la participación de los aspectos ambientales y mentales, psicosociales, en la ecuación salud enfermedad. En primer lugar, consideraremos al estrés en los primeros años de la vida o adversidad temprana, a través de cambios Epigenéticos produce cambios neurobiológicos estables y a largo plazo en la respuesta de estrés que va a generar una vulnerabilidad a la enfermedad; de esta manera las modificaciones epigenéticas inducidas por la adversidad temprana se presentan como un mecanismo plausible para demostrar como “el ambiente se encarna o se mete bajo la piel”. En segundo lugar, describiremos el estrés y la carga alostática como el costo que sobreviene en el organismo por la necesidad de adaptación a un ambiente constantemente cambiante; por lo tanto, la desviación acumulada de los sistemas regulatorios fisiológicos se postula como uno de los mecanismos predictores tempranos de enfermedad. Dentro de esos circuitos fisiológicos desregulados, se encuentra el sistema inmune y la

neuroinflamación, que en el tercer punto describiremos a la activación de las vías neuroinmunes como una de las vías mediatizadoras de la conexión mente cerebro cuerpo y de las somatizaciones. Finalmente, el proceso de interocepción, mecanismo de comunicación “on-line” por excelencia mediante el cerebro toma nota del estado de las vísceras y el interior del cuerpo; o sea, el cuerpo se mete no solo en el cerebro, sino en la mente y la conciencia, es decir es la base de nuestros sentimientos conscientes.

1) Estrés en los primeros años de la vida, Epigenética, y Polimorfismos: “El ambiente se mete bajo la piel”

La adversidad en la vida temprana y, en particular, una historia de abuso físico o sexual, abandono, o negligencia en los primeros años de la vida, es uno de los predictores más fuertes de resultados negativos, o sea un factor de riesgo, en materia de resultados en salud, tanto mental como física. Si bien el efecto del vínculo parental temprano en la Salud Mental de los individuos, ya había sido postulado por Freud y otros autores, no se conocían claramente los mecanismos, vías y señales intermedias a través de los cuales estos efectos tenían lugar; hoy día contamos con evidencia convincente acerca de que la calidad del ambiente psicosocial influye no solo en la salud psíquica, sino también en la salud física del sujeto una vez adulto.

Desde hace tiempo, muchos investigadores vienen estudiando las vías a través de las cuales esa relación “se mete en el cuerpo” del niño; actualmente “programming” y la Epigenética, nos permiten entender cómo la experiencia temprana y la calidad de los cuidados parentales se transforma en modificaciones químicas estables que se asocian con un incremento del riesgo una vez adulto, a las enfermedades mentales, la hipertensión, la diabetes, aterosclerosis, y también con el cáncer (5,6,7).

En el camino de encontrar el mecanismo a través del cual el ambiente psicosocial se introduce en el organismo, “se mete bajo la piel”, y produce esta predisposición, se postuló que la adversidad en edad temprana impacta en la reacción de estrés, a través de modificar la función del receptor de corticoide en el cerebro, con lo cual se altera, deja de funcionar, el sistema de “frenado” o retroalimentación negativa del principal eje neuroendócrino del estrés. A partir de esto, frente a cada situación de desafío, peligro o amenaza cotidiana el sujeto reacciona con una respuesta exagerada; inicialmente llamado “Fenotipo hiperreactor vulnerable” es uno de los principales mecanismos que generan una vulnerabilidad para la enfermedad mental y física. Esta modificación en los circuitos neurobiológicos que van a montar la respuesta al estrés finalmente, despliega respuestas desadaptativas generando consecuencias a largo plazo (8,9,10).

El avance en los conocimientos de la epigenética, brinda la posibilidad de conocer los mecanismos íntimos plausibles, a través de los cuales el ambiente psicosocial modifica de manera sostenida la expresión de

ciertos genes y la inhibición de otros. Esto, rápidamente fue tomada por los psiquiatras y por los neurocientíficos por su posibilidad de explicar el rol del ambiente psicosocial para modular e influenciar, a través de la expresión de genes, los cambios inducidos por la adversidad temprana. A través de este mecanismo las experiencias psicosociales se convierten en “reacciones químicas” que resultan en cambios a largo plazo en la actividad de los genes, con consecuencias conductuales y fisiológicas. Dicho de otro modo, la transformación de experiencias sociales en reacciones químicas, o factores relacionados con la experiencia personal impresos químicamente (11).

Dentro de una larga serie de evidencias, tanto preclínicas como clínicas, vamos a considerar tres ejemplos. Hace unos años, Weaver, Meaney y colaboradores encontraron en roedores una modificación epigenética del gen NR3C1 que era indicativa de un comportamiento diferente en la calidad de la crianza materna. Específicamente, los cachorros de rata criados por madres con un nivel intenso de lactancia, lamidos y cuidados exhibieron una hipometilación significativa en un sitio específico de CpG localizado en un sitio de unión con el NGFI-A, lo que sugirió que estaba involucrado en la modulación de la transcripción del receptor de corticoides en el cerebro. La intensificación del cuidado aumentó la expresión del receptor de glucocorticoides (GR), acompañado, entre otras cosas, de una mayor expresión de un factor de transcripción especial, NGFI-A, que se une al promotor del gen GR para aumentar su transcripción y expresión. El GR en el cerebro es central para la respuesta de estrés: cuando se activa se frena la respuesta de estrés y esto quiere decir que dicha respuesta es adecuada (12,13).

Basándose en esta evidencia previa de estudios en animales, un número significativo de autores han centrado su investigación en la modulación epigenética de genes en humanos y su asociación con el estrés temprano, la reactividad al estrés y diferentes condiciones psicopatológicas. Una vez adultos, los hijos con alto nivel de cuidados muestran una expresión del GR incrementada en el hipocampo mejorando la sensibilidad a la retroalimentación glucocorticoidea; a mayor presencia de GR, mayor posibilidad de frenado del sistema de estrés. Inversamente, el estado de privación materna, negligencia o abuso infantil es un estresor muy potente, que interfiere con el efecto modulador de la figura y presencia materna, produciéndose cambios inmediatos en la cría, como la desregulación amplia de respuestas fisiológicas y conductuales. Parecería que se pierden señales y reguladores neurobiológicos y endócrinos internos generados por los cuidados maternos (14,15).

Por diferentes estudios previos sabemos que el abuso sexual y físico en la niñez incrementa el riesgo de autoagresión, ideación suicida e intentos de suicidio una vez adultos; más aún, estas se incrementan con la gravedad e intensidad del abuso. Un creciente cuerpo de evidencias que sugiere que la presencia de estresores ambientales induce modificaciones conductuales a

través de la reprogramación epigenética de la función de los genes. McGowan, Turecki, y colaboradores publicaron una serie de trabajos, en la que comprueban que el abuso en la infancia se asocia con la regulación epigenética del receptor de glucocorticoides en humanos. Estudiaron el hipocampo de víctimas de suicidio, comparando los sujetos suicidas que tuvieron abuso infantil con suicidas sin abuso infantil y encontraron que en los sujetos víctimas de abuso hubo un incremento de la metilación receptor de corticoides, con disminución en el nivel de transcripción del rec. de GC, es decir que los genes que “activan” la producción de receptores de corticoides, están “silenciados”. La disminución de receptor para glucocorticoides indica que funciona menos, que hay menos lugares en los cuales el cortisol puede unirse y “frenar” el circuito; por lo tanto, se correspondería con una hiperactividad del eje HPA, o sea una desregulación de la respuesta de estrés. Por lo tanto, es posible especular que los procesos epigenéticos pueden mediar los efectos del ambiente psicosocial en la infancia en la expresión de genes del hipocampo y que las marcas epigenéticas estables, como la metilación del ADN, podrían entonces persistir hasta la edad adulta e influir en la vulnerabilidad a la psicopatología a través de efectos en los niveles intermedios de la función, tales como la actividad HPA (16,17).

Otro polimorfismo muy estudiado que funciona como el vínculo entre el estrés temprano y el riesgo a la ansiedad, depresión y estrés post traumático es una proteína conocida como FKBP5, que está codificada por el gen FKBP5; esta proteína actúa modificando la sensibilidad de GR. Forma un circuito o bucle intracelular ultracorto de retroalimentación negativa que regula, modula, la actividad del GR en el cerebro; el incremento de FKBP5 reduce la afinidad y la sensibilidad del receptor, lo que mantiene el eje del estrés activo. Binder y un extenso grupo de colaboradores, ha podido observar varios polimorfismos (haplotipos rs1360780, rs9296158, rs3800373 y rs9470080) que interactúan con trauma temprano o abuso infantil para predecir Trastorno de Estrés Postraumático, Depresión, y Suicidio. A través de diversos estudios, se evidencia la existencia de un “polimorfismo protector” (FKBP5 C/G rs1360780) y otros “polimorfismos de riesgo” (A/T rs1360780). Es decir que los sujetos portadores de los polimorfismos protectores enfrentados a situaciones traumáticas infantiles son más resilientes, presentan menos riesgo de desarrollar depresión, estrés postraumático, y suicidio en la adultez, que los portadores de los polimorfismos de riesgo. Los autores concluyen que “se ha identificado un mecanismo molecular que media la interacción entre este gen y el medio ambiente a través de una modificación epigenética a largo plazo (18).

Dentro de la gran cantidad de polimorfismos estudiados, tomamos solamente dos de ejemplo de cómo pueden favorecer la resiliencia o ser “protectores”, el FKBP5 y el NR3C1 que junto con el gen del BDNF algunos autores los llaman los “genes del estrés”.

2) El Estrés y la Carga Alostática: el costo acumulado por la acomodación constante

El estrés es un proceso complejo, dinámico y recurrente, entre las demandas ambientales, los recursos sociales e individuales, tanto físicos como mentales, y la valoración del individuo acerca de relación entre las demandas y los recursos disponibles. La respuesta de estrés depende tanto de la percepción e interpretación de un evento, como de la evaluación de la propia habilidad para afrontarlo, del procesamiento cerebral de esos estímulos, y de la capacidad física de respuesta, desplegada por las señales aportadas por el eje HPA, la rama innata de la inmunidad, y la activación simpática.

La idea de que niveles acumulativos de estrés podrían tener efectos deletéreos en la salud y la longevidad data de trabajos tempranos en homeostasis, continúa con Selye y otros autores sobre las consecuencias patológicas de la excesiva activación fisiológica. Actualmente, el modelo de Alostasis y Carga alostática está siendo ampliamente empleado para medir los diferentes y sucesivos parámetros que el organismo se ve forzado a modificar para adaptarse a las diferentes situaciones, ya sean cambios físicos y/o psicosociales, y del medio ambiente. El estrés psicosocial crónico y la desregulación fisiológica consecuente son aceleradores del envejecimiento y de la trayectoria de enfermedad. Contamos con evidencias convincentes que estresores como estado socioeconómico bajo, soporte social disminuido, exposición temprana a abuso, relaciones conflictivas están asociados con un incremento del riesgo a enfermedades físicas, mental, e incremento de la mortalidad (19).

Alostasis un proceso dinámico cuya premisa básica es que la adaptación a las demandas cotidianas permanentemente cambiantes, requiere que el cuerpo con la coordinación central del cerebro, realice pequeños ajustes fisiológicos constantes ante una amplia variedad de estímulos. De esta forma, cambiando temporalmente sus rangos fisiológicos y reseteando los puntos de equilibrio de manera de adaptar el sistema ante las circunstancias enfrentadas otorga viabilidad al sistema. No obstante, si el estímulo y el reseteo alostático permanecen estables o continúan por períodos largos, o sea una exposición recurrente y prolongada a los desafíos y demandas ambientales genera una desregulación progresiva de diversos sistemas fisiológicos. Entonces sobreviene la "Carga Alostática", que es el desgaste y deterioro acumulado por la exposición a estresores psicosociales durante el curso de la vida que puede llevar a la disfunción operacional del sistema. Sería es el precio que paga el organismo por su esfuerzo adaptativo al cambio constante (20).

El modelo de Alostasis/Carga Alostática valora las desregulaciones fisiológicas que sobrevienen cuando el funcionamiento homeostático normal cambia a un rango anormal, despliega respuestas desadaptativas en los sistemas regulatorios que incluyen Eje Hipotálamo Pituitario Adrenal (HPA), Sistema Nervioso Simpático y Parasimpático, el Sistema Inmune, y otros sistemas intermedios como el Cardiovascular, Digestivo, Locomotor,

etc. Esta desregulación crónica confiere un riesgo fisiológico acumulativo para enfermedades y disfunción a través del daño de tejidos y órganos de los sistemas mayores.

Esta sería una especie de "vía o camino progresivo hacia la mala salud". Los circuitos comienzan exhibiendo un desbalance en los "mediadores alostáticos primarios" o cambios tempranos de la respuesta como son el cortisol, las catecolaminas y las citoquinas (CTQ) proinflamatorias. Luego aparecen los llamados Resultados Secundarios, que reflejan alteraciones biológicas subsiguientes generados por esta activación prolongada, como son el insomnio, fatiga, irritabilidad, el síndrome metabólico, etc. El estado final de la progresión de carga alostática son las consecuencias o resultados terciarios, donde la culminación de la desregulación fisiológica conduce a desordenes, enfermedades y muerte.

Los cambios cerebrales asociados con el estrés crónico y la CA no sólo aumentan la vulnerabilidad biológica, sino que también la psicológica, al alterar la capacidad para el procesamiento cognitivo de los estímulos. Esta alteración neurocognitiva puede favorecer la desregulación o sobre activación de los sistemas fisiológicos del organismo, pudiendo aumentar aún más la vulnerabilidad biológica. Los cambios como consecuencia de la capacidad plástica del ser humano en los diferentes niveles mencionados posibilitan modificaciones que pueden tender a estados de salud, pero también a estados de enfermedad. Los mediadores alostáticos biológicos nos permiten acercarnos a la identificación de posibles estados de salud o enfermedad, así como a posibles estados de transición entre éstos (21).

Resultados de investigaciones de la última década proporcionan evidencia que la CA capta los cambios fisiológicos que preceden a la aparición de la enfermedad clínica y representan un paso importante en el proceso de desarrollo de la enfermedad. Estos estudios han revelado que el análisis en conjunto de múltiples biomarcadores y ensayos psicométricos, arroja un índice de CA (ICA), que logra predecir el riesgo de enfermedad y muerte, y el estado de funcionamiento integral del organismo más eficientemente que el análisis de cada uno de los biomarcadores por separado. La utilidad de evaluar múltiples biomarcadores, particularmente los mediadores primarios, se vislumbra como una herramienta práctica y poderosa para mejorar las estrategias biomédicas diagnósticas y lograr así poder implementar estrategias terapéuticas tempranas para mejorar la calidad de vida y promover la longevidad. Midiendo las interacciones multisistémicas entre los mediadores primarios y sus efectos, en conjunto con biomarcadores relevantes sub-clínicamente, se puede lograr grandes avances biomédicos en la detección de individuos con elevado riesgo de culminar en estadios terciarios (22).

Teniendo en cuenta la bibliografía internacional y estudios anteriormente citados, podemos decir que contamos con suficiente y significativa evidencia para considerar que la determinación de la CA es una medida o indicador de riesgo preclínico, es decir, es un índice predictor temprano de enfermedad, tanto física como mental.

3) Activación de las vías neuroinmunes: la vía directa de las Somatizaciones

La pérdida del límite entre lo mental y lo biológico, o entre lo físico y lo psicológico se hace evidente en una serie de síntomas llamados precisamente somatizaciones o síntomas mente/cuerpo, como son el dolor, la fatiga, el ánimo deprimido, el insomnio, la anhedonia, la irritabilidad, la anorexia, la disminución del interés social y sexual, que acompañan casi siempre a la inflamación y activación de las citoquinas inflamatorias ante la presencia de un estímulo inmune; para el objetivo de este trabajo es importante considerar, que sucede frecuentemente que en ciertas circunstancias se activan esta vías y surgen los síntomas sin la presencia de ese estímulo inmune.

Estos síntomas pueden acompañar a la muchas enfermedades complejas y muy prevalentes, en las cuales participa de manera central la inflamación, como el cáncer, la obesidad, la artritis reumatoidea, la depresión, la enfermedad coronaria, y otras. Además, fácilmente se puede apreciar que esos síntomas y estados constituyen el "core" sintomático de las enfermedades para las que no se cuenta con una patogénesis orgánica conocida, denominadas por ello "funcionales", de los estados llamados "síntomas somáticos sin explicación médica", y del Trastorno por Síntomas Somáticos (23, 24).

Han existido y existen diversos enfoques que intentan comprender el origen y los mecanismos de estos extraños síntomas somáticos. Abarcan un amplio rango de modelos explicativos psicológicos, desde el psicoanálisis, la medicina psicosomática, y cognitivo-conductuales, hasta modelos más biológicos, que incluyen los neurocientíficos actuales.

Los modelos psicológicos han enfatizado en la idea de "somatización". El concepto de somatización tiene una larga historia en la medicina psicosomática, que considera básicamente a los síntomas corporales como marcadores indirectos de angustia producida por conflictos psicológicos o enfermedades mentales directamente; frente a un conflicto, el psiquismo emplea una especie de "descompresión" mediante el cuerpo. La mente evita el sufrimiento psíquico transfiriendo el conflicto al cuerpo. Otros autores consideran que es una forma de expresar emociones que no pueden verbalizarse o expresarse de otro modo.

Curiosamente, el concepto de somatización a menudo es rechazado por los pacientes que sufren de síntomas somáticos, porque asocian la somatización, como algo que no tiene una "base orgánica", no es real, o está "en la cabeza" del sujeto. Esto queda asociada a la idea de la "psicogénesis" que caracterizó la primera fase del desarrollo de la medicina psicosomática (1930-1960) y dio lugar al concepto de que ciertas enfermedades físicas eran causada por factores psicológicos. A pesar de ser un concepto muy criticado y obsoleto, la psicogénesis ejerció un efecto considerable que aún perdura. Muchas veces, las personas que presentan un malestar físico reiterado sin causa orgánica aparente, se rehúsan a la idea porque se asocia este antiguo concepto.

Desde hace más de 20 años la psiconeuroinmunología estudia las interacciones entre el sistema nervioso central y el sistema inmunológico. El campo ha hecho grandes avances en la comprensión de cómo las funciones cerebrales pueden modular la actividad del sistema inmunológico, y fundamentalmente, el descubrimiento de que los mediadores -citoquinas- del sistema inmunológico ejercen profundas influencias en el cerebro; el sistema inmunológico humano comunica los diferentes estados inmunológicos e inflamatorios al cerebro permanentemente a través de diferentes vías (24).

Las citoquinas son un conjunto de proteínas de pequeño peso molecular sintetizadas por las células del sistema inmune en respuesta a diferentes estímulos, encargadas de la comunicación y en las interacciones que establecen las células del sistema inmune entre sí y con otras células. Tienen una función inmunorreguladora clave, dado que dirigen la respuesta inmune innata y la específica, intervienen en la inflamación y en la hematopoyesis, y para ello activan a macrófagos, eosinófilos, células NK y neutrófilos. Pueden actuar tanto en forma local como en forma sistémica; ejercen su acción uniéndose a receptores específicos en la superficie de las células en las cuales tienen que actuar. Su acción se detiene -tanto- cuando cesa el estímulo, por la acción del cortisol, de mecanismos autorregulatorios del sistema inmune, o por mecanismos externos como la utilización de corticoides, otras drogas inmuno-supresoras o antiinflamatorias.

Las citoquinas proinflamatorias producidas por células del sistema inmunitario innato en respuesta a agentes patógenos, y a señales de peligro endógenas, actúan sobre el sistema nervioso central a través de vías aferentes y humorales para desencadenar la activación de un sistema de citoquinas cerebrales que organiza la respuesta a la enfermedad en sus componentes subjetivos, conductuales, fisiológicos, y metabólicos. Esto se denomina "neuroinflamación".

Una vez dentro del cerebro, la información producida por el sistema de citoquinas cerebrales activado, también actúan como neurotransmisores y neuroreguladores, estimula varias áreas cerebrales, e inducen a las células gliales a producir y liberar citoquinas como la interleuquina 1 (IL-1), la IL-6, y el factor de necrosis tumoral-alfa (TNF-alfa), siendo las más estudiada la IL-1. Este sistema es el llamado "Sistema de citoquinas cerebral".

El organismo reacciona con respuestas integrales, que incluyen reacciones físicas y mentales, generalmente con una señal coordinadora única, y con el cerebro como el órgano coordinador central. La respuesta defensiva y adaptativa consiste en una respuesta corporal, que consiste en la respuesta febril, la respuesta inflamatoria, y la respuesta metabólica, y una respuesta conductual y emocional, la conducta de enfermedad. Se denomina así a un patrón estereotipado de respuesta conductual y emocional llamado Conducta o Comportamiento de Enfermedad, o estado de malestar general (SB - "Sickness Behavior"). Se manifiesta clínicamente con una serie de síntomas como dolor o hiperalgesia, fatiga, anorexia, disminución del interés social y sexual, anhedonia, áni-

mo depresivo. El objetivo biológico central de esta respuesta conductual es optimizar la defensa del organismo para contrarrestar la infección, y el potencial daño; por ejemplo, la fatiga motiva el descanso, por lo tanto, reduce la tensión corporal y el consumo de energía, o el aislamiento social disminuye el riesgo de infección adicional, y en conjunto la función es optimizar la respuesta frente a la infección u otro tipo de daño. No es una respuesta pasiva, una desaparición temporaria de actividades usuales del huésped, sino que esta representación cerebral de la activación inmune periférica resea las prioridades del organismo para capacitar al sujeto en riesgo a enfrentarse de una manera más eficiente. Las CTQ proinflamatorias producidas por cel. inmunes innatas activadas sirven como señales sensores que son reconocidas e interpretadas por el cerebro (25).

Este repertorio conductual se activa ante una gama muy amplia de estados infecciosos, inflamatorios, de daño corporal, y hasta de estrés físico y psicosocial, lo que sugiere que puede ser una reacción fisiológica y motivacional general coordinada para la protección de la integridad del cuerpo. Dantzer postula esto como el Modelo "motivacional" de la *Sickness Behavior*; así como el miedo tiene propiedades motivacionales que organiza el funcionamiento del organismo a tres niveles subjetivo, conductual, y visceral para afrontar la amenaza; es un estado emocional activo que se despliega para optimizar los recursos para enfrentar la amenaza. Lo mismo sucede con la conducta de enfermedad, un estado motivacional para enfrentar otro tipo de amenazas, en este caso amenazas de enfermedad. Hoy en día existe suficiente evidencia disponible para aceptar el concepto que el cerebro reconoce a las Citoquinas como moléculas que señalan enfermedad.

Es muy importante considerar que esta reacción constituye el "componente subjetivo" de la enfermedad, que explica por qué "uno se siente enfermo" y se "comporta como enfermo", de una manera específica cuando se está enfermo. No obstante, queda muy claro que a veces, en algunas situaciones particulares esta respuesta se activa cuando no existe una enfermedad, es decir, se siente enfermo, tiene síntomas y actitud de enfermedad pero no hay una enfermedad.

Por lo tanto, esta activación por diferentes razones, puede dejar de ser adaptativa, y volverse una respuesta prolongada, desadaptativa, y cuando esto sucede se producen consecuencias importantes. Como el miedo o el dolor puede devenir anormal o patológica. Se puede transformar en patológica en varias condiciones, cuando las CTQ proinflamatorias pueden ser producidas en cantidades mayores que lo normal y por más tiempo; cuando las moléculas regulatorias que frenan la activación de los componentes moleculares y celulares de la respuesta fallan; cuando los circuitos neuronales que son los encargados o los mediadores neurales y organizan la SB devienen hiper-sensibilizados; cuando ocurre fuera de contexto en ausencia de estímulos inflamatorios o cuando es de una intensidad o duración exagerada. O sea, la activación del sistema inmunológico innato, resulta en una SB más intensa, que

persiste en ausencia de estímulos inmunes o cuando ya se resolvió el episodio patológico.

La principal implicación clínica de este fenómeno es que el sujeto va a sentir muchos de los síntomas de enfermedad, dolor, fatiga, ánimo deprimido, aislamiento, anhedonia, pero sin enfermedad; estos síntomas representan la expresión del sistema de citoquinas cerebrales activado en caso sin estímulo infeccioso o patológico. Esto sería los bases neuroinmunes de las somatizaciones (24).

Actualmente contamos con evidencia acerca de la existencia de un proceso de "sensibilización" cruzada entre la activación del sistema de estrés y la activación del sistema de citoquinas cerebrales. Esta sensibilización cruzada consiste en que, frente a situaciones de activación de la respuesta de estrés repetida, la respuesta de citoquinas es más rápida e intensa; recíprocamente, episodios repetidos de activación de la respuesta inmune se genera una activación más rápida e intensa del eje HPA; este estado de hipersensibilidad cruzada continua por varias semanas post exposición al evento estresante. Esta sensibilización cruzada produce varias consecuencias, entre ellas, el incremento de los síntomas de la SB; las citoquinas sensibilizadas amplifican las somatizaciones.

Por lo tanto, parecería que esta relación entre el estrés y la activación prolongada del sistema de citoquinas cerebrales probablemente juega un papel importante en la fisiopatología de los síntomas somáticos; gracias a esta sensibilización ante el estrés, se activan de manera desadaptativa el sistema de citoquinas cerebrales y periféricas, con su cuadro sintomatológico típico, generando esos síntomas somáticos o mente cuerpo.

En conclusión, es cada vez más claro que la activación prolongada del sistema de citoquinas cerebrales, y del sistema inflamatorio innato, induce un repertorio de síntomas clínicos llamado conducta de enfermedad similares a los que encontramos en los pacientes con trastornos somáticos; este estado conductual surge ante la activación prolongada o patológica de estas vías neuroinmunes, se sensibiliza frente a situaciones de estrés, y puede activarse ante estímulos no habituales, e inocuos. Este mecanismo surge como un mecanismo PINE plausible en las personas con síntomas somáticos y somatizaciones.

4) El cuerpo se "mete" en el cerebro, la mente, y la conciencia. Interocepción. Donde se juntan el cerebro, el cuerpo, y la conciencia

"Gracias al cerebro, el cuerpo se convierte en un tema natural de la Conciencia".

A. Damasio.

Clásicamente, se definía la interocepción como la percepción del estado o la condición fisiológica, específicamente de las vísceras; más adelante, se completa como la percepción de las sensaciones corporales internas, o la codificación y representación de las señales corporales que informan sobre el estado fisiológico del cuerpo. Estímulos que parten del interior de nuestro cuerpo, de nuestras vísceras, son captados por receptores especiales,

y enviados al cerebro. En contraste, se denomina exterocepción a la captación de estímulos del mundo exterior por nuestros sentidos visión, oído, gusto, tacto, olfato. Actualmente (26), redefine como el “sentido y percepción de la condición fisiológica del cuerpo entero”. Es decir, la capacidad de percibir e integrar señales fisiológicas originadas dentro del cuerpo. Estrechamente relacionada con el Sistema neuroendócrino, autonómico e inmune y es un componente clave en la generación de estado afectivos y representaciones del *self*.

Interocepción es un término genérico que abarca un proceso que incluye, 1) la señalización aferente (cuerpo/cerebro) a través de distintas vías neurales, humorales, inmunológicos, y endócrinos, es decir PINE; 2) la codificación, representación, e integración cerebral de esta información concerniente al estado interno del cuerpo; 3) la integración e influencia de dicha información con otras percepciones, cogniciones, recuerdos, y conductas; y 4) la vivencia subjetiva de estas representaciones como sensaciones corporales, emociones, y sentimientos. Solo una pequeña parte de las fluctuaciones o cambios viscerales y corporales se hacen conscientes, la punta visible del iceberg; la mayoría de las señales viscerales que dan forma al comportamiento, la cognición y, posiblemente, la emoción pasa desapercibidas o inconscientes. En este sentido, Hugo D. Critchley y Neil A. Harrison (27) nos dicen en varios interesantes trabajos, que el estado interno del cuerpo es el motivo principal en nuestro deseo de caminar en la sombra en un día cálido de verano, o que inhibe el deseo de comer, o disminuye nuestro deseo de socializar cuando nos sentimos decaídos. Los estados viscerales internos impulsan conductas motivadas complejas a través de respuestas cognitivas y afectivas, como excitación, memoria y estado de ánimo. La comunicación de las vísceras al cerebro es continua, intensa, bidireccional, y profunda, que influye en el bienestar físico y mental.

La interocepción también es la base del sentido consciente y unitario del “sí mismo” (“conciencia de sí”, o “sentimiento de uno mismo”) que se mantiene en el tiempo y el espacio, y que genera una idea de “continuidad” de uno a lo largo de la vida; es decir, la continuidad del sí mismo (soy el mismo de ayer y del pasado). En resumen, la Interocepción, es la capacidad de leer e interpretar las sensaciones que surgen desde nuestro propio cuerpo; la percepción de información visceral que llega desde el cuerpo; y esta información es la base de “cómo me siento” o “como estoy”. Es decir, sensaciones corporales que se transforman en sentimientos (26).

Los mecanismos interoceptivos intervienen y aseguran salud a través de la coordinación cerebral de los reflejos homeostáticos y las respuestas alostáticas, o sea que la regulación interna eficiente requiere de la integración entre los sistemas y, en última instancia, a nivel de todo el organismo a través de la red PINE. Las vías interoceptivas transmiten información esencial para el mantenimiento del funcionamiento óptimo a través de respuestas del sistema nervioso autónomo, del sistema

neuroendócrino, del sistema inmune, activando emociones adecuadas, y generando conductas efectivas.

La información interoceptiva es transmitida por los nervios craneales y espinales y por las sustancias químicas transportadas en la sangre hacia las estructuras especializadas del cerebro. Esta información consiste en diferentes clases de señales hormonales, inmunológicas, metabólicas, térmicas, nociceptivas y visceromotoras. Estos parámetros se codifican a través de un conjunto de regiones cerebrales de una manera que permite la interacción dinámica y la integración con expresiones descendentes (de arriba hacia abajo) de expectativas perceptivas y control volitivo de la acción.

Esta información interoceptiva, que llega desde cada área del cuerpo, trayendo novedades pertinentes al grado de contracción de los músculos, de los vasos sanguíneos, del flujo de sangre, de la temperatura, del dolor, si existe algún daño en los tejidos, en el nivel de oxígeno, etc., es recopilada en la médula espinal. Desde aquí neuronas secundarias ascienden, se conectan y descargan en los centros homeostáticos del tronco cerebral, estos centros intervendrían en la constitución del mapa interoceptivo en el cerebro. En el tronco cerebral se controlan varias funciones corporales como la respiración, el ritmo cardíaco, la presión arterial, el vómito, la localización del sonido, etc. Estos centros son fundamentales en el mantenimiento de la vida, entre los más importantes, se encuentran el núcleo del tracto solitario, el núcleo parabraquial, la sustancia gris periacueductal, la formación reticular. El tronco del encéfalo y la parte inferior del cerebro es la zona obligada de intercambio de información entre la zona anterior y “altas” del cerebro, la médula, y los nervios que van y vienen de la periferia, como el nervio vago (27, 28, 29).

La autopista central, el Nervio Vago transporta información originada en las vísceras hacia el Núcleo del Tracto Solitario, que luego se conecta con el núcleo Parabraquial, la Sustancia Gris Periacueductal. Existe una “conversación cruzada”, bidireccional entre la Lámina I y la Vía del Vago, lo cual permite la formación de mapas integrados del estado corporal. Estos centros están íntimamente interconectados y proyectan a la corteza en gran parte a través del tálamo. Cada una de estas estructuras se conecta directamente hacia la Ínsula, a través del Tálamo. Finalmente, la información se descarga en la ínsula posterior que luego “viaja” hacia adelante, a la ínsula anterior, donde se integra y complementa con la información aportada por otras áreas corticales. Aquí es donde verdaderamente se juntan el cuerpo, el cerebro, y la conciencia (28).

Concluyendo, podemos decir que la percepción de los procesos corporales involucra tres etapas consecutivas. Señales aferentes neurales desde el cuerpo, órganos y vísceras. La dirección de la atención hacia las sensaciones corporales, o focalización, o saliencia. Y la evaluación de estas señales y su integración en el procesado psicológico (29).

Las vías interoceptivas transmiten información esencial para el mantenimiento de la homeostasis óptima

a través de respuestas autonómicas, neuroendócrinas, emocionales y conductuales. El proceso interoceptivo tiene un rol fundamental de la regulación motivacional de la conducta y la cognición. La progresiva meta-representación de la condición fisiológica del cuerpo de posterior a la ínsula anterior permite una integración de las entradas aferentes homeostáticos con información de otras regiones límbicas implicadas en la motivación y las emociones y de la corteza prefrontal involucrada en planificación. La percepción y el *feedback* de señales interoceptivos aspecto esencial en muchas teorías de la emoción, la mente, y la conciencia.

En resumen, la interocepción es un ejemplo evidente del intenso, fluido, y esencial intercambio entre el cuerpo, el cerebro, la mente, y la conciencia necesaria para el mantenimiento de la homeostasis, de la función mental y corporal adecuada. Por lo tanto, es necesario considerarla como un mecanismo central para la MP actual.

Conclusiones

El objetivo de este trabajo fue describir cuatro concepciones imprescindibles para entender el intercambio mente/cerebro/cuerpo, y por lo tanto considerarlos como las bases fisiopatológicas de una concepción actualizada de la Medicina Psicosomática. Serían aportes imprescindibles a tener en cuenta hoy en día para lograr una comprensión adecuada de la participación de los aspectos ambientales y mentales, psicosociales, en la ecuación salud-enfermedad.

En primer lugar, vimos como el estrés en los primeros años de la vida o adversidad temprana, a través de modificaciones epigenéticas induce cambios neurobiológicos estables y a largo plazo en la respuesta de estrés que va a generar una vulnerabilidad a la enfermedad; mecanismo plausible para demostrar como “el ambiente se encarna o se mete bajo la piel”.

En segundo lugar, describimos el estrés y la carga alostática como el costo que sobreviene en el organismo por la necesidad de adaptación a un ambiente constantemente cambiante; el desgaste y el deterioro acumulado por la necesidad de ajuste permanente. La desviación acumulada de los sistemas regulatorios fisiológicos se postula como uno de los mecanismos predictores tempranos de enfermedad.

En tercer lugar, dentro de esos circuitos fisiológicos desregulados, se encuentra el sistema inmune y la neuroinflamación, que describimos como una de las vías mediatizadoras de las somatizaciones. Cuando la respuesta inmune se activa sin su estímulo inmune natural o se sensibiliza por el estrés repetido, se vuelve desadaptativa, Esta desadaptación incluye la respuesta conductual o “Sickness Behavior”, que es la experiencia subjetiva de enfermedad.

Finalmente, describimos el proceso de interocepción, mecanismo de comunicación “on-line” por excelencia mediante el cual cerebro toma nota del estado de las vísceras y el interior del cuerpo; o sea, el cuerpo se mete no solo en el cerebro, sino en la mente y la conciencia, es decir es la base de nuestros sentimientos conscientes. ■

Referencias bibliográficas

1. Fava G et al. Current Psychosomatic Practice. *Psychother Psychosom* 2017;86:13–30.
2. Nemeroff CH. Psychoneuroimmunoendocrinology: the biological basis of mind–body physiology and pathophysiology. *Depression and Anxiety* 30:285–287 (2013).
3. Bonet J. *PINE Cuerpo, Cerebro, y Emociones*. Penguin Random House Ed. 2013, Buenos Aires.
4. Pariante C. Psychoneuroimmunology or Immunopsychiatry? *Lancet Psychiatry*. 2015 March; 2(3): 197–199.
5. Bock J, Rether K, Gröger N, Xie L, Braun K. Perinatal programming of emotional brain circuits: an integrative view from systems to molecules. *Frontiers in Neuroscience Systems Biology* February 2014, Volume 8.
6. Barker DJ, Osmond C. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet*. 1986 May;1(8489):1077–81.
7. Barker DJP. The origins of the developmental origins theory. *Jour Int Med* 2007; 261: 412–17.
8. Heim C, Plotsky P, Nemeroff CB. Importance of Studying the Contributions of Early Adverse Experience to Neurobiological Findings in Depression. *Neuropsychopharmacology* 2004; 29, 641–648.
9. Heim C, Nemeroff CB, et al. Pituitary-Adrenal and Autonomic Responses to Stress in Women After Sexual and Physical Abuse in Childhood. *JAMA*, August 2, 2000-Vol 284, No. 5.
10. Cottrell E, Seckl J. Prenatal stress, glucocorticoids and the programming of adult disease. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, Sept 2009, vol 3, Art 19.
11. Feinberg A. Phenotypic plasticity and the epigenetics of human disease. *Nat*, vol. 447, May 2007.
12. Weaver IC, Meaney MJ, Szyf M. Maternal care effects on the hippocampal transcriptome and anxiety-mediated behaviors in the offspring that are reversible in adulthood. *PNAS*, February 28, 2006, vol. 103, no. 9.
13. Liu Dong, Diorio J. Maternal Care, Hippocampal Glucocorticoid Receptors, and Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Responses to Stress. *Science* 277, 1659 (1997).
14. Drake A, Tang JI, Nyirenda MJ. Mechanisms underlying the role of glucocorticoids in the early life programming of adult disease. *Clinical Science* 2007; 113, 219–232.
15. Hochberg Z, Feil R et al. Developmental Plasticity, and Epigenetic Programming. *Endocrine Reviews*, April 2011, 32(2):159–224.

16. Turecki G, et al. The Epigenetics of Suicide: Explaining the Biological Effects of Early Life Environmental Adversity. *Arch of Suic Res* 2010 14:4,1. 291-310.
17. McGowan P, Turecki G, Meaney MJ. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci*. 2009 March; 12(3): 342–348.
18. Klengel T Binder R et al. Allele-specific FKBP5 DNA demethylation mediates gene–childhood trauma interactions. *Nature Neurosc*, Vol 16, 1, 2013.
19. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues Clin Neurosci*. 2006;8(4):367-81.
20. McEwen BS. Neurobiological and Systemic Effects of Chronic Stress. *Neurobiology of Stress* 1 (2015).
21. McEwen BS. In pursuit of resilience: stress, epigenetics, and brain plasticity. *Ann N Y Acad Sci*. 2016 Jun;1373(1):56-64.
22. Juster RP, McEwen BS, Lupien SJ. Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neurosci Biobehav Rev*. 2010 Sep;35(1):2-16.
23. Dantzer R. Identification and Treatment of Symptoms Associated with Inflammation in Medically Ill Patients. *Psychoneuroendocrinology* 2008.
24. Dantzer R. A Biological Substrate for Somatoform Disorders: Importance of Pathophysiology. *Psychosom Med*. 2007, December; 69(9): 850–854.
25. Dantzer R. Psychoneuroimmune Phenomena: Neuroimmune Interactions Pfaff DW (ed.), *Neuroscience in the 21st Century*, Springer Media, Jan 2016.
26. Craig AD. How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nat Rev Neurosci*. 2002 Aug;3(8):655-66.
27. Critchley H, Harrison N. Visceral Influences on Brain and Behavior. *Neuron* 77, February 20, 2013.
28. Damasio A y Carvalho GB. The nature of feelings: evolutionary and neurobiological origins. *Nat Rew Neurs* Vol 14, Feb 2013.
29. Quadt L, Critchley H. The neurobiology of Interoception in health and disease. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1428 (2018) 112–128.

Percepción, marca y representación: tres puntos cardinales para orientar una teoría y una práctica psicosomáticas

Jorge C. Ulnik¹

1. Psicoanalista (APA) y psiquiatra. Profesor Regular Adjunto, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA. Profesor Regular Asociado, Fisiopatología y enfermedades psicosomáticas, Facultad de Psicología, UBA. Responsable del área de psicosomática del Master de psicoterapias psicoanalíticas, Universidad Complutense de Madrid.

E-mail: jorgeulnik@gmail.com

Resumen

La concepción acerca de la capacidad de simbolizar en los pacientes con enfermedades somáticas se puede enriquecer si consideramos distintos niveles de simbolización.

En función de ello, se postula que hay somatizaciones que solo indican un exceso, otras que imitan un estímulo o una escena imaginaria y otras que simbolizan una situación afectiva y vincular compleja.

Para abordarlas se propone estudiar la relación entre percepción, marca y representación, teniendo en cuenta la relación entre el mundo, el cuerpo y el otro.

Como un banner en la calle felicitando una graduación o anunciando un evento privado, el proceso de condensación del cuerpo, el mundo y el otro queda fijado en la piel o en un órgano y expuesto ante todos como una marca que se pueda percibir para siempre. Todo funciona como si esa marca ha quedado inscripta en forma separada de la que promueve las palabras y el lenguaje, la ha reemplazado para enfrentar determinadas realidades y ha quedado ligada a una inervación, un órgano, una reacción química o una expresión genética.

La persona y el cuerpo del analista deben permitirse quedar involucrados en ese evento privado por medio de una transferencia particular que debe ser comprendida e interpretada por medio de actos analíticos y de una actitud más activa que la tradicional, sin perder de vista los conocimientos más consistentes de su teoría y su práctica.

Palabras clave: Psicosomática – Psicoanálisis – Somatización – Cuerpo – Marca – Representación encarnada.

PERCEPTION, MARK AND REPRESENTATION: THREE CARDINAL POINTS TO GUIDE A PSYCHOSOMATIC THEORY AND PRACTICE

Abstract

The conception about the ability to symbolize in patients with somatic diseases can be enriched if we consider different levels of symbolization.

Based on this, in this paper it is postulated that there are somatizations that only indicate an excess, others that mimic a stimulus or an imaginary scene and others that symbolize an affective situation and complex links in conflict.

To address them, it is proposed to study the relationship between perception, mark and representation, taking into account the relationship between the world, the body and the other.

Like a banner on the street congratulating a graduation or announcing a private event, the process of condensation of the body, the world and the other is fixed on the skin or on an organ and exposed to all as a mark that can be perceived forever. Everything works as if that mark has been registered separately from the one that promotes words and language, has replaced it to face certain realities and has been linked to an innervation, an organ, a chemical reaction or a genetic expression.

The person and the body of the analyst must allow themselves to be involved in that private event through a particular transference that must be understood and interpreted through analytical acts and a more active attitude than the traditional one, without losing sight of the most consistent knowledge of his theory and practice.

Key words: Psychosomatics – Psychoanalysis – Somatization – Body – Mark – Embodied representation.

En la práctica clínica actual recibimos frecuentemente consultas de pacientes con problemas somáticos. Algunos tienen auto-lesiones que dejan marcas en el cuerpo, otros se quejan de dolores corporales invalidantes y otros padecen enfermedades somáticas crónicas que no evolucionan bien o enfermedades graves que no tienen cura. Gran parte de estos pacientes no quieren asociar libremente y son difícilmente analizables y otros al mismo tiempo que sueñan, imaginan y asocian libremente, evolucionan de su enfermedad como si fuera por un camino paralelo, sugiriendo de este modo que su padecer somático no tiene ninguna conexión con su discurso, su mente y sus emociones.

Luego de un análisis apresurado, se podría considerar que todos estos casos no tienen indicación de tratamiento psicoanalítico. Además, la mayoría de los trabajos extranjeros sugieren que cuando pudiera estar indicado, el tratamiento psicológico debe ser cognitivo-conductual. Sin embargo, psicoanalistas de las más diversas escuelas psicodinámicas han trabajado y han escrito acerca de este tipo de casos, reportando éxitos terapéuticos.

El tratamiento psicoanalítico suele ser a largo plazo y, mediante su técnica, logra una buena adherencia de los pacientes. De este modo, el análisis longitudinal permite comparar el pasado y el presente de cada paciente después de largos períodos de tiempo y los psicoanalistas con práctica psicodinámica agregan datos clínicos nuevos y heterogéneos: modificaciones de la evolución de la enfermedad a lo largo del tiempo, cambios en las características semiológicas de la enfermedad (especialmente en enfermedades crónicas), alternancias entre enfermedades somáticas y cuadros psicopatológicos, remisiones "espontáneas", etc.

Como los síntomas y las quejas están relacionados con el cuerpo y los pacientes usualmente tienen una disociación psico-somática, la clave para tratarlos es relacionar la psique y el soma y construir puentes apropiados para ello. Si entre ambos polos hay un abismo, habrá que encontrar los atajos para ir una y otra vez de un lado al otro como si se tratara de zurcir dos bordes cuya costura es imposible. Para ello, es necesaria una forma de pensar y procesar que sea transindividual, transdisciplinaria, creativa y salvaje.

Transindividual porque hay muchos pacientes con familias aglutinadas, relaciones simbióticas, y síntomas que parecen estar relacionados con historias, creencias, mandatos y costumbres de sus ancestros. Transdisciplinaria porque es necesario trabajar en equipo y estar dispuestos a que el punto de vista de otros especialistas modifique y enriquezca el propio, generando un abordaje más complejo, creativo y original. Y cuando decimos salvaje, no nos referimos a un pensamiento de nivel inferior o relativo a los aborígenes, sino al concepto de Levi-Strauss (1, 2) quien dice que es un pensamiento primitivo en estado puro como el que todos tuvimos en el transcurso de nuestra evolución y después fuimos capaces de superar. Este tipo de pensamiento pone en primer plano la restauración del sentido de la enfermedad y su lugar en la historia y la dinámica del paciente y

su familia. Además relaciona, borrando en parte sus bordes, el cuerpo, el mundo interno, el mundo externo y el otro con el cual nos relacionamos.

Los hechos vitales, los significados, las emociones y las fantasías no son las causas de la enfermedad. Sin embargo, si abandonamos aunque sea temporariamente el enfoque causal es posible considerar a nuestros pacientes como sujetos imbuidos del deseo de comunicar no sólo con el lenguaje sino también con todo el cuerpo, tomando en cuenta tanto su funcionamiento normal como patológico.

Los niveles de simbolización

El campo psicodinámico está dividido entre los que piensan que los pacientes "psicodinámicos" no simbolizan y que las manifestaciones somáticas no deben ser interpretadas porque no tienen ningún sentido más que el que artificialmente les puede adjudicar el observador externo, y los que van a la búsqueda de un sentido oculto, que tiene valor simbólico y que puede ser interpretado (3, 4, 5).

La eterna discusión acerca del sentido de los trastornos somáticos y la capacidad simbólica de los pacientes psicodinámicos, cuando es planteada en términos dicotómicos (simbolizan vs no simbolizan) a mi entender obtura el conocimiento de la existencia de diferentes niveles de simbolización. No importa si el nivel más básico no merecería llamarse simbolización, o si nuestra concepción en capas o niveles no impide diferenciar tajantemente símbolo y signo.

Lo que importa es que las analogías y las equivalencias adquieren un peso enorme cuando la distancia entre representación y percepción se achica, y entra a jugar un rol esencial un tercer elemento -Peirce lo llama "interpretante"- que será el que determine *a posteriori* de qué clase de símbolo o signo estamos hablando. El interpretante no es una persona que interpreta sino un nuevo signo que interactúa con los anteriores, modificándolos (6).

Todos tenemos experiencias con pacientes cuyas lesiones y/o enfermedades sugieren un sentido. Mientras que algunos amigos y familiares que conocen bien al paciente piensan que ese sentido se ajusta bien y "encaja" en su historia y su situación vital, médicos y psicoterapeutas usualmente consideran que esos sentidos son el producto de su propia imaginación o simplemente coincidencias. A veces hay enfermedades que aparecen después de la muerte o la separación de un ser amado. En ocasiones, el nombre o el apellido del paciente parece inconscientemente conectado con los síntomas de su enfermedad o las características de sus lesiones: color, forma, etc. Más frecuentemente, el mismo paciente habla de su enfermedad utilizando palabras que son aplicables también a su estado emocional, su familia, su historia vital, su trabajo, sus objetos preferidos, sus duelos, etc.

Pero el sentido no se manifiesta siempre del mismo modo. A veces el factor cuantitativo es esencial, y el nivel de stress o la fuerza de las emociones no permiten a las palabras ejercer su rol. Según Peirce, un signo en rela-

ción a su objeto puede parecerse, indicarlo o tomar su lugar. Es entonces respectivamente ícono, índice o símbolo (6). De ahí que, inspirados por la semiótica de Peirce, nos permitimos establecer tres formas diferentes de somatización:

Las *somatizaciones indicativas o indiciarias*, que son las que ocurren a consecuencia de estímulos que superan cierto umbral, como por ejemplo, la reacción frente a un alto e inespecífico nivel de stress. Son la consecuencia de un exceso cuantitativo. La alteración del funcionamiento del cuerpo o de su integridad estaría *indicando* ese exceso.

Las *somatizaciones icónicas*, que son las que *imitan* los estímulos. La enfermedad se parece a la situación o a la escena traumática. Quizás las neuronas espejo jueguen un papel esencial en este tipo de respuesta. Por ejemplo, la aparición de una alopecia areata en una adolescente luego de ver que su padre sostenía de los pelos a su madre mientras la golpeaba.

Las *somatizaciones simbólicas* que son las que *simbolizan* una idea, un sentimiento o una escena compleja. Implican un proceso de alto rango, una imitación más compleja y una fuerte intención subjetiva de comunicar. Por ejemplo, la aparición de eczema en la piel de una mujer en el mismo lugar del cuerpo en el que su madre lleva un tatuaje de un campo de concentración o el cáncer de mama en una mujer cuyo hijo tiene un bebé recién nacido que la nuera no la deja visitar

Según sea ícono, índice, o símbolo, el signo en cuestión remite cada vez más indirectamente a su objeto.

Las tres dimensiones de la representación

De acuerdo a A. Green (4), el campo de la representación se extiende sobre tres diferentes espacios: el cuerpo, el mundo y el otro. Para transformar las representaciones que construye nuestro psiquismo es necesario investirlas, otorgarles un valor. Si rehuimos hacerlo, o si son demasiado dolorosas como para pensar en ellas, no podremos liberarnos de su dominio, la represión fallará y según el autor, ocurre que queda abolida la distancia entre representación y percepción. "Cuando esto sucede, el mundo, el cuerpo y el otro quedan entremezclados, activándose fuentes semióticas originarias. El sentido de los objetos es experimentado como inseparable de las cualidades sensoriales que se pueden percibir en su superficie". En consecuencia, "...el lugar de los objetos y la constitución del espacio exterior como reflejo del interior crea una equivalencia espacial sin discriminación" (7). Esto se puede apreciar en la costumbre de tatuarse, porque los tatuajes imprimen en el cuerpo los sentimientos, los nombres de las personas, sus figuras, los mitos y fantasías, así como los íconos significativos de un modo concreto, inseparable de la percepción, mimético, "criogenéticamente" eterno.

La percepción, las marcas en el cuerpo y la representación pueden ser consideradas como puntos cardinales para orientar una teoría y una práctica psicósomáticas.

La teoría y el abordaje psicoanalítico son esenciales para comprender el mundo interno y la vida emocional de estas personas. El enfoque psicodinámico cambia la

concepción de la enfermedad porque cuando escuchamos a los pacientes teniendo en cuenta el modo de funcionamiento del inconsciente y su interacción con los procesos corporales podemos darnos cuenta que existen cadenas de asociaciones entre elementos heterogéneos y que la psique y el soma interactúan con una influencia recíproca (8).

Ahora bien, el paciente viene a consultarnos y nos podemos preguntar: ¿Cuál es la enfermedad subyacente al motivo manifiesto de consulta? ¿Cuál es la verdadera enfermedad? ¿Hay una relación entre lo que se percibe como síntoma o signo de la enfermedad, lo que está marcado en el cuerpo y lo que puede ser representado en el psiquismo? Y si esta relación no existe, ¿es posible crearla y una vez creada darle una utilidad terapéutica?

Alergia y lesiones auto-infligidas: ambas son marcas en el cuerpo

Hace unos años atrás, en un congreso de psicodermatología de los que voy habitualmente en España, un dermatólogo presentó un caso junto con un psiquiatra (9). La presentación fue original y llamó especialmente mi atención. Se trataba de una mujer de 40 años, de bajo nivel sociocultural, que tenía lesiones en sus brazos, manos y cara. Las lesiones eran atípicas y los médicos se preguntaban si tenía un eczema o lesiones auto-infligidas. Después de llevar a cabo análisis de laboratorio y test de alergia, le encontraron una reacción al látex. Ella trabajaba como ayudante de cocina y utilizaba guantes hechos de un tipo de látex que le producía el eczema. En consecuencia, el diagnóstico fue dermatitis de contacto alérgica y fue tratada con corticoides, emulsiones hidratantes y antihistamínicos orales. El tratamiento fue exitoso y las lesiones desaparecieron. Hasta aquí se trata de un caso común y corriente. Pero poco tiempo después la paciente asistió a un control en el hospital presentando lesiones en los mismos lugares del cuerpo. Había cambiado de trabajo y ahora era empleada de una empresa de limpieza. Las lesiones seguían siendo atípicas y ahora eran peores que las que tenía cuando fue diagnosticada como eczema. Después de numerosos test que dieron negativos se reorientó la anamnesis poniendo el foco en los aspectos psicológicos y se llegó a la conclusión de que ahora se trataba de lesiones auto-infligidas. Como no reconoció que era ella misma la que provocaba sus lesiones, el diagnóstico fue desorden facticio con predominio de síntomas físicos.

La primera novedad fue que los presentadores relacionaron las dos enfermedades. Por un lado, consideraron que la primera enfermedad era orgánica y causada por factores externos (el látex al cual la paciente era alérgica) pero generaba un beneficio secundario: mantener la atención de su familia dirigida hacia ella. Por otro lado, afirmaron que la segunda enfermedad era producida por ella misma con el mismo objetivo: lo hacía como un llamado, un pedido de atención hacia los demás. Sabemos que a menudo las lesiones auto-infligidas buscan llamar la atención, a veces como una intención consciente, y muchas otras como producto de estados disociativos del paciente.

Este caso me interesó especialmente porque muestra claramente como un mismo problema puede subyacer y manifestarse por medio de dos patologías que la medicina tradicional se esfuerza por diferenciar y nunca por relacionar o asemejar. El acento en el diagnóstico diferencial a veces hace perder de vista el problema principal, que en ésta paciente resulta un denominador común de las dos patologías.

Cuando analizamos la segunda enfermedad –el desorden ficticio con lesiones auto-infligidas–, vemos que los médicos decidieron preguntarle a la paciente acerca de su vida, su familia, sus emociones, y en definitiva acerca de sí misma. A partir de esas preguntas, citaban frases sueltas de sus respuestas y describían algunos aspectos psicológicos. Se trataba de una paciente casada, sin hijos, que vivía con su marido en la misma casa que su suegra, su cuñado y el hijo de su cuñado. La vida en conjunto era difícil y a menudo tenían discusiones y peleas. Ella decía: “Me siento mal en mi casa. Me molesta que no me consideran y me dejan sola. Ellos dicen que soy una niña malcriada y yo me siento más enojada, nerviosa y pierdo la cabeza”. “El nervio se me sube por el pecho a la cabeza como si fuera a explotar y empiezo a tirar todo. Trato de calmarme pero no puedo” (9).

Respecto de las lesiones en la piel, se mostraba muy preocupada porque no se le iban y no reconocía su parte en la producción de las mismas. Decía que sus lesiones no terminaban nunca, no se curaban nunca y que cuando se cerraban, se volvían abrir en otra parte.

A partir de estos datos, el psiquiatra propuso un diagnóstico utilizando las categorías del DSM-IV. Según él, la paciente tenía un retardo mental leve, cumplía con los criterios de un trastorno de ansiedad y su desorden facticio coexistía con un desorden de la personalidad.

Si analizamos este caso en forma diacrónica, podemos preguntarnos ¿por qué no indagar sobre la familia, la convivencia y las emociones también en los pacientes con eczema real? ¿Acaso los datos obtenidos al hacerlo durante la segunda “enfermedad” eran irrelevantes durante la primera? ¿El “llamado de atención” por medio de las lesiones auto-infligidas apareció como continuación de un beneficio secundario obtenido durante el eczema? ¿O en realidad era ya desde ésta primera enfermedad una parte importante del mensaje que el sujeto del lenguaje no sabía o no tenía cómo transmitir? Si es así, la interacción patológica entre el látex y la piel no era más que un efector de tal mensaje. De la misma manera como un sujeto no deja de estar triste si le quitan las lágrimas con una operación en las glándulas lagrimales o se las secan con un fármaco que actúe sobre su secreción, esta paciente mostraba sus “nervios” para quien la quiera ver o interpretar. Lo hacía con su alergia y lo siguió haciendo con sus propias manos cuando los corticoides callaron su protesta.

Utilizamos la palabra “efector” siguiendo a Pommier, quien afirma que “...una función no es explicada por sus efectores. Un músculo determinado permite por ejemplo efectuar un movimiento, pero la intención de ese movimiento es algo más que eso” (10).

En medicina a menudo se confunde el mecanismo con la explicación. Lo que explica una trompada no es la contracción de los músculos del brazo, o los neurotransmisores que intervienen en el movimiento o en la emoción agresiva correspondiente, por más que ésta última se pueda localizar en el cerebro. Todos esos son mecanismos. La trompada es el emergente de una intención o un deseo que según el caso será ganar una pelea de boxeo, defenderse de un asalto, hacer saltar los dientes de un ofensor para borrarle la sonrisa, etc.

Una pregunta surge a partir de estas consideraciones: ¿cómo abordar este tipo de pacientes siendo que ocultan sus motivaciones y a veces hasta sus propios actos? ¿Cómo hacer para introducirse en su vida íntima y conocer sus secretos? ¿Cómo hacer para que ellos mismos quieran reconocerlos? ¿Cómo resolver su propia disociación psico-somática sin que –parafraseando a nuestra paciente– el “nervio” haga explotar la cabeza?

Evidentemente, la técnica psicoanalítica ortodoxa –diván, varias sesiones por semana, asociación libre, etc.– es muy difícil de aplicar en estos casos, y por lo tanto se necesita una técnica diferente, que muchos analistas tradicionales no consideran “psicoanálisis”. Sin embargo, Freud estableció que lo esencial de su tarea fue el descubrimiento del inconsciente y su funcionamiento, no la técnica que él estaba dispuesto a cambiar si se encontraba otra mejor. La técnica tradicional era muy importante para la formación de analistas, pero no para ser aplicada a todos los pacientes.

Antes de considerar no analizables estos casos, creo conveniente buscar las claves que la teoría nos brinda para pensar qué puentes psico-somáticos podemos construir.

¿Existen vínculos entre las representaciones psíquicas, los síntomas corporales y las enfermedades somáticas?

Para encontrar estos vínculos debemos empezar por el desarrollo infantil. Frances Tustin fue una psicoanalista dedicada al autismo (11). Según ella, los bebés perciben una sensualidad elemental. Con estos términos se refería a un amplio rango de sensaciones, ya sea físicas o emocionales: un conjunto no bien diferenciado compuesto por sensaciones de dolor, secreción de mocos, reacciones alérgicas, emociones que afectan el funcionamiento corporal, etc. Toda esta sensualidad elemental debe estar centrada en los padres, porque ellos existen en el tiempo y en el espacio y establecen límites.

Cuando esto no ocurre, la conducta y el mundo del bebé permanecen fijados al funcionamiento de partes, ritmos y órganos del propio cuerpo, que es experimentado como un objeto mecánico y no animado con sus propias leyes y reglas de funcionamiento.

¿Cómo hacen los padres para regular esta sensualidad elemental? Principalmente con el lenguaje verbal: canciones, cuentos, el tono de voz, las caricias, la mirada, la actitud continente.

Cuando el bebé es alimentado, los padres capturan esa sensualidad elemental introduciendo la animación en la comida, transformando una cuchara en un avión,

dedicando cada pedacito de comida a un pariente. Por medio de esta regulación afectiva, evitan que el cuerpo se transforme en algo solamente mecánico y hacen que el concepto del tiempo se vuelva más flexible: si sientes hambre, puedes esperar. Si no quieres algo o a alguien, no significa que nunca más lo vas a querer. Y resulta que introduciendo el cuento –que en definitiva es un texto– en la comida, ¡el bebé que la rechazaba comienza a desearla!

Casas de Pereda llama “suspense acentual” al recurso que los padres utilizan con los bebés cuando les ayudan a construir la idea del tiempo y la capacidad de esperar (12). Cuando le decimos a un niño: “Preparado, listo... ¡¡ya!!” ó “A la una, a las dos y a las... ¡tres!”; o cuando el locutor de los Oscars dice: “Y el ganador es...” generamos en la audiencia suspense, interrupción, expectativas que estimulan esa capacidad. El acento juega un rol importante porque la audiencia –o el niño pequeño en desarrollo– está imaginando y anticipando algo fuertemente esperado que dependiendo del caso puede ser el ganador, el salto, su turno, el momento inicial o final de un juego, etc. Así, la imagen visual o la auditiva devienen dueñas del sentido. La madre provee piezas previamente elaboradas que crean una escena y una diversidad de fantasías relacionadas que generan guiones, argumentos, conclusiones, resultados. Finalmente, ¿qué son esas piezas? Objetos manipulables, elementos pensables, ilusiones encarnadas, tanto en la realidad como en la fantasía.

Los analistas hacen lo mismo con el cuerpo real. Con construcciones e interpretaciones componen un texto que –como en los cuentos de hadas y las historias ficcionales– cumple una función estructurante. También trabajan en forma proyectiva, del mismo modo como los cirujanos operan en los cuerpos de verdad mirando las imágenes de ese mismo cuerpo proyectadas con aumento en una pantalla, ya sea aumentando la escena real, o por medio de la proyección de ultrasonidos, rayos, isótopos radioactivos, emisión de positrones, etc.

Para componer sus textos, los analistas transfieren cosas de un reino al otro, del mismo modo como los médicos introducen una válvula de cerdo en el corazón humano o un “hueso” de metal con clavos y tornillos en una pierna de carne y hueso de verdad.

Las sesiones generan suspense acentual: “Nos vemos en la próxima”, “Esto tenemos que seguir elaborándolo”, “Ya veremos en las próximas sesiones”.

Este trabajo analítico construye algo que no había sido construido nunca antes o re-construye algo que a lo largo del tiempo y con sufrimiento, había sido de-construido progresivamente forzando al cuerpo a decir lo que las palabras no podían. Cuando las palabras desaparecen o son insuficientes, el complejo y elaborado mundo representacional sufre una regresión al mundo de la pura percepción. Y como dice Freud en la carta 52, explicando la re-transcripción del material psíquico: “Cuando la re-escritura posterior falta, la excitación es tramitada según las leyes psicológicas que valían para el período psíquico anterior, y por los caminos de que entonces se disponía.” (13).

Costras y cicatrices

En la novela *La soledad de los números primos* (14), Paolo Giordano nos ayuda a comprender estas ideas de mejor manera. El autor nos muestra las equivalencias que existen entre la piel y las palabras así como también las que existen entre las marcas del cuerpo y las marcas de la vida.

Un número primo sólo puede dividirse por sí mismo o por el número uno. No encaja con ningún otro.

Alice y Mattia, los principales personajes de la novela, son ambos “números primos” que no encajan en ningún lado y están destinados a la soledad. Atormentados por las tragedias infantiles que marcaron sus vidas, no pueden alcanzar a los demás. El daño por la falta de contención parental se va materializando en sus cuerpos.

“...uno tras otro, los días se habían deslizado sobre la piel como un disolvente, llevándose cada uno una finísima capa de pigmento del tatuaje de Alice y de los recuerdos de ambos. Los contornos, igual que las circunstancias, seguían allí, negros y bien perfilados, pero los colores se habían mezclado y desvaído hasta acabar fundidos en un tono mate y uniforme, en una neutral ausencia de significado. Los años del instituto fueron para ambos como una herida abierta, tan profunda que no creían que fuera a cicatrizar jamás” (p.111).

“Con el tiempo, la herida de la adolescencia cicatrizó. Sus labios fueron cerrando de manera imperceptible pero continua. Y aunque a cada roce se abría un poco, enseguida volvía a hacerse costra, más gruesa y dura. Al final se había formado una capa de piel nueva, lisa y elástica, y la cicatriz, de ser roja, había pasado a ser blanca y confundirse con las demás”.

Mattia tenía la tendencia impulsiva a lastimarse las manos. “...se le secaban tanto que para seguir sintiéndolas suyas nada le parecía mejor que pasar por ellas algún objeto con filo”. “...Alice le tomó la mano derecha y le miró la palma. Él no se lo impidió, con ella no tenía que avergonzarse de las cicatrices. Había nuevas, que se reconocían por ser marcas más oscuras en medio de la maraña de señales blancas (...) Alice siguió el contorno con la punta del índice, contacto que, con tantas capas de piel endurecida, él apenas notó. Dejó que ella le mirase bien la mano, pues ésta hablaba de él más que las palabras.” (p.262).

En su *Libro de la piel* Stephen Connor analiza el rol de las costras y las cicatrices:

“La costra es muy ambigua. Ella es la perpetuación de la injuria, a la cual el niño brinda repetida y cercana atención, cada vez que experimenta una renovación, aunque con intensidad gradualmente decreciente, del shock de la lesión en la piel, y de la amenaza que acompaña a la integridad (...) del Yo-piel”(15).

Pero al marcar el lugar de la lesión, al negarse a que se disipe, la costra también la transforma. Como la costra es la marca de la lesión y no la lesión en sí, transforma la lesión de la piel en solo una marca. Una costra es un compromiso visual entre la lesión y la curación; conserva la mancha de la desfiguración en la integridad suave de

la superficie de la piel, incluso cuando afirma la defensa exitosa de la piel contra la perforación y la laceración. Esta es una razón, seguramente, por la cual los niños no pueden resistirse a tocarse y levantar las costras. Una costra es diferente de una cicatriz, ya que una costra desaparecerá. (...) La costra ofrece así el placer de una amenaza evitada; Al reabrir la herida, el niño puede jugar y dominar el riesgo (...) de su integridad psíquica. Por lo tanto, manipular las costras debe entenderse en parte como una variante del procedimiento fort-da de jugar con el peligro, la ausencia o la negatividad para unirse a sí mismo en una especie de sintaxis" (p.52).

"...la cicatrización ya es en sí misma una transformación de la lesión en un símbolo visual (...) La cicatriz significa que ha ocurrido algo real, algo que excede la mera significación, la cicatriz puede convertirse en la figura de la eliminación violenta de la figurabilidad que nos daba la base epidérmica" (p.53).

Estamos hablando de costras, cicatrices, heridas, lesiones autoinfligidas, marcas en el cuerpo... pero ¿qué pasa con las enfermedades somáticas?

Dos marcas y dos destinos

Como explicábamos antes citando a Tustin, el bebé recibe un gran caudal de estímulos que no diferencia bien entre sí y que deben recorrer un camino que va desde la percepción hasta la consciencia. Al comienzo, este camino no ha sido trazado y la percepción y la consciencia están como soldadas, una pegada a la otra al estilo de lo que ocurre en los animales, que no tienen un preconsciente desarrollado. Los animales tienen consciencia, pero su consciencia es idéntica a su percepción. En el sujeto humano en cambio, la percepción y la consciencia son diferentes, porque esta última, que al comienzo está unida con la percepción, se va a organizar progresivamente separada de la misma por un tejido representacional.

En efecto, con la maduración y con la intervención de los padres los estímulos perceptivos se van transformando en representaciones y para ello deben enlazarse a las palabras. Para que esto funcione y para que haya palabras disponibles para hacer estos enlaces, tiene que haberse instalado el lenguaje, que es como un sistema operativo que le da un marco de funcionamiento al psiquismo humano.

Cuando le hablan, el bebé tiene una percepción de una imagen sonora. Luego debe enlazar el sonido de la palabra oída que proviene de la madre con las inervaciones motrices de la palabra pronunciada. La suma de la imagen sonora más la inervación motriz va a componer lo que Freud llamó representación motriz de lenguaje. En un comienzo, el bebé dispone de un lenguaje auto-creado compuesto por dos o tres palabras con las que nombra todo. En un siguiente estadio, repite muchas palabras pero no comprende su significado y no tiene total consciencia de lo que dice. Luego, entre percepción y consciencia se produce algo que es propio del hablar: se produce una especie de "marca" que funciona como

un aparato transformador que es también una memoria y una impresión. Ese registro, impresión o marca está relacionado con el concepto freudiano de "afirmación primordial" (*bejahung*) (13, 14).

La marca de la que estamos hablando no es una marca física ni tampoco una marca en la piel. Es una marca simbólica impronunciable. Es como el representante de todas las futuras representaciones. Con esa marca, el niño puede hacer de la imagen sonora de la voz, un verbo que significa algo. La marca que en sí misma es impronunciable, se enlaza y de esa manera se hace pronunciable, gracias a las palabras del Otro, porque es la madre quien posibilita que las palabras que originalmente provienen de ella comiencen a tener sentido y puedan ser pronunciadas. El verbo no es diferente de la voz, sino que es como una figuración de la voz. Si escuchara solo la voz, el que escucha solo escucharía una especie de canto o murmullo. Pero el que escucha no escucha solamente la voz, porque tiene un "aparato", una "marca" que le permite escuchar en la voz (imagen sonora) el verbo (palabras, sentido, texto, etc.).

El lenguaje no va a estar escrito como en el diccionario. El lenguaje no va a ser otra cosa que la posibilidad de esa marca –que venimos describiendo metafóricamente como un sistema operativo– de obtener palabras a partir de las voces que escucha. Dado que al Yo le es imprescindible disponer de un criterio y un signo que le permita distinguir entre percepción y recuerdo (representación), estas palabras van a actuar como signos que permiten hacer esa distinción. Funcionarán como signos de cualidad y de realidad cogitativa (17).

Frente a los estímulos del mundo exterior, el signo de cualidad/realidad aparece siempre. En cambio, frente a los estímulos del mundo interno (el pensamiento, las ideas), el signo de cualidad solo aparece si la intensidad de esas ideas o pensamientos supera cierto umbral. En el "Proyecto de psicología para neurólogos" Freud describe entre otros, dos tipos de pensamiento: el pensamiento reproductivo y el pensamiento judicativo (17). El pensamiento reproductivo irá buscando diferencias y semejanzas entre la situación o el objeto que ve y todos los que recuerda. Se va a guiar por los signos de realidad que le proporciona el lenguaje. En cambio, el pensamiento judicativo tratará de reconducir la información que recibe a los registros que posee emanados del propio cuerpo. Estos son registros que también funcionan como signos de realidad, pero auto-referenciales (por ejemplo, si escucha un grito, lo comparará con su propio grito, si percibe una imagen de movimiento, imita los movimientos mismos, si percibe una imagen de dolor, sentirá el displacer e imitará los movimientos defensivos). El pensamiento judicativo compara la realidad externa con el cuerpo propio y según Freud es tan importante que es la condición necesaria para el desarrollo de los otros tipos de pensamiento que se basan en él (17).

El psicoanálisis –y también las neurociencias– nos enseñan que este tipo de operación también deja memoria y es capaz de producir consciencia. Es una operación

automática que no pasa por el preconscious. Es como cuando uno hace danza y se acuerda los pasos sin pensar en ellos. El cuerpo aprende la coreografía y la coreografía “se hace”, se repite. También se puede comparar con pintar un cuadro. Muchas veces el pintor no sabe cómo pintó el cuadro, y si uno le pregunta cómo lo hizo capaz contestaría: “No sé, preguntale a mi mano”. Cuando el sujeto produce así su acto creador, desaparece de sí mismo. Cuando uno está en el cine y le gusta mucho la película, uno también desaparece de sí mismo, porque hay algo que transcurre por fuera del sistema del preconscious.

Pero el sujeto que desaparece cuando produce arte tiene que haberse constituido antes. Sólo el sujeto constituido como sujeto puede desaparecer en medio de un acto artístico/creativo.

Como se ve, estamos describiendo los mecanismos por los cuales se construye un mundo representacional que en el caso del pensamiento reproductivo está bien separado de la percepción y progresivamente distanciado del propio cuerpo. Pero lo psicósomático implica que hay otra marca, aparte de la que utilizamos con el lenguaje verbal.

Esa marca, igual a la del lenguaje, es una marca impronunciable y abstracta. Pero cuando no puede ser articulada con las palabras, se enlazarán con intervenciones somáticas o con marcas reales, ya sea sanguíneas, genéticas, funcionales, dermatológicas o de cualquier otro órgano. Por eso considero un hallazgo la comparación que hace Connor con la irresistible tentación de arrancarse una costra que una y otra vez vuelve a cicatrizar y el *fort-da* de la adquisición del lenguaje al mismo tiempo que se elabora la presencia y la ausencia del cuidador. La conducta de un niño cuando se lastima y se le hace una costra puede ser muy ilustrativa del valor simbólico que una marca puede tener y cuáles son las consecuencias de que esa marca sea real y no puramente representacional.

Habría entonces dos marcas que funcionan como si fueran sistemas operativos que permiten expresar las emociones y procesar los estímulos tanto internos/pulsionales como externos: una, completamente abstracta, conduce al lenguaje abstracto y a la simbolización. Se dirige hacia afuera del cuerpo y nos aleja de él, en camino hacia la cultura. La otra, más concreta, tiende a materializarse y a modificar el cuerpo porque nos conduce hacia él y puede ser una marca en la piel, un tatuaje o hasta una enfermedad somática.

Lo curioso es que la “marca que conduce al cuerpo” que produce ese efecto en la piel, en los pulmones, en la sangre, responde a los mismos estímulos que responde el sujeto del inconsciente. Y el paciente enfermo somático responde frente a su enfermedad de la misma manera que el pintor frente a su cuadro: “¿Quién hizo esto? ¿Cómo lo hice? ¿Qué me pasó? “Hoy me desperté y me agarró este dolor, me salió esto en la piel, me encontré con esto...”.

El trabajo analítico va a consistir entonces en enganchar esos estímulos alrededor de la marca del lenguaje,

para que no se siga activando la marca de la enfermedad. Para ello, propongo lo que se podría llamar la “técnica de la Gradiva”.

La técnica de la Gradiva y la combinación del cuerpo, el mundo y el otro

En “El delirio y los sueños en La Gradiva de Wilhelm Jensen” (18) Freud analiza la forma de actuar de Zoe Bertgang para rescatar del delirio a su amado Norberto Hanold, un joven arqueólogo que la conoce desde joven. Norberto se obsesiona súbitamente con un bajorrelieve pompeyano en el que se ve la figura de una mujer que tiene una singular manera de caminar. La nomina “Gradiva” que significa “la que camina”. Ese andar coincide con el de Zoé, quien advierte que Norberto está enamorado de ella desde siempre pero ha reprimido sus deseos eróticos transformándolos en una vocación arqueológica.

Ambos viajan a Pompeya y ella se introduce en el universo delirante de Norberto haciéndose pasar por Gradiva y apareciendo entre las ruinas de Pompeya como un fantasma.

Ella parece aceptar su delirio en toda su extensión, sin contradecirlo jamás (p.213). Algunas de sus frases tienen doble significado, que además de su significación en el contexto del delirio también se refieren a algo real y presente, como por ejemplo cuando lamenta que él no había logrado constatar la manera de caminar de Gradiva en la calle de su barrio. “Qué lástima, tal vez no hubiese debido realizar el largo viaje hasta aquí”. También se entera de que él bautizó su relieve con el nombre de “Gradiva” y le dice su verdadero nombre, Zoé. El responde: “Ese nombre te sienta muy bien, pero me suena a una amarga ironía, ya que Zoé quiere decir vida”. “Hay que resignarse a lo invariable –responde ella–, y yo hace ya mucho tiempo que me he habituado a estar muerta” (se refiere con ello a que él no le prestó nunca la atención de un enamorado cuando eran vecinos). Con la promesa de volver al mismo sitio al día siguiente, a la hora del mediodía se despide después de haberle pedido unas flores que él recortó. “En la primavera se regalan rosas a quienes están en mejor situación que yo; pero para mí, lo mejor es la flor del olvido entregada por tu mano.” (p.214). “Por cierto que la melancolía es lo apropiado para una persona fallecida tanto tiempo atrás, que sólo ha regresado a la vida por pocas horas.” (p.215).

A Freud le agradaba la comparación del inconsciente y la sexualidad infantil con el pasado histórico sepultado y remanente como restos arqueológicos. Por eso afirma: “El escritor estaba en todo su derecho de demorarse en la valiosa semejanza, rastreada por su aguzada sensibilidad, entre una porción del acontecer mental en el individuo y un proceso histórico aislado en la historia de la humanidad” (el sepultamiento de Pompeya).

En este caso coinciden el tratamiento y la investigación del delirio, porque mientras ella va comprendiendo el sentido que tienen las ideas delirantes de Norberto, al mismo tiempo lo va acercando a la realidad actual. La semejanza de la técnica de la Gradiva con el abordaje

psicosomático consiste en la inclusión de las partes y funciones orgánicas afectadas por la enfermedad en el universo relacional, libidinal, fantasmático y material del paciente, como si –aunque parezca delirante– se permeabilizaran las diferencias y las barreras epistemológicas que hacen imposible esa inclusión. Para ello hace falta atravesarlas dentro de uno mismo para poder operar.

Cuando adrede combinamos el cuerpo, el mundo y el otro –las tres dimensiones que Green considera fundamentales de la representación–, “hacemos” un significado donde quizás antes no lo había. Para ello utilizamos como elementos los dichos y los “objetos” del paciente, incluyendo las partes de su cuerpo, tanto sanas como enfermas. Que el producto de esa combinación, hecha de desplazamientos y analogías sea un significado que no proviene entero del psiquismo del paciente, no quiere decir que le es ajeno o que no funcione como herramienta terapéutica.

Las intervenciones del analista no son todas iguales, y su escucha tampoco está atenta a un solo tipo de material. En el historial del “Hombre de las ratas” (19) obtenemos un ejemplo de las variadas maneras en las que se puede escuchar e intervenir. A veces era Freud mismo quien completaba un relato que el paciente no podía o no quería completar. Otras veces, jerarquizaba la vía del significante, con lo cual prevalecían el sonido o la escritura de las palabras: raten-conjeturar; raten-cuotas-dinero; ratten-ratas; spielratte-rata de juego; heira-ten-casarse. Más adelante en el mismo historial, Freud añade otras formas de interpretación que se acercan más al simbolismo o al campo de la significación, y trabaja sobre el terreno de las comparaciones y los desplazamientos: rata - infecciones - sífilis - pene.

En conclusión, para Freud la rata era “una palabra-estímulo de complejo” (p.169), es decir, una “palabra puente” capaz de activar y fijar un complejo de representaciones inconscientes. Para que esta activación se produzca, el sujeto tiene que tener inscripta previamente la marca simbólica de la que hablábamos antes. Pero si esa marca no está disponible para una determinada realidad, puede suceder que una serie de ideas, palabras y afectos, en vez de estimular un complejo de representaciones puramente psicológicas pueden quedar ligadas a una invención, una reacción biológica, un estado afectivo y hasta una expresión genética.

Lo que este trabajo propone es que el funcionamiento normal y patológico del cuerpo también puede quedar enlazado a ese tipo de complejos de ideas y palabras, constituyendo asociaciones de elementos heterogéneos. Las marcas auto-producidas y los tatuajes son como estadios o eslabones intermedios que nos muestran la tendencia humana a procurarse marcas sustitutivas de las palabras cuando estas no alcanzan o no están disponibles para procesar los estímulos tanto internos como externos. Del mismo modo, cuando las raíces simbólicas identitarias vacilan son sustituidas por otras, más concretas y cercanas a la percepción. A pesar de estar alejadas de la voluntad y la decisión del sujeto que las padece, las enfermedades somáticas podrían ser resultado de la

misma función sustitutiva.

Por ejemplo: una paciente de personalidad perfeccionista y exigente que era jubilada docente estaba en diálisis y sin embargo conservaba celosamente la “sensación de orinar”. Sus riñones ya no eran funcionalmente útiles y las pocas gotas o mínimos chorritos de orina que eliminaba no eran el producto de un filtrado eficiente. Pero ella no quería perder esa sensación, la guardaba como una niña guarda “para después de comer” un caramelo que tiene en el bolsillo pero por el momento no puede disfrutar. Una vez que se decidió a aceptar un trasplante, manifestaba gran ansiedad y temor de recibir un riñón que no fuera bueno, porque su perfeccionismo le hacía desconfiar de cualquier cosa que no fuera de ella. Además, su madre le había enseñado que tenía que ser independiente, y ella no quería depender del riñón de otra persona. Su identidad estaba como soldada a los ideales de independencia, autonomía y autosuficiencia, y su insuficiencia renal la ponía en crisis. Mi intervención fue: “No se preocupe tanto, si le toca un riñón más o menos, dígame a su chorrito, ese que usted guarda desde hace años para esta ocasión, que le enseñe al riñón trasplantado cómo hacer bien su trabajo”. Al mismo tiempo que ella comprendía el “como si” de mis palabras, la animación del cuerpo y sus productos adquiría para ella un sentido literal y eficaz, al igual que lo que ocurre con los juegos de los niños. Esta intervención disminuyó mucho su ansiedad y la paciente aceptó mejor la idea de ser trasplantada. Finalmente, el trasplante fue realizado con éxito. Se podría discutir a qué nivel actuó la intervención: ¿su corteza cerebral?, ¿su riñón trasplantado?, ¿su sistema inmune?, ¿su sistema límbico? ¿Todos los niveles al mismo tiempo? Aún si llegamos a la conclusión de que lo único que hizo la intervención fue disminuir la ansiedad de la paciente, resultó una forma efectiva de acceder a ella como persona (como psicoanalista podría decir: como sujeto del inconsciente). Más tarde, sucedieron cambios en su mundo interno de relaciones que ocurrieron al mismo tiempo que los cambios positivos que tuvo la evolución de su función renal con el riñón trasplantado. Algo parecido sucedió con otro paciente que mejoró la función de su riñón trasplantado en la medida en que iba reparando los filtros y las fisuras que tenía la piscina de su casa de fin de semana.

Una niña de dos años comenzó a jugar con un gran perro de peluche que tenía abandonado, una vez que los padres le pusieron la correa de su perro de verdad. Lo paseó durante largo rato por toda la casa, lo puso a hacer sus necesidades, le dio vida a su perro “de mentira” gracias a los recuerdos “de verdad” que esa correa tenía atados.

Una persona con psoriasis en sus piernas tenía dificultades para caminar y permanecer parado. Una vez que con tratamiento se liberó de la psoriasis en sus piernas, sus várices venosas empeoraron y se infectaron. Su dificultad para caminar y estar parado permaneció inalterada. ¿Tenía solamente psoriasis o padecía de una dificultad para avanzar en la vida y sostenerse a sí mismo? He visto muchos pacientes con psoriasis y síndrome metabólico que no van a la playa usando su enferme-

dad de la piel como coartada. Una vez que su psoriasis remite la obesidad reemplaza a la psoriasis como excusa para evitar exponer el cuerpo frente a los demás y evitar así ciertos contactos sociales.

¿Cuál es la verdadera enfermedad? ¿Cuál es su “causa”? ¿A qué nivel comienza?

Para Barthes (20) el gran secreto de la semántica viva es el escalonamiento de articulaciones. La combinación de elementos insignificantes produce el nacimiento del significado. Pero dicho escalonamiento no sólo forma parte de nuestra compleja psicología, sino también de nuestra compleja biología. Combinando diferentes niveles de simbolización paciente y doctor establecen equivalencias: a veces, la equivalencia del ser: “Este es un linfocito killer” –dice el patólogo, como si hubiera linfocitos “asesinos” – y a veces, la equivalencia del *hacer*: la imagen del tatuaje del campo de concentración de una madre y la historia contada tantas veces del sufrimiento padecido *hacen* en su hija una impresión equivalente que como resultado se manifiesta con una lesión de eczema en el mismo lugar. En este contexto *hacer* significa componer, de la misma manera como se compone una pieza musical.

Algunas conclusiones

Así como existen distintos tipos de marcas en el cuerpo (tatuajes, costras, cicatrices, maculas, heridas, etc.) que estimulan la percepción y que pueden funcionar como parte de la identidad, hay diferentes “marcas” no materiales capaces de funcionar como sistemas operativos del mundo afectivo y representacional. Cuando una parte del cuerpo, un órgano o una función orgánica se fijan indisolublemente a la identidad del sujeto, es difícil desplazar los sentimientos de ese lugar. Cada cri-

sis, cada conflicto o simplemente cada hecho vital significativo que supere cierto umbral puede desencadenar una enfermedad nueva o una recaída o empeoramiento de otra ya declarada. Todo funciona como si esa marca ha quedado inscrita en forma separada de la que promueve las palabras y el lenguaje y ha quedado ligada a una invención, un órgano, una reacción química o una expresión genética.

Por lo tanto, si queremos actuar como psicoterapeutas sobre este tipo de problemas, es necesario recurrir a los mecanismos básicos del inconsciente –la condensación y el desplazamiento– para deshacer la fijación que ha ocurrido y ayudar a un proceso de reconstrucción. A pesar de que la condensación y el desplazamiento son mecanismos psicológicos, la práctica psicósomática muestra muchas veces que el cuerpo es una especie de pantalla y terreno en el cual esos mecanismos también actúan, combinando elementos heterogéneos: palabras, órganos, objetos materiales del mundo externo, etc.

Como un banner en la calle felicitando una graduación o anunciando un evento privado, el proceso de condensación del cuerpo, el mundo y el otro queda fijado en la piel o en un órgano y expuesto ante todos como una marca que se pueda percibir para siempre.

Para “leer” ese cartel es necesario comprender que existen distintos niveles de simbolización, y que con leerlo no alcanza. Ya Freud nos alertaba de que nadie se puede alimentar solo con un menú. La persona y el cuerpo del analista deben permitirse quedar involucrados en ese evento privado por medio de una transferencia particular que debe ser comprendida e interpretada por medio de actos analíticos y de una actitud más activa que la tradicional, sin perder de vista los conocimientos más consistentes de su teoría y su práctica. ■

Referencias bibliográficas

1. Keck F (2005). *Lévi-Strauss y el pensamiento salvaje*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
2. Lévi-Strauss (1964). *El pensamiento salvaje*. Fondo de cultura económica. México.
3. Aisenstein M, Aisemberg E (2010). *Psychosomatics Today. A psychoanalytic perspective*. Karnac, London.
4. Chiozza L (2008). ¿Por qué nos enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo. Libros del Zorzal, Buenos Aires.
5. Maladevsky A et al. (2005). *Psicosomática. Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
6. Deladalle G (1996). *Leer a Pierce hoy*. Ed. Gedisa, Barcelona.
7. Green A. “Teoría”. En: Maladevsky A et al. (2005). *Psicosomática. Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
8. Freud S (1905). Tres ensayos de teoría sexual. Vías de influencia recíproca. En *Obras Completas* (Vol. VII). Ed. Amorrortu.
9. Miranda Romero A, Miranda Sivelto A (2015). *Eczema y dermatitis autoprovocada*. Presentado en Congreso GEDEPSI, Barcelona, España
10. Pommier G (2010). *Cómo las neurociencias demuestran el psicoanálisis*. Pp.12. Letra Viva, Buenos Aires.
11. Tustin F (1996). *Estados autísticos en los niños*. Paidós, 2da. reimpresión.
12. Casas de Pereda M (1999). *En el camino de la simbolización. Producción del sujeto psíquico*. Paidós, Buenos Aires.
13. Freud S (1896). Carta de Freud a Fliess del 6 de diciembre de 1896 (Carta 52). En OC. Tomo I, Biblioteca Nueva, Madrid, España. 3era. ed., (p.276).
14. Freud S (1915). “Lo Inconsciente”, *Obras Completas*, Tomo II. Biblioteca Nueva, Madrid, España. 3era. Ed.
15. Giordano P (2009). *La soledad de los números primos*. Ed. Salamandra, Barcelona.
16. Connor S (2004). *The Book of skin*. Reaktion Books. London, UK.
17. Freud S (1895). “Proyecto de una psicología para neurólogos”, *Obras Completas*, Tomo I. Biblioteca Nueva, Madrid, España. 3era. ed.,1950
18. Freud S (1906-1908). El delirio y los sueños en la «Gradiva» de W. Jensen, y otras obras. En *Obras completas*, Tomo IX. Ed Amorrortu.
19. Freud S (1909). A propósito de un caso de neurosis obsesiva (El “hombre de las tratas”). En OC, Tomo X. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
20. Barthes R (1986). *Lo Obvio y lo obtuso. Imágenes, gestos, voces*. Paidós Comunicación, Barcelona

La historia que se oculta en el cuerpo (Fundamentos para una psicosomatología psicoanalítica)

Luis Chiozza¹

1. Director del Centro Weizsaecker de Consulta Médica y del Instituto de Docencia e Investigación de la Fundación Luis Chiozza. Presidente Honorario del Istituto di Ricerca Psicomatica-Psicoanalitica Arminda Aberastury de Perugia, Italia. Premio Konex en psicoanálisis. Grifo de Argento otorgado por la Comuna de Génova. Doctor Honoris Causa, por la Universidad Nacional de Río Cuarto.

E-mail: luis@chiozza.com

Resumen

El texto comienza dirigiéndose a señalar que el descubrimiento psicoanalítico de un psiquismo inconsciente nos ayuda a comprender la evolución de los procesos cognitivos que configuran nuestra imagen del mundo y del ego. Dado que el psicoanálisis se inició, en 1895, con la investigación de la histeria, es posible decir que, junto con el psicoanálisis, nació una exploración científica, psicosomatólogica, de la relación psique-soma. La teoría psicoanalítica se desarrolló, desde entonces, siguiendo un modelo "físico", more geométrico, que culmina en la metapsicología que Freud expuso en 1915, y un modelo histórico, more lingüístico, que se halla implícito en el recorrido entero de su obra, aunque nunca llegó a consolidarse en un cuerpo teórico plenamente establecido. Sin embargo, cuando, en 1938, formula la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis, no sólo renuncia, de manera explícita y definitiva, al dualismo cartesiano que conduce a una disociación entre la mente y el cuerpo, sino que sienta las bases para una metapsicología de corte metahistórico.

Se explora, luego, el problema psicósomático no sólo tal como se presenta en el contexto de una sesión que forma parte de un tratamiento psicoanalítico, sino también en las circunstancias de la práctica médica habitual. Se describe, en líneas generales, un método y la experiencia que con ese procedimiento obtuvimos. Lo denominamos estudio patobiográfico, y se ejerce ininterrumpidamente en Buenos Aires desde su iniciación, en 1972. Durante los años transcurridos, otras instituciones (en Río Cuarto, Córdoba, en Montevideo, Roma, Florencia, Perugia, y Bogotá) adoptaron su práctica.

Palabras clave: Psicosomatología - More geométrico - More lingüístico - Metahistoria - Patobiografía.

THE STORY HIDING IN THE BODY. BASIS FOR A PSYCHOSOMATOLOGY

Abstract

The text begins by pointing out that the psychoanalytic discovery of an unconscious psyche helps us understand the evolution of cognitive processes that shape our image of the world and the ego. Since psychoanalysis began, in 1895, with the investigation of hysteria, it is possible to say that, along with psychoanalysis, a scientific, psychosomatomological exploration of the psyche-soma relationship has been born. Psychoanalytic theory has been developed, since then, following a "physical" model, more geometric that culminated in the metapsychology that Freud introduced in 1915, and a historical, more linguistic model, which is implicit in the entire course of his work, although it could never consolidate in a fully established theoretical body. However, when, in 1938, he formulates the second fundamental hypothesis of psychoanalysis, he not only gives up, explicitly and definitively, the Cartesian dualism that leads to a dissociation between the mind and the body, but also lays the groundwork for a metapsychology of metahistoric kind.

Then, the psychosomatic problem is explored not only as it appears in the context of a session that is part of a psychoanalytic treatment, but also in the circumstances of usual medical practice. In general, a method and the experience obtained with that procedure are described. We call it a pathobiographical study, and it has been practiced continuously in Buenos Aires since its beginning, in 1972. During the past years, other institutions (in Río Cuarto, Córdoba, in Montevideo, Rome, Florence, Perugia, and Bogotá) adopted that practice.

Key words: Psychosomatology - More geometric - More linguistic - Metastory - Pathography.

La gente aún se inclina a considerar las leyes de la mecánica no solamente como el tipo ideal de leyes científicas, sino, en algún sentido, como las leyes últimas de la naturaleza.

Gilbert Ryle, *El concepto de lo mental* (1)

Se sostiene habitualmente que [las explicaciones mecanicistas] constituyen la explicación correcta, porque, de hecho, no introducen un propósito, pero la noción de propósito se encuentra esencialmente ligada con la función, y la función es esencial para una "máquina".

Richard Gregory, *Mind in Science* (2)

...trataré los sucesos de la naturaleza como si constituyeran un lenguaje, convencido de que el mundo puede ser ejemplificado de igual manera, si no es que mejor, suponiendo que es un lenguaje universal en lugar de una gigantesca maquinaria de reloj; específicamente, usando el metalenguaje del lenguaje común, consistente en "signo", "cosas significadas", "reglas de gramática", etc., en lugar del vocabulario propio de las máquinas, consistente en "partes", "efectos", "causas", "leyes de operación", etc., para describirlo.

Colin Murray Turbayne, *El mito de la metáfora* (3)

Los mapas del mundo y del Yo

Nuestra imagen del mundo se construye como un mapa que de acuerdo con lo que hemos aprendido evolucionó de una manera que podemos dividir, esquemáticamente, en tres etapas. Un primer mundo mágico-animista. Sucesos naturales como el relámpago y el trueno, o el sol y la luna, estaban dotados de intenciones que podían ejercer sobre la materia un efecto semejante al que ejercen algunos de nuestros pensamientos en nuestros movimientos musculares. Un segundo mundo lógico-racionalista. Opera como una gigantesca maquinaria en donde cada fenómeno ocurre como consecuencia de una causa (*ethos*) antecedente. Allí (dentro de lo que se considera un monismo moderado) aparece un existente psíquico (que coincide con lo que denominamos consciencia) en el momento en que los seres vivos alcanzan la complejidad suficiente para desarrollar un cerebro. Un tercer mundo se construye cuando la lógica del *ethos*, la llamada etiología, comparte su vigencia con la lógica del *telos*, que da lugar a la teleología. Es decir, cuando la interpretación del fenómeno observado combina la idea de "qué y cómo" se produce, paradigmática de la relación causa-efecto, con la idea de "por qué y para qué", que pertenece al universo del significado. En ese mundo que incluye los mapas que surgen de un pensamiento teleológico, natura y cultura pueden ser contemplados como dos aspectos de una misma realidad (4, 5).

Cuanto hemos dicho acerca de la imagen del mundo cabe repetirlo en lo que respecta a la imagen del yo, que

se conforma de tres maneras distintas. Una, primera, que da lugar a lo que Freud llamaba "el yo de placer puro" (lo que me place es mío y lo que me disgusta es ajeno). Una segunda, que genera una noción de "uno mismo" (*self*), o esquema corporal, pretendidamente objetiva. Una tercera, que configura un mapa cambiante que surge de rediseñar continuamente los límites entre lo familiar y lo extraño y que nos conduce a la idea de una permanente relatividad del yo. De un modo análogo a como sucede con los dedos del embrión humano, que se codifican, en cada extremidad como cuatro espacios interdigitales el "Yo", se constituye en espacios que son interpersonales.

Cuando vivimos en el mundo mágico del hombre primitivo que una vez fuimos, los cuerpos celestes, los ríos, los vientos o los truenos, están animados de buenas o malas intenciones. Cuando vivimos en el mundo lógico del hombre racional, que bifurcó la magia en religión y ciencia, contemplamos el alma como un soplo vital que penetra en el hombre cuando nace y sale con el aliento que expira cuando muere, o la vemos como un producto de los organismos biológicos que han desarrollado un cerebro. Para la ciencia "positivista" la materia, el cuerpo, el espacio, la física, la relación causa-efecto y el mecanismo son los conceptos fundamentales. De allí derivan otros conceptos que operan en nuestro modo de pensar de manera "automática" y que, dentro del consenso predominante, si no pertenecen al monismo moderado, pertenecen al llamado "paralelismo psicofísico". Suele entonces sostenerse, más allá de toda duda, que:

- 1- El cuerpo material existe primero y lo psíquico aparece después, cuando se desarrolla un cerebro.
- 2- Hay un espacio psíquico o mundo interior en algún lugar de la cabeza y allí reside la consciencia.
- 3- El encéfalo es el punto de conexión entre la psiquis y el cuerpo.
- 4- Hay una representación del cuerpo en la psique.
- 5- Hay una influencia del cuerpo en la psiquis mediante sustancias que, como la adrenalina, alteran el funcionamiento del cerebro.
- 6- El funcionamiento psíquico produce cambios cerebrales, y los cambios cerebrales influyen en el cuerpo.

El psiquismo inconsciente

En 1895 Breuer y Freud (6) descubrieron que un trastorno "corporal", la histeria, podía ser mejor comprendido como el resultado de un trauma psíquico que como una alteración física del sistema nervioso. A partir de este punto Freud hizo tres descubrimientos importantes acerca de las personas normales:

- 1- Mediante la actividad onírica se representa, de manera encubierta y simbólica, la realización de propósitos inconscientes (7).
- 2- El análisis cuidadoso de numerosos actos fallidos demuestra que la acción que impide alcanzar el propósito consciente pertenece a otra serie de sucesos motores, encaminados hacia otras intenciones, acerca de las cuales el sujeto en cuestión no tiene noticia (8).
- 3- El efecto cómico de los chistes proviene de que también ellos constituyen una manera encubierta de satisfacer propósitos inconscientes reprimidos.

La neurosis deja, entonces, de ser considerada como

una enfermedad degenerativa del sistema nervioso. Es, en cambio, la consecuencia de un conflicto entre propósitos que el paciente en su mayor parte reprime e ignora. Bastan unas pocas frases para consignar la magnitud de la contribución freudiana:

1- En la histeria se padecen recuerdos olvidados. 2- La consciencia no define a lo psíquico, es sólo una cualidad que falta en la mayor parte de los procesos psíquicos. 3- Lo psíquico coincide con lo que denominamos significado (es sentido, en su doble connotación de finalidad y sentimiento) y se manifiesta esencialmente a través de las representaciones que provienen de las percepciones y de las reactualizaciones que provienen de las sensaciones. 4- Espacio y tiempo son características del funcionamiento del sistema de la consciencia. El hombre no vive en el espacio y en el tiempo. El espacio y el tiempo viven en el hombre. 5- Las pulsiones instintivas son propósitos inconscientes cualitativamente diferenciados determinados por los fines (teleológicos) de las distintas funciones del cuerpo. 6- No sólo las funciones del cerebro, sino sobre todo las funciones del cuerpo, permiten comprender las distintas cualidades que tiñen a la existencia psíquica, que pueden ser descritas como fantasías cuyas cualidades derivan de funciones “corporales” (como, por ejemplo, las orales, anales, o genitales, pero, en realidad, sostuvo Freud en 1905 (9), todos y cada uno de los órganos pueden funcionar como zonas erógenas). 7- Los afectos no sólo expresan descargas motoras y secretoras actuales, sino también constituyen “monumentos conmemorativos”, símbolos que aluden a un propósito que encuentra en la filogenia su justificación.

El modelo físico del psicoanálisis

Para fundamentar su teoría Freud creó una metapsicología que, influido por la epistemología que predominaba en su época, apoyó sobre un modelo físico caracterizado por una tópic, una economía y una dinámica. A partir de este modelo metapsicológico se estructuran los conceptos que predominan en el campo de lo que se suele llamar “el enfoque psicossomático”. Se sostiene entonces que:

1- El cuerpo y el alma son dos existentes (sustantivos), ontológicamente separados, que se relacionan entre sí. 2- Puede deducirse la existencia de un psiquismo inconsciente situado entre el cuerpo y la conciencia. (Una especie de “subconsciente” que emana de un “substrato” descrito por una biología que se limita a estudiar los seres animados con los métodos derivados de la física y la química) 3- Hay funciones corporales. Hay representaciones inconscientes de algunas funciones corporales. Hay derivados conscientes de algunas representaciones inconscientes. (Es decir que hay sucesos corporales que arrojan signos de su existencia al aparato mental y otros que no) 4- Algunos trastornos corporales son el efecto de una causa psíquica, es decir el producto de una psicogénesis. (Sólo algunos). 5- Algunos trastornos psíquicos son el efecto de una causa física, es decir el producto de una somatogénesis. 6- Algunos trastornos psíquicos pue-

den desaparecer convirtiéndose en somáticos y también puede ocurrir una transformación inversa. Existe, pues, un misterioso “salto” entre dos formas ontológicas del ser, el cuerpo y la mente. 7- Hay que diferenciar entre las neurosis actuales, que dependen de lo que sucede con una cantidad de excitación, y las psiconeurosis, que dependen de la cualidad de un recuerdo olvidado.

El modelo histórico

De acuerdo con la interpretación predominante, la historia, como disciplina científica (*history*), estudia los hechos que una vez fueron percibidos y registrados, ordenándolos, cronológicamente, en una secuencia temporal que permite concebir una relación lógica entre causas y efectos. El producto del arte narrativo (kairológico), que también denominamos historia (*story*), transmite, en cambio, la significación de una experiencia que es independiente de su ubicación en un espacio y en un tiempo determinados y reales. (Como en el “érase una vez” de los cuentos infantiles.) Pertenece a un modo de pensar que, en lugar de representar a la realidad “físicamente”, como suma algebraica de fuerzas o como la resultante geométrica de una conjunción de vectores, la representa con palabras que aluden a las relaciones entre personas. Se trata, por lo tanto, de un modelo “histórico-lingüístico”.

Una formulación teórica cuidadosa de la cuestión psicossomática exige escapar de la cárcel constituida por formulaciones unilateralmente metapsicológicas (que se expresa en los términos mecanicistas de la física clásica) y recurrir al complemento que surge de un modelo histórico. Aunque Freud no llegó a construir un cuerpo teórico basado en ese segundo modelo, encontramos en su obra los lineamientos esenciales:

1- El tiempo no se percibe “físicamente”, sino gracias a la capacidad de recordar. (El reloj es un aparato construido para transformar la noción tiempo en la noción espacio, pero para “leer” el transcurso del tiempo es necesario recordar la posición anterior de sus agujas.) 2- La psique no ocupa un espacio físico o “real” (ocupa un “espacio” que, más que virtual, es imaginario). 3- El significado, sentido como propósito y como afecto, se expresa según un modelo histórico que proviene de la narración de un suceso que “se despliega” en el tiempo. 4- El trauma psíquico es un drama histórico. 5- La importancia asignada a un personaje, una imagen o un pensamiento, y que corresponde a lo que llamamos “investidura” (palabra que proviene de la vestimenta que representa un determinado cargo o dignidad), es algo más que una cantidad. 6- El fenómeno que denominamos “transferencia” no solamente es el desplazamiento de una cantidad, sino que, ante todo, es una reedición del pasado en el presente de otra relación. 7- El olvido no sólo es un deterioro o el producto de una fuerza física represora. Es, sobre todo, la obra de una censura cuya intencionalidad proviene de una historia reprimida. 8- Si existe un puente entre lo físico y lo psíquico, ese puente no puede ser físico ni psíquico, ya que, si perteneciera

a una de las dos categorías que establece el paralelismo psicofísico, dejaría de ser puente.

Freud, en 1938 (10), declara categóricamente que la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis se opone a la teoría del paralelismo psicofísico. La profunda transformación epistemológica que, desde la física y las matemáticas modifica los fundamentos de la cultura de nuestra época, confluye con la profética intuición freudiana, otorgando un apoyo multidisciplinario a nuevos desarrollos que prosiguen el camino que iniciara Freud. Mencionaré, por ejemplo, tres temas esenciales:

1- Comprender el fenómeno llamado transferencia y su carácter atemporal condujo a comprender que la historia no ha pasado, sino que está viva como una actualidad que, precisamente, “actúa” en el presente. El acento se desplaza entonces desde considerar al trauma pretérito reprimido como la causa de la perturbación actual, hacia interpretarlo como una mera representación simbólica, un relato (“recuerdo encubridor”) que alude a la crisis afectiva, o “biográfica”, que está ocurriendo en el presente observado. 2- Podemos distinguir, esquemáticamente, entre micro y macroestados afectivos: los primeros son cambiantes y breves, los segundos duraderos e invariantes, configuran lo que constituye el “meollo” de una crisis biográfica “en curso”. Los macroestados afectivos penosos constituyen lo que denominamos un drama (para el sentimiento) un problema (para el pensamiento) y una exigencia de trabajo (para la acción). Cuando no podemos resolverlos ni tolerarlos solemos reprimirlos, pero lo reprimido siempre “retorna”, obligándonos a pagar por el alivio de un sentimiento insoportable, el precio de un sufrimiento distinto que llamamos enfermedad. 3- La enfermedad del cuerpo, entonces, producto de la deformación que la represión impone a un estado macroafectivo insoportable, contiene, en la precisa alteración de la forma y la función orgánica, el libreto o el guion específico del drama o la historia que oculta. Libreto que, a la manera de un mosaico, se configura con la particular combinatoria de las fantasías inconscientes que lo constituyen.

En el acto espontáneo de masticar un alimento, en el sentimiento de miedo, o al estrechar la mano de un amigo, no existe la disociación psicósomática. El cuerpo (sano o enfermo) se experimenta como únicamente físico en la medida en que las finalidades que cumplen sus funciones permanecen inconscientes. El psiquismo inconsciente no se halla “entre” el cuerpo y la conciencia, sino que coincide, desde otro punto de vista, con lo que llamamos cuerpo. Dicho en los términos de la computación: el *hardware* también es un *software*, ya que su estructura es el producto de una idea que se manifiesta en un “programa”.

El hombre primitivo piensa que el trueno es una consecuencia del relámpago que siempre lo precede. El científico piensa mejor sosteniendo que ambos provienen de una descarga electromagnética que sólo percibimos mediante dos registros sensoriales que nos llegan a velocidades distintas; la luz y el sonido. Podemos decir, a

partir de esa metáfora, que el cuerpo no produce el alma. Cuerpo y alma son dos registros distintos, en la conciencia, de una realidad inconsciente incognoscible “en sí misma”. Tal como lo escribe William Blake, llamamos cuerpo a la parte del alma que se percibe con los cinco sentidos, y alma, agregamos ahora, a los propósitos y las intenciones que “animan” al cuerpo.

Cuando profundizamos en el estudio de los actos fallidos, en los cuales un propósito consciente es perturbado por otro contradictorio e inconsciente, comprendemos que los trastornos somáticos funcionales (desembocan o no en alteraciones estructurales de los órganos) son actos fallidos en los cuales el propósito alterado es también inconsciente.

Cuando construimos una historia, atribuimos un tiempo, un lugar y un transcurso, a una escena que, haya ocurrido, o no, tal como la recordamos en nuestro relato, condensa la significancia afectiva actual (que actúa en el presente) del instante en el cual se construye esa historia que se conforma en torno de lo que solemos denominar “un malentendido”. Las enfermedades “contienen”, ocultas, diferentes historias, y cada una de esas historias se presenta, en la conciencia del enfermo y en la del observador, como un trastorno corporal distinto. Son historias tan típicas y universales como los trastornos orgánicos que el enfermo “construye” para enmascararlas.

El problema psicósomático en la práctica médica

El discurso con el que Freud inauguro, en 1910, el congreso de Núremberg (publicado como *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*) (11) nos conduce hacia algunas reflexiones sobre el ejercicio de la psicoterapia en la práctica médica. Todo aquello que (ya sea mediante técnicas, a través de instrumentos, o directamente) podemos percibir con los sentidos ingresa en la categoría de lo que llamamos “físico”. Todo aquello cuyo significado podemos interpretar ingresa, en cambio, en la categoría de lo que denominamos “psíquico”. La investigación psicoanalítica ha demostrado que el trastorno físico (contemplado por la medicina clásica como un efecto que deriva de una causa) puede, además, ser interpretado como un lenguaje que comunica, de manera inconsciente, el significado de un episodio biográfico particular. Apoyándonos en los lineamientos teóricos establecidos por Freud, acordes con lo que se observa en la clínica, llegamos a la conclusión de que cada una de las distintas enfermedades del cuerpo, que la medicina distingue, esconde un significado inconsciente “propio” que es típico de ella. Hemos publicado (12) trabajos de investigación sobre diferentes enfermedades y sobre trastornos en distintos órganos, que avalan esas conclusiones.

A pesar de que la práctica psicoanalítica consolida progresivamente la convicción de que la enfermedad “somática” no posee una existencia independiente de las vicisitudes de sus significados inconscientes, la experiencia clínica nos lleva pronto a reconocer que, en este aspecto de nuestro trabajo, nos enfrentamos con proble-

mas difíciles. No sólo en lo que respecta a la acción terapéutica sino también en cuanto atañe a la evaluación de sus resultados. Cuando definimos una alteración lo hacemos por comparación con un estado que, sea como ideal o como promedio, constituye la “norma”, y ocurre que, implícitamente, suponemos que la alteración es la pérdida de un estado normal anterior al cual es necesario “volver”. No debe extrañarnos, por lo tanto, que cuando un paciente consulta al médico porque presenta una alteración “somática” lo haga por lo general con la idea, implícita o explícita, de que el beneficio principal del tratamiento consiste en la desaparición de esa alteración, dando por sentado que se puede volver, “sin más”, a un estado anterior.

El médico, sin embargo, no debería compartir con tanta frecuencia la fantasía que pervive en ese objetivo, ya que toda restitución de un estado anterior, si tenemos en cuenta fenómenos como la inmunidad, la experiencia o la memoria, no sólo es utópica, sino, además, equívoca. La idea de “combatir la enfermedad”, que se halla implícita todavía en muchas actuaciones médicas, no parece sensata en la medida en que desconsidera la función que la enfermedad cumple en relación con los sistemas más amplios en los cuales se integra dentro de la serie: órgano, aparato, persona, familia y sociedad. Es necesario tener en cuenta que la enfermedad es la “solución” que el paciente ha encontrado y que su simple desaparición suele restablecer el problema inicial, o puede incluso agravarlo. Freud (en *Recordar, repetir y elaborar*) (13) nos recuerda que la enfermedad es un oponente digno. Weizsaecker (14) lo señala diciendo que la actitud habitual del médico frente a la enfermedad, que podría resumirse en la expresión “fuera con ella”, debería ser reemplazada por otra acorde con el siguiente pensamiento: “sí, pero no así”. En los casos en que el médico no comparte el objetivo del paciente, nos encontramos frente a la necesidad de ejercer, explícita o implícitamente, educación sanitaria.

Hemos aprendido que la familia del enfermo que padece una psicosis, o la del niño, constituyen una estructura de poder real que obra, en ambos casos, sobre el tratamiento del paciente y nos obliga a diseñar un encuadre particular apropiado que incluya, de algún modo, a las personas con las cuales convive. Aquellos enfermos “somáticos” que de manera imprescindible necesitan un tratamiento físico dependen también, inevitablemente, de un médico o de una institución sanatorial, que llevan implícitos un determinado sistema de asistencia que suele entrar en colisión con las necesidades de la psicoterapia. La tarea de implementar un encuadre específico que permita involucrar de alguna manera en el tratamiento del paciente al médico del cual éste depende, plantea problemas distintos de aquellos que surgen de la inclusión de la familia del niño o la del enfermo psicótico. El médico se halla por lo general menos dispuesto y motivado que los familiares del enfermo para reexaminar, en interés del paciente, tanto su vínculo con él como las diferentes alternativas y decisiones del tratamiento físico. Son, sin embargo, alternativas y decisiones que se verán

inevitablemente influidas por los afectos inconscientes que forman parte de ese vínculo.

Frente a esas dificultades, no cabe duda de que gran parte de los problemas que plantea el encuadre de un tratamiento “psicosomático” se podrían resolver mucho mejor si, en los planes de estudio de la Facultad de Medicina, el psicoanálisis, en lugar de figurar como si fuera una rama de la neuropsiquiatría, ocupara, por lo menos, un lugar semejante al que ocupa la microbiología.

El instrumento fundamental de nuestra acción psicoterapéutica está constituido por una capacidad de lectura específica apropiada al “objeto” tratado, objeto que en el caso que nos ocupa es la situación comunicativa particular implícita en toda enfermedad. Tal como ha ocurrido con la interpretación del juego y del dibujo en el psicoanálisis de niños, partimos de un cierto acuerdo previo acerca de que el fenómeno considerado, el trastorno somático, es la transformación de una idea inconsciente, idea que se conserva en la alteración de la forma, la función o el desarrollo corporales.

Tal vez convenga, en este punto, incluir dos cuestiones que pueden introducir claridad. La primera proviene de Heráclito cuando nos recuerda que un hombre no se baña dos veces en el mismo río, porque lo que permanece es la forma del río, dado que el agua que lo constituye circula. Si tenemos en cuenta que el seguimiento de los átomos “marcados” con carbono radioactivo permite comprobar que, en unos pocos meses, todos son reemplazados, podemos decir que tampoco vemos, en el espejo, la misma cara dos veces, porque la corriente de “la carne” que “pasa por ella”, también circula. Lo mismo sucede cuando vemos un tumor que persiste, materialmente, obstruyendo el esófago, porque lo que persiste no es la materia, persiste “la forma” que lo constituye y esa forma es lo que, en psicoanálisis, a veces denominamos “fantasía”, y otras veces “idea” inconsciente. Recordemos que Shakespeare pone en boca de su Próspero, que estamos hechos de la substancia de la que están hechos los sueños.

La segunda cuestión surge porque, tal vez, resulte pertinente insistir aquí, una vez más, en que descubrir que un trastorno de la estructura o del funcionamiento del cuerpo es una expresión que simboliza una fantasía inconsciente, no lleva implícito necesariamente, sostener que constituye una causa (es decir, psicogenia) y menos aún, afirmar que no es lícito encontrar en el terreno de los mecanismos fisicoquímicos o fisopatológicos la operatividad de otras causas.

Las formas corporales son símbolos universales y congénitos que se presentan, tanto en el paciente como en el psicoanalista, encubiertos por re-significaciones secundarias, personales y “adquiridas”. Por este motivo, sólo podemos descubrir su significado primario recurriendo a la interpretación combinada de materiales de las más diversas fuentes: mitos, literatura, otras realizaciones del arte, conocimiento científico, etimología, expresiones del lenguaje popular, etc. Las disciplinas que forman parte de la medicina y de la biología nos ofrecen, desde este punto de vista, un material espe-

cialmente valioso para la investigación del significado inconsciente de las formas corporales normales y patológicas. El conocimiento de las fantasías inconscientes específicas de las distintas formas nos permite progresar en la construcción de un código interpretativo que opere en el psicoanalista de un modo preconsciente y “automático”, del mismo modo que opera, por ejemplo, su conocimiento del complejo de Edipo. Incluir ese código en el trabajo cotidiano implicará algunas modificaciones técnicas, tal como sucedió con el psicoanálisis de niños frente a la necesidad de interpretar los dibujos y el juego.

La posibilidad de que el psicoanalista explore físicamente al enfermo que trata psicoterapéuticamente conduce hacia complicaciones técnicas que son, por el momento, insuperables. Aunque no cabe duda de que la observación directa de radiografías, exámenes de laboratorio o informes de los exámenes realizados por otros colegas, podría aportarnos un material valioso sin introducirnos, inevitablemente, en tales dificultades, también es cierto que el ejercicio de nuestra tarea nos confirma una y otra vez que “el material” sobreabunda. La experiencia enseña que todo lo que no logramos interpretar retorna incansablemente desde el paciente en formas diversas.

Reparemos, además, en que la observación directa, en el enfermo, de signos físicos como la palidez o la cianosis y la información que acerca de su estado físico se obtiene a través de su discurso verbal, ofrecen un material valioso, pero es claro que el psicoterapeuta podrá utilizar ese material para su labor específica, si evita, por un lado, el permanecer “anclado” en el diagnóstico establecido en los términos de la medicina anatómofisiológica y, por el otro, la “obligación” de responder a las expectativas del paciente con una inmediata interpretación simbólica que no siempre puede, auténticamente, lograr.

Así como existe una cirugía menor que se puede realizar en el consultorio y una cirugía que requiere un quirófano y un cirujano avezado, existe una psicoterapia menor, que puede realizar todo médico, y una psicoterapia mayor, que requiere la intervención del especialista. Agreguemos, de paso, que todo acto médico requiere, como cualquier otra relación humana, un cierto grado de consciencia con respecto a los efectos de las palabras que se pronuncian y que es doloroso tener que reconocer la enorme frecuencia con la que durante el ejercicio de las actividades médicas, se usan las palabras de manera irresponsable, como si con ellas no se pudiera dañar.

La capacidad para comprender los significados inconscientes de los síntomas o de la relación médico-paciente será, sin duda, útil para todo médico, pero hay una cuestión acerca de la cual no debemos engañarnos. La posibilidad de modificar profundamente, mediante el psicoanálisis, las alteraciones somáticas de una enfermedad en sus distintas alternativas, depende fundamentalmente de la intervención de un psicoanalista que se haya formado especialmente para desempeñar esa tarea. El psicoanálisis de los enfermos con trastornos somáticos, tal como ocurre en el caso del psicoanálisis de ni-

ños o de enfermos psicóticos, requiere una dedicación especial.

Sea cual fuere el tipo de campo en que este psicoanalista trabaje, se trate de un psicoanálisis “ortodoxo” o de otro tipo de vínculo terapéutico y de encuadre, lo esencial es el grado que haya alcanzado en un tipo particular de formación. Si la habilidad frente a las vicisitudes de la transferencia-contratransferencia y la permeabilidad frente a lo inconsciente que posee un psicoanalista avezado son en este caso de una utilidad inestimable, conocer el instrumento comunicativo propio de la enfermedad “somática” y los caminos por los cuales se produce habitualmente la modificación de las alteraciones físicas también lo será, y con mayor razón.

Freud descubrió, ya en sus primeras experiencias con las pacientes histéricas, que el procedimiento psicoanalítico no debía encaminarse hacia la obtención inmediata de una mejoría de los síntomas y que era necesario entregar a lo inconsciente la dirección del proceso. Wilfred Bion apunta en la misma dirección, desde otro ángulo, cuando señala que el psicoanalista debe trabajar “sin memoria ni deseo”. Pero que el psicoanalista trabaje sin tener presente su objetivo no significa que el tratamiento carezca de una meta. Esa meta, que durante los primeros años consistía en la desaparición de los síntomas, se fue transformando, poco a poco, en el logro de una modificación en el carácter. Este cambio en los fines que perseguía el proceso trajo consigo el hecho de que el tratamiento, que en un comienzo se sustanciaba en meses, se prolongara luego durante varios años. Durante ese tiempo, en un desarrollo que podríamos llamar “longitudinal”, el proceso progresa de temática en temática sin un fin inmediato que sea premeditado.

Sin embargo, el psicoanalista, en el desempeño de su tarea clínica, se encuentra a veces con problemas específicos que es necesario resolver. Una de estas situaciones es el caso planteado por una enfermedad “somática” de cierta gravedad. Sabe que tanto esa enfermedad, como su evolución y su desenlace final, no son independientes de las vicisitudes creadas por las emociones inconscientes. No puede confiar en que un tratamiento psicoanalítico “longitudinal” llegue a tiempo o sea suficiente para proteger al enfermo de un desenlace grave, pero tampoco puede “abandonarlo” resignándose frente a decisiones que se adopten sólo teniendo en cuenta las opciones que provienen de un único cuadrante. El problema principal que la enfermedad “somática” plantea al psicoanálisis se establece alrededor de esa dificultad.

El estudio patobiográfico

En 1972, planeamos (junto con Enrique Obstfeld) un encuadre y un procedimiento psicoanalítico que llamamos *estudio patobiográfico*. Su finalidad específica consiste en incluir en el tratamiento del enfermo aquello que el psicoanálisis puede hacer si se propone, como meta inmediata, actuar sobre la enfermedad en el “tiempo corto” que, a veces, las circunstancias nos otorgan. De este modo, el psicoanálisis “longitudinal” puede mantenerse

libre de toda finalidad consciente. Se trata de un método que surgió, desde sus comienzos, como producto de una triple influencia. Algunos escritos de George Groddeck (15) que testimonian su capacidad excepcional en la utilización del psicoanálisis para la comprensión de las más diversas enfermedades somáticas. La obra de Victor von Weizsaecker, que agrega, como ingrediente imprescindible, una sólida fundamentación científica y filosófica a la interpretación de los significados inconscientes de las alteraciones somáticas. Y los desarrollos (12) con los cuales, a partir de Freud, integramos algunas de esas ideas en la teoría psicoanalítica.

Junto con el diseño del método fundamos una institución dedicada a ejercerlo que en homenaje al insigne médico alemán denominamos *Centro Weizsaecker de consulta médica*. Para el interrogatorio “biográfico” nos inspiramos en la *Introducción a la medicina psicosomática*, de Carlos Seguí (16). Para la construcción de una sinopsis de antecedentes, en las ideas propuestas por Mariano Barilari en *La vida del enfermo y su interpretación. Anamnesis*, (escrito en colaboración con Leonardo Grasso) (17). Es necesario aclarar que el nombre “patobiografía”, que heredamos de Weizsaecker (y que integra con la palabra *pathos*, su doble significado de “pasión” y “padecer”) también fue utilizado para designar métodos distintos, aunque dirigidos hacia finalidades similares, por autores como Pedro Laín Entralgo (en *La historia clínica. Historia y teoría del relato patobiográfico*) (18) y Günter Clauser (en *Manual de análisis biográfico*) (19).

A pesar de que el estudio patobiográfico (que diseñamos para que se sustanciara en unos 45 días y en los casos muy urgentes en menos de una semana) nació durante el tratamiento psicoanalítico de pacientes en los cuales, de pronto, surgía de manera perentoria, la necesidad de recurrir a procedimientos médicos distintos, fue concebido para ser aplicado, también, en personas que, ya sea con el auxilio de una psicoterapia o sin ese auxilio, se encuentran en algunas situaciones urgentes que se les presentan difíciles. Podemos mencionar varios ejemplos:

Cuando se trata de prepararse, o también de decidir, ante una intervención quirúrgica riesgosa o que supone la necesidad de aceptar mutilaciones graves. Cuando a pesar de un procedimiento diagnóstico y de una terapéutica correcta la enfermedad no evoluciona bien. Cuando una dolencia empeora o se hace crónica, o cuando el paciente se cura de una enfermedad sólo para ingresar en otra. Cuando dos o más especialistas en los cuales el enfermo confía recomiendan procedimientos distintos y es el paciente quien debe decidir. Señalemos, dicho sea de paso, que muy pronto el estudio patobiográfico comenzó a utilizarse ante la necesidad de asumir otro tipo de decisiones, como las que surgen frente a cambios de trabajo, o de residencia, crisis en el empleo del dinero, conflictos que llegaron a los tribunales de justicia o desacuerdos graves en la pareja o en la familia.

Podemos decir que constituye un procedimiento “transversal” que se orienta hacia un fin premeditado e inmediato, y que lo hace mediante el esfuerzo conjunto

de un equipo que se concentra en contemplar ese particular momento, en la vida de un paciente, como desenlace de una trayectoria que se interrelaciona con los rasgos de su carácter, pero, sobre todo, “se impregna” con esa vida, contemplándola desde las distintas contratransferencias que, en cada uno de los miembros, suscita.

Dado que ni la medicina tradicional ni el psicoanálisis pueden ofrecer, desde cada uno de sus procedimientos, una solución integral para todos los trastornos que pueden aquejar al ser humano en el terreno de lo que se considera enfermedad, no existe razón ni derecho para privar a los enfermos de una exploración y una propuesta surgida desde ambos abordajes. No sólo se trata de integrar las técnicas (físicas, químicas o “biológicas”) que derivan, en última instancia, del ejercicio de la mano, con las que derivan del ejercicio de la palabra, sino también de articular (como lo señala Paul Ricoeur en *Freud: una interpretación de la cultura*) (20) el pensamiento que se expresa en los términos de una energética, con el que surge como una forma de la hermenéutica (en tanto arte o teoría de la interpretación de “textos”).

La necesidad de ese doble abordaje nos introduce, entonces, lamentablemente, en una difícil problemática. Una problemática que no deriva, en lo esencial, de que los métodos que configuran ambas medicinas se interfieren entre sí en alguna de sus partes o de que una formación médica suficiente en cada uno de esos métodos demanda muchos años, dado que eso también sucede entre un cardiólogo y un neurocirujano. La dificultad mayúscula deriva del uso de lenguajes y pensamientos muy distintos.

Es necesario reconocer que lograr esa formación “doble” en cada médico constituye, por el momento, una pretensión muy difícil de satisfacer. De modo que encontramos en esta realidad la razón por la cual en el estudio patobiográfico procuramos integrar los enfoques de ambas medicinas constituyendo un equipo con profesionales que exploran al paciente desde puntos de vista distintos e intentan armonizar sus conclusiones.

Las conclusiones que le comunicaremos al paciente se componen con dos partes. La primera, heredada de lo que un médico prescribe, constituye una orientación terapéutica; en ella le diremos aquello que, de acuerdo con lo que pensamos, le aconsejamos hacer. Incluye recurrir, o dejar de recurrir, a los fármacos, a la cirugía, a la radioterapia, a la fisioterapia, al tratamiento higiénico-dietético o a la psicoterapia “longitudinal”. Pero también incluye elegir entre el beneficio que surge de hacerlo de inmediato, o la oportunidad que otorga, sencillamente, esperar. La segunda surge de haber aprendido que la enfermedad se constituye como un intento simbólico, inconsciente, que procura alterar el significado insostenible de una historia que nace como producto de un malentendido y que se oculta en el cuerpo. Constituye una “resignificación” que contiene lo que hemos creído comprender acerca de la crisis actual que el paciente atraviesa, en ese momento de su vida, y que, reprimida, se manifiesta en los sufrimientos y las dificultades que constituyen el motivo por el cual nos consulta.

Cae por su propio peso que la orientación terapéutica es una prescripción que surge como producto de un diagnóstico, mientras que en la resignificación “el diagnóstico” y “la terapéutica” funcionan al unísono. Es claro que no pretendemos con esta “terapia” mejorar los rasgos de carácter que influyen en la crisis vital que perturba al paciente, sólo procuramos “darle un empujón” que “estropeando” la solución que ha encontrado y por la cual “paga el precio” del trastorno que lo aqueja, lo obligue a sustituirla por otra. Le estaremos diciendo entonces, como señalaba Weizsaecker, “sí, pero no así” y, aunque no podemos (ni debemos) decirle de qué otra manera es mejor proceder, confiamos en que, aun en el caso de que no encuentre algo preferible, obtendrá el beneficio de cambiar el trastorno y, con ése cambio, una cierta consciencia de lo que le está sucediendo.

Para describir “desde donde” y cómo se construye la “resignificación” (que acompaña a lo que se propone como orientación terapéutica) debemos “rescatar” algunos lineamientos que funcionan (en proporciones distintas para cada ocasión) desde nuestro preconsciente, como automatismos, y que mencionaremos brevemente, aquí:

1) La identificación de una temática, típica y universal, que pueda otorgar “unidad” a la biografía del paciente, configurando un punto nodal alrededor del cual gira su vida. En el desarrollo de ese “argumento”, pueden surgir distintos personajes que, como representantes de otros, que pertenecieron a su infancia, conforman el drama que, actualmente, desencadena una crisis. 2) La identificación del “mapa” que el enfermo utiliza para recorrer el territorio de su vida, y del “estilo”, adquirido en la infancia, con el cual lo ha trazado; ya que ambos codeterminan el significado de su historia. 3) La identificación de la parte que el trastorno “habla” (y que, de manera simbólica e inadecuada, procura alterar) dentro del “drama nodal” que, como producto de un malentendido perdurable, pertenece a la historia que la enfermedad actual encubre. Dado que pensamos que la enfermedad actual, no sólo es un relato, cifrado y simbólico, del significado omitido, sino también un acto, igualmente simbólico, que “corrige” mágicamente esa historia. 4) La identificación de las razones por las cuales no puede soportar ese drama, dado que necesitamos que nuestra interpretación permanezca en la consciencia del enfermo junto con su auténtico afecto. 5) La identificación de las lagunas y distorsiones de significado que marcan los puntos en los cuales su drama original se le ha vuelto inconsciente. 6) La identificación de una unidad de sentido más amplia que trascienda lo que, como el producto de un mapa fragmentario, se constituye como un malentendido. Dado que pensamos que la enfermedad actual es la mejor solución que el enfermo ha logrado frente a su imposibilidad de aceptar en la consciencia significaciones que son contradictorias, creemos que si puede integrarlas en un significado más amplio es posible que desaparezca la necesidad que sostenía la enfermedad del cuerpo.

En los últimos años, y a partir de lo que desarrollamos en *¿Para qué y para quién vivimos? El camino de los*

sueños (21), nos propusimos incluir la consideración de tres “mapas”. El que el paciente podría trazar registrando las distintas “distancias” afectivas en su relación con las personas que considera más significativas en su vida (incluyendo a sus enemigos y a los seres que, físicamente, han desaparecido). El que podría trazar incluyendo el tiempo dedicado, y las prioridades que otorga, al conjunto completo de todas sus actividades. Y, por último, la descripción de aquellos apegos irrenunciables que provienen, como un íntimo rescoldo, de la remota infancia.

Cuarenta y cinco años después

Desde 1972, que fue el año en el cual diseñamos nuestro procedimiento, y fundamos nuestro *Centro Weizsaecker de Consulta Médica* en Buenos Aires, se crearon otros equipos (entre los cuales sólo mencionaremos aquellos que pudimos contribuir a organizar, porque sabemos que se dedicaron a ejercer el mismo método) en Río Cuarto (Córdoba), en Montevideo, Roma, Florencia, Perugia, y Bogotá. Ignoro cuantas patobiografías se habrán realizado durante el tiempo transcurrido, pero hemos podido supervisar personalmente no menos de unas dos mil quinientas. La cuestión que surge de inmediato, y motiva este apartado, se resume en una frase: ¿qué nos ha dejado la experiencia? Podemos explorar el resultado desde diversos ángulos que pueden formularse en algunas preguntas principales. ¿Cuál es el beneficio que obtuvieron los pacientes que lo han realizado? ¿Qué opinión se han formado los distintos profesionales que integraron los equipos dedicados a los estudios patobiográficos? ¿Cómo evolucionó el método durante los años transcurridos desde su iniciación?

La cuestión que inmediatamente se suscita cuando se trata de este asunto tiene que ver con la estadística. (De esta cuestión nos ocupamos, con mayor detalle, en *Acerca de la superstición en el uso de la estadística*) (22). No sólo se trata de que no necesitamos disecar trescientos escarabajos para afirmar que son hexápodos, se trata, sobre todo, de que para realizar estadísticas es necesario homogenizar variables (es decir, tener en cuenta únicamente “la” interrelación que nos interesa computar) y, cuando se trata de realidades complejas, no es fácil determinar si lo que se descarta no invalida nuestras conclusiones. Tampoco es fácil ponerse de acuerdo en cuál será el valor de “beneficio” que se tendrá en consideración cuando intervienen numerosas variables (y eso es lo que define a una realidad compleja). Reparemos, también, en que la estadística es el “último” recurso de la ciencia, aquel que se utiliza cuando desconocemos los mecanismos que vinculan los efectos con sus causas (¡o el significado que vincula a un símbolo con su referente!). La estadística nos dice, aproximadamente, cuantas personas entre dos mil sometidas a una litotricia sufrirán un hematoma renal, pero no nos dice lo que sucederá con Pedro.

Vayamos, entonces, a la posibilidad que reside en comprender la “razón” que vincula nuestra intervención con el cambio que constituye la “meta”. Volvamos sobre

la idea de que, si desarmo una cerradura y comprendo cómo, en su funcionamiento, interviene un resorte que ha perdido su lugar, adquiero una “razonable” confianza en que podré repararla. Si de cada diez soldados que solicitan un determinado permiso, puedo saber que sólo uno (el diez por ciento) lo consigue, “algo” sabré, pero si me entero de que los nueve que no lo consiguieron se lo pidieron al sargento y el otro se lo pidió al teniente, sabré mucho más. Reparemos en que Freud psicoanalizó unos pocos casos de histeria y a partir de esa experiencia afirmó que toda histeria (y no en un determinado porcentaje) es, siempre, el resultado de la represión de un recuerdo traumático. Las conclusiones en las que se apoya “razonablemente” nuestra confianza en los resultados del método patobiográfico, se encuentran, pues, en la teoría que fundamenta el método.

A pesar de esas dificultades que provienen de las intensas resistencias que surgen frente a la investigación de lo inconsciente reprimido, tuvimos gratificaciones y logros, de los cuales publicamos unos pocos (en *¿Por qué enfermamos?*, por ejemplo) (23). Hemos comprobado, una y otra vez, que el paciente, cuando se encuentra con el contenido de la resignificación, descubre,

con cierto asombro, que su interlocutor no sólo está compenetrado con innumerables detalles que configuran su vida, sino, además, con el sentido que el mismo paciente otorga a esos detalles. Cuando a eso se suma la resignificación que adquiere en el estudio, el conjunto de su vida le resulta profundamente conmovedor. Es muy importante comprender (un suceso inesperado que la experiencia nos impuso) que “algo” de esa resignificación comenzó ya a prefigurarse, dentro de él, durante las horas en las que el interrogatorio anamnésico lo condujo a reunir, una tras otra, diferentes vicisitudes de su historia.

Agreguemos, por fin, que, quizás, frente al contenido de este apartado, sorprenda lo exiguo de lo que en él consignamos como producto de una experiencia de cuarenta y cinco años. Pero debemos tener en cuenta que la parte más importante, y más conmovedora, de esa experiencia, proviene del haber convivido en contacto con las crisis vitales de los enfermos que estudiamos en las patobiografías. La única forma en que, y hasta cierto punto, logramos transmitirla, se encuentra en los escritos que acerca de unos pocos casos, entre los tantos tratados, hemos publicado. ■

Referencias bibliográficas

1. Ryle G. *El concepto de lo mental*.
2. Gregory RL (1981). *Mind in Science*, Singapur, Peregrine Books, 1984.
3. Turbayne CM (1962). *El mito de la metáfora*, México, Fondo de Cultura Económica, 1974.
4. Goodwin B (2007). *Nature's Due*, Edimburgo, Floris Books.
5. Mandoki K (2013). *El indispensable exceso de la estética*, México, Siglo xxi.
6. Freud S y Breuer J (1895). *Estudios sobre la histeria*, Buenos Aires, Amorrortu.
7. Freud S (1900 [1899]). La interpretación de los sueños, ts. IV y V, en *Obras completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
8. Freud S (1901). Psicopatología de la vida cotidiana, t. VI, en *Obras completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
9. Freud S (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*, t. VII, en *Obras completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
10. Freud S (1940b [1938]). *Esquema del psicoanálisis*, Buenos Aires, Amorrortu.
11. Freud S (1910). “Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica”, t. XI, en *Obras completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
12. Chiozza L (2012). *Obras Completas*, Libros del Zorzal, Buenos Aires.
13. Freud S (1914). “Recordar, repetir y reelaborar”, t. XII, en *Obras completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
14. von Weizsaecker V (1950). *Patosofía*, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2005.
15. Groddeck G (1968). *El libro del Ello*, Editorial Sudamericana, Buenos Aires.
16. Seguí C (1947). *Introducción a la medicina psicosomática*, T. Scheuch, Lima.
17. Barilari M y Grasso L (1948). *La vida del enfermo y su interpretación. Anamnesis*, El Ateneo, Buenos Aires.
18. Laín Entralgo P (1950) *La historia clínica. Historia y teoría del relato patobiográfico*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid.
19. Clauser G (1968). *Manual de análisis biográfico*, Gredos, Madrid.
20. Ricoeur P (1965). *Freud: una interpretación de la cultura*, Siglo XXI, México, 1973.
21. Chiozza L (2015). *¿Para qué y para quién vivimos? El camino de los sueños*, Libros del Zorzal, Buenos Aires.
22. Chiozza L, Adamo D, Barbero L, Boari D, Schnee C, Spivak R, Stisman M (1984). “Acerca de la superstición en el uso de la estadística”, t. V, en *Obras completas*, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2012.
23. Chiozza L (2008 [2007-1997-1986]). *¿Por qué nos enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*, Libros del Zorzal, Buenos Aires.

Del cuerpo a la mente: Un acercamiento psicoanalítico a los pacientes con dolor crónico*

Wolfgang Merkle¹

1. MD, Director de la Clínica psicosomática del Hospital zum heiligen Geist, Hospital Escuela de la Universidad de Frankfurt, Lange Strasse 4-6, 60311 Frankfurt, Alemania. Psicoanalista de la Asociación psicoanalítica Internacional (IPA), Especialista en Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Especialista en Psiquiatría. Especialista en Terapia Especial del Dolor. Presidente DCAP desde 2015 (Academia Germano – China de Psicoterapia).

E-mail: w.merkle@em.uni-frankfurt.de

Resumen

La medicina psicosomática en Alemania es una disciplina muy sofisticada y elaborada en el sistema de salud. El sistema de atención psicosomática en Alemania está organizado desde la atención básica del médico general hasta el tratamiento psicosomático multimodal integrado para pacientes hospitalizados. Este desarrollo se debe a un gran crecimiento en la sociedad de la necesidad de tratamiento psicosomático. Por lo tanto, la introducción de una nueva especialidad en medicina psicosomática y psicoterapia en 1993 fue una consecuencia lógica de este desarrollo. Se mencionan algunas explicaciones históricas del hecho de que este desarrollo de la medicina psicosomática se dio especialmente en Alemania después de la Segunda Guerra Mundial. Los pacientes con dolor somato-morfo crónico sufren dolor como si éste fuera causado por una lesión del tejido comprometido. En este artículo se muestra cómo y por qué el dolor causado por la impotencia profunda, la pérdida de objetos, la traumatización, puede pasar del dolor psíquico al físico. Se discute el papel de las experiencias infantiles y la falta de capacidad de mentalización y simbolización. Como el dolor se siente como un dolor somático, se necesita una actitud y una técnica psicoanalítica especial para tratar a estos pacientes con éxito. Por lo tanto, necesitamos métodos adicionales como la arteterapia y la terapia de movimiento concentrado para involucrar a estos pacientes. Para este tratamiento, necesitamos un encuadre especial mediante tratamiento psicosomático multimodal integrador para pacientes internados o tratamiento en clínicas de día. Se discute y se expone esta forma de tratamiento que está muy desarrollada en Alemania.

Palabras clave: Medicina psicosomática - Tratamiento integrado multimodal psicosomático para pacientes hospitalizados - Especialista en medicina psicosomática y psicoterapia - Mentalización, simbolización - Experiencias infantiles - Tratamiento psicosomático diurno.

FROM BODY TO MIND: THE PSYCHOANALYTIC APPROACH TO PATIENTS WITH CHRONIC PAIN

Abstract

Psychosomatic Medicine in Germany is a very sophisticated and elaborated discipline in the health care system. The system of psychosomatic care in Germany is organized from the basic care of the general practitioner to the integrated multimodal psychosomatic inpatient treatment. This development is due to a big growth of psychosomatic need of treatment in the society. So the introduction of a new specialist of Psychosomatic medicine and psychotherapy in 1993 was a logical consequence of this development. Moreover it is the intention of this article to look for some historical explanations for the fact that this development of psychosomatic medicine was especially in Germany after the second world war. Chronic somatoform pain patients are suffering from pain as if the pain was caused by an injury of tissue. In this article is shown how and why the pain that is caused by deep powerlessness, lost of objects, traumatization can be turned from psychic to physical pain. The role of childhood experiences and the lack of mentalization and symbolization capacity is discussed. As the pain is felt as a somatic pain by the patients it needs a special attitude and psychoanalytic technique to treat this patient successfully. Therefore we need additional methods like art therapy and concentrative movement therapy to involve these patients. For this treatment we need a special setting by integrative multimodal psychosomatic inpatient or day clinic treatment. This way that is very developed in Germany is discussed and shown.

Key words: Psychosomatic medicine - Integrated multimodal psychosomatic inpatient treatment Specialist of Psychosomatic medicine and psychotherapy - Mentalization, Symbolization - Childhood experience - Psychosomatic dayclinic treatment.

* Artículo traducido al español por Ailén Gatto Pereyra y Natalia Santaguida.

El rol y el desarrollo de la medicina psicosomática en Alemania como una especialización médica propia

El desarrollo de la medicina psicosomática en Alemania comienza con dos movimientos principales en la medicina de ese país. Por un lado, había un grupo de médicos con un modelo psicogenético de las enfermedades psicosomáticas, con una gran competencia en psicoterapia que intentaba integrar el psicoanálisis a la medicina (Horst Eberhard Richter, Helmut Thomä, Alexander Mitscherlich, Horst Kächele, etc.). Por otro lado, había colegas de la medicina interna con grandes competencias médicas, como lo eran Th. v. Uexkuell o Viktor v. Weizsäcker, que tenían un modelo más integrado de la psicosomática y tenían la idea de que cada médico debería ser un médico con orientación psicosomática, contando con un modelo biopsicosocial de la enfermedad y con la actitud correspondiente hacia el paciente y en la relación médico-paciente.

La base de este movimiento remite a los años 60 del siglo pasado, cuando se introdujo el apoyo psicoterapéutico como beneficio seguro habitual de todos los pacientes incluyendo la psicoterapia psicodinámica (psicoanalítica) y la terapia cognitiva conductual.

En 1970, la medicina psicosomática se convirtió en una asignatura obligatoria dentro del plan de estudios de la carrera de medicina en 37 universidades médicas oficiales en Alemania. Sobre la base de este avance, la mayoría de las escuelas de medicina decidieron establecer departamentos completos de medicina psicosomática.

Los planes de estudio de estos departamentos no sólo cubren la teoría de la medicina psicosomática, sino que los miembros del departamento han creado e implementado activamente la capacitación en habilidades comunicacionales como parte de un plan de estudios médico basado en competencias.

En 1993, este desarrollo continuó con la introducción de una especialización en medicina psicosomática y psicoterapia, además de la especialización en Psiquiatría y Psicoterapia.

También tenemos una educación psicosomática especial, para colegas de las disciplinas somáticas y los médicos generales, llamada atención básica psicosomática permitiéndole a los médicos generales hacer un diagnóstico psicosomático inicial. Incluye los aspectos somáticos, mentales y sociales de la enfermedad en un diagnóstico integral y presenta un plan de tratamiento general.

La atención a pacientes con trastornos psiquiátricos y psicosomáticos en Alemania se divide en internación, hospital de día, atención ambulatoria y rehabilitación.

En cuanto a la internación y la clínica de día, el requerimiento de más lugares para pacientes psicosomáticos que necesitan tratamiento, creció mucho durante los últimos 30 años en Alemania (desde aproximadamente 2.000 pacientes internados a más de 10.000 y más de 6.000 lugares dentro la clínica psicosomática de día). Para comparar, al mismo tiempo la cantidad de pacientes con tratamiento psiquiátrico disminuyó a 50.000 aproximadamente.

Este desarrollo de tratamientos psicosomáticos acompañados con modelos de tratamiento multimodal integradores es único en el mundo y también se ha demostrado que tiene una ventaja económica para la sociedad y, por supuesto, para el individuo que mejora su estado de sufrimiento, especialmente para los trastornos de dolor, trastornos somatoformes, trastornos alimenticios, pero también para pacientes con síntomas depresivos y de ansiedad y trastornos de estrés postraumático (TEPT).

Entonces, hoy la atención psicoterapéutica en Alemania para el tratamiento ambulatorio es realizada por aproximadamente 3.058 especialistas en medicina psicosomática y psicoterapia, 3.900 especialistas en psiquiatría y psicoterapia, 1.972 neurólogos y 10.269 médicos especialistas con una certificación de psicoterapia adicional (de estos, 3.493 practican principalmente psicoterapia) y 16.664 psicólogos con una especialización en psicoterapia.

Aunque tenemos una red muy intensa de tratamientos psicoterapéuticos y psicosomáticos, hay incluso hoy en día un largo período de tiempo de espera para que un paciente pueda obtener una adecuada psicoterapia o tratamiento psicosomático.

Por qué este desarrollo ha sido posible, especialmente en Alemania, es una pregunta que no es fácil de responder:

Una razón podría ser que después de 1945, la psicosomática y la psicoterapia fueron temas introducidos desde la medicina interna y esta parte de la medicina no había sido tan maltratada por los nacionalsocialistas, de la misma manera que lo había sido la psiquiatría. Además, muchos de los médicos psicoterapeutas y psicoanalistas, incluido Freud, tuvieron que emigrar durante el Tercer Reich, fueron expulsados de Alemania o fueron perseguidos y asesinados. Por lo tanto, después de la Segunda Guerra Mundial, la psiquiatría no tenía psicoterapeutas. En general, la psiquiatría después de 1945 estaba fuertemente orientada a factores somáticos-biológicos.

Otra razón podría estar en un nivel más profundo de análisis. Fuera del amplio movimiento social de los 60' en Alemania, surgió una profunda controversia en torno al silencio sobre los enormes crímenes y atrocidades cometidos por la generación anterior; esto se produjo después de los 50', un período de recuperación, reconstrucción, mejora económica, represión y olvido. Este trabajo permitió que la debilidad, la regresión, las enfermedades físicas y psicológicas en la sociedad fueran aún más reconocidas, especialmente en Alemania más que en otras naciones, que no tuvieron que soportar los mismos acontecimientos históricos.

El tratamiento psicosomático para pacientes hospitalizados en Alemania es interdisciplinario y orientado en equipo, utilizando una intervención psicoterapéutica-psicosomática compleja con una psicoterapia multimodal y altamente dosificada. El tratamiento se compone de una psicoterapia en dispositivos individuales y grupales, terapia corporal, musicoterapia, arteterapia, socioterapia, procedimientos de relajación, procedimientos psicoeducativos, tratamientos somáticos y fisioterapia.

Este tratamiento hospitalario dura aproximadamente 40 días en promedio y es financiado por el seguro social de salud. Posteriormente, a menudo le sigue un tratamiento psicoterapéutico ambulatorio.

Introducción



Este es el hospital con 300 camas y servicios de internación de clínica médica, ginecología, obstetricia y cirugía, donde trabajamos en una clínica psicosomática.

Nuestra clínica psicosomática cuenta con 31 lugares para tratamiento de pacientes internados y 50 lugares para tratamiento de pacientes que están bajo el régimen de hospital de día. Nosotros ejercemos una terapia dentro de un marco psicodinámico, integrada por una terapia individual (tres horas a la semana), terapia grupal (dos veces a la semana dos horas cada encuentro), arteterapia, terapia de movimiento concentrado, musicoterapia (tocar instrumentos y escuchar música), terapia de relajación (entrenamiento autógeno, Qi gong, terapia de relajación progresiva de Jacobson), fisioterapia y farmacoterapia.

El problema del dolor crónico es, al menos, en Europa y en USA un problema muy grande, como se puede ver en el siguiente diagrama:

12,9%	Síndromes Somatoformes: Prevalencia a lo largo de la vida de la población en Alemania (TACOS-Study, Meyer et al. 2000)
12,3%	Síntoma principal: Dolor (TACOS-Study, Meyer et al. 2000)
4%	de la población femenina en las naciones industriales occidentales sufren de fibromialgia.

La implicación financiera por los tratamientos y las pensiones por retiro o pago por enfermedad es tremenda. En 290 pacientes internados en una clínica psicosomática a causa de síntomas somatoformes. Podemos suministrar la siguiente información:

Duración de la enfermedad hasta el correcto diagnóstico	90 meses
Número de visitas médicas	9 (2-83)
Pago por enfermedad a causa del dolor Duración (semanas)	64% 24 (0-123)
Tratamiento de pacientes con internación ≥ 3 internaciones Duración (semanas) > 12 semanas	64% 23% 6 (0-24) 22%
Analgésicos Opióide/opiáceo	76% 21%

Los pacientes con dolor somatoforme crónico sufren de dolor como si éste fuera causado por una lesión real de un tejido.

Hoy en día, sabemos gracias a una investigación realizada con el uso de las imágenes por resonancia magnética (IRM), que el dolor que sienten estos pacientes es “real”, eso quiere decir que el dolor imaginario muestra un comportamiento similar en el cerebro, al que produce el dolor causado por un daño corporal o herida. Por lo tanto, el paciente que está sufriendo de este tipo de dolor quiere ser curado, no en cualquier momento sino inmediatamente, no parcialmente sino totalmente y no por cualquiera sino por su médico.

Existen investigaciones hechas con el uso de las imágenes obtenidas por resonancia magnética funcional (IRM) que testeaban a personas en una situación en la que eran excluidas de jugar mientras estaban siendo investigadas con el resonador. Estas personas tuvieron casi las mismas reacciones en la región de la corteza cingulada anterior (ACC) que los pacientes con dolor, lo que quiere decir que el dolor físico se refleja en el funcionamiento del cerebro de un modo bastante similar a como lo hace el dolor psíquico.

Este factor puede explicar porqué los pacientes con dolor crónico son tan difíciles de tratar, debido a que el propio concepto de enfermedad que tienen, los hace propensos a recepcionar el tratamiento otorgado por los médicos y las instituciones médicas de manera decepcionante.

Más tests comprobaron que los pacientes con dolores somatoformes tienen grandes dificultades para distinguir entre las sensaciones corporales y los sentimientos. Además, el dolor crónico es acompañado por ansiedad y depresión, lo cual empeora este estado. A éste circuito se lo llama el “círculo crucial del dolor”.

En el período inicial de terapia, el paciente actúa en defensa de la legitimación de sus síntomas: “¡Yo no estoy loco!”, “Estoy sufriendo un dolor real”, “Debe haber algo mal en mi cuerpo, estoy convencido”.

I. La coherencia patógena del dolor somatoforme

Ciertas vivencias en la infancia traen aparejadas complejas consecuencias a futuro, por ejemplo: el trabajo forzoso físico, el pobre contacto emocional, el poco margen

para desarrollo personal, acompañado de una forzada autonomía para hacerse cargo de la responsabilidad de los adultos desde temprana edad. Otras vivencias pueden ser el maltrato psicológico o físico, abuso sexual, identificación con el agresor, la pasividad que se genera en el sujeto por la enfermedad física y otro factor podría ser tener como modelo una enfermedad física en la familia.

Esta condición en la infancia causa patrones de comportamiento, pensamiento, funcionamiento y maneras de procesar los afectos que son debidos a la distorsionada relación con el propio cuerpo. Manejan los conflictos de manera inmadura, utilizando la proyección y vuelta contra sí mismo como mecanismos de defensa. Tienen un dominio restringido de las tareas propias del desarrollo específico de la fase evolutiva en la que se encuentran. Poseen una pseudounidad de imagen corporal, por lo que se les dificulta distinguir el adentro del afuera y los afectos de las señales corporales. Las emociones no pueden ser procesadas adecuadamente, causándole al sujeto impotencia, pensamientos con tinte catastrófico y fantasías corporales. Estos sujetos generalmente no buscan la ayuda de otros.

Resultados en la relación con el médico tratante

Existe una disposición en estos sujetos a crear una relación con el médico y con el sistema de salud similar a la que tienen con su propio cuerpo, la cual sería una relación "como si".

La importancia de los aspectos y vínculos sociales para el tratamiento del dolor será usualmente negada, existiendo una fuerte lucha contra el reconocimiento de la misma.

II. Situaciones desencadenantes

A. Conflicto crónico

Ciertos problemas que se mantienen constantes en el tiempo se vuelven crónicos. Algunos de ellos son por ejemplo los problemas matrimoniales, la decepción que se produce al no poder lograr los ideales de rendimiento (lo cual conduce a una caída del mismo), también lo es el descuido de las necesidades cuando es de larga duración, el no alcance de las propias expectativas laborales y la decepción que conlleva el trabajo mismo.

B. Pérdidas y/o duelos

Las situaciones de muerte de algún ser querido, el desapego de los hijos, divorcio, separación en el noviazgo, pérdida de empleo. Todas estas situaciones pueden ser desencadenantes para una enfermedad somática.

C. Trauma

Desarrollo del dolor crónico sin el marco del tratamiento médico

Como es obvio, el paciente con el cuerpo dolorido quiere que le alivie el dolor un médico. Muchos de los

médicos no tienen conocimiento suficiente de la dinámica del síndrome del dolor somatoforme, ni tampoco de cómo llevar a cabo una buena entrevista, de modo que el médico pueda saber los factores psicosociales en los que está inmerso el paciente.

El médico no puede imaginar que el dolor que sufre su paciente es causado por su mente, porque no puede imaginarse a sí mismo tratando a este tipo de pacientes como a los pacientes que sufren de un dolor causado por alguna lesión física. Este es el principio de una relación "como si" entre paciente que sufre este tipo de dolor y el médico tratante.

Esta relación se convierte más y más en algo que desilusiona y genera cierta impotencia en ambos. Cuanto más dure este falso vínculo (con más investigaciones, tomografía computarizada, análisis de sangre, intervenciones invasivas y cirugías, etc.), más se acentúa la creencia del paciente de que realmente tiene un dolor de origen somático.

Más vehemente se vuelve el deseo del paciente de ser operado o de obtener alguna compensación por el fracaso del médico tratante.

En los principios del vínculo entre el paciente y su terapeuta hay una pelea implícita por legitimar las quejas, es decir, por establecer si son "reales".

Al mismo tiempo, se tiene que considerar que la depresión y la ansiedad son causadas por el síndrome de *distress* del paciente.

III. Consecuencias del tratamiento de pacientes con dolor crónico

De lo superficial a lo profundo

Los síntomas físicos deben pensarse como material de interpretación y no sólo como defensas. Uno puede usar a favor los pensamientos que tiene el paciente sobre su propio cuerpo como pistas o claves de referencia sobre su self (el cuerpo como objeto). Para el médico, pueden parecer obvias las conexiones que existen entre los síntomas y los problemas psicosociales en los cuales está inmerso el paciente, pero este último no las puede reconocer fácilmente. Por lo tanto, estas asociaciones no pueden ser interpretadas por el terapeuta en el comienzo del tratamiento.

Comenzando con el cuerpo, la terapia tanto física como médica son necesarias para reforzar la alianza terapéutica y ganar más cooperación por parte del paciente. Incluso más revisiones físicas pueden ser necesarias para no perder al paciente.

Es importante que se acepte la poca apertura psicológica del paciente (su estrechez mental al respecto) y se señale la aceptación de la legitimación de las quejas. No se tiene que producir una lucha por la verdad, el paciente siempre ganará porque su subjetividad es la que se pone en juego y nunca podrá ser realmente atacada. La vergüenza en el paciente por haber tenido una infancia poco feliz y por tener poca confianza consigo mismo es muy grande y el hecho de no tener un dolor "real" (físico) significa para el paciente, usualmente, que está sufriendo de una enfermedad imaginaria.

Principios psicoterapéuticos

Uno de los principios es reducir la propia demanda: "menos es más". Fomentar el afrontamiento en vez de la cura. Poder implementar la psicoeducación, debido a que es muy útil brindar información sobre la conexión somatoforme que existe en el paciente. Si los comportamientos que acarrea el dolor disminuyen, por ejemplo no continúan conductas tales como revisiones continuas con el médico, cirugías e ingesta de medicamentos, y se incrementan las posibilidades psicosociales, es un gran avance, aun así si el paciente nos dice que el dolor no ha cambiado.

Otro principio es el de contener, escuchar al paciente y tolerar las propias inseguridades "¿Realmente no he pasado por alto una enfermedad somática? ¿Cuál es la verdadera razón?". No ofender al paciente con frases tales como: "No hemos encontrado nada", "Es sólo mental".

El uso de imágenes concretas es útil para guiar al paciente en la construcción mental de la imagen corporal real. Trabajar sobre los sentimientos en la historia pasada del sujeto, para que no parezcan tan amenazantes como el paciente lo cree.

Actitud psicoterapéutica

Frente a lo psicosomático se tiene que tener una actitud de empatía y paciencia con el paciente. Las tempranas distorsiones corporales refuerzan la idea de un modelo integral de abordaje terapéutico (psicoterapia verbal, terapia corporal, arteterapia, terapia de relajación, fisioterapia, farmacoterapia, entre otras). Saber sobre patrones físicos y su implicación es útil y necesario (Esto desafortunadamente constituye una desventaja para los psicólogos).

Las trampas de la contratransferencia

Algunos sentimientos que experimenta el terapeuta son: impaciencia, sensación de que todo se estira demasiado, impotencia y ansiedad, enojo, rechazo, inseguridad, impulsos de castigo y el sentimiento de volverse insignificante para el paciente, entre otros.

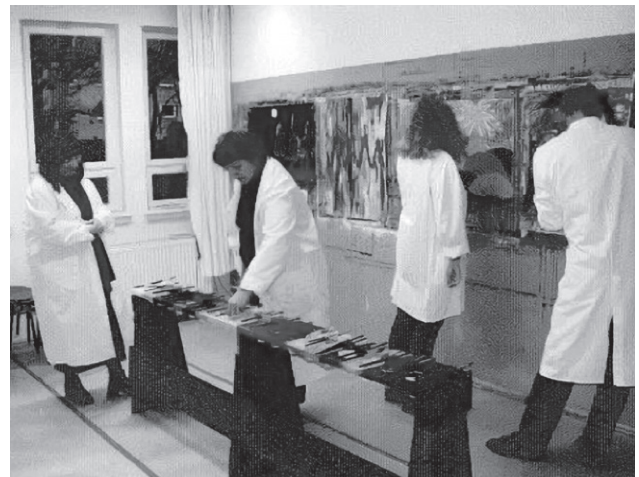
Es importante estar siempre alerta que estos sentimientos contratransferenciales tienen su origen en la intrínseca relación objetal del paciente. Ellos muestran algo sobre las experiencias tempranas del paciente con sus padres u objetos primarios significativos. Por ejemplo: el paciente ha sido descuidado por sus padres y, luego en la terapia, el terapeuta siente que el sujeto puede hacer lo que su médico le indicó o lo que el terapeuta quiere. Pero esto no es reconocido o es olvidado y abolido una hora después. En esta línea, el rechazo y la soledad ahora son sentidos por el terapeuta y esto significa un alivio para el paciente.

Terapia con modalidad integral

El cronograma del hospital de día incluye un examen físico, si es necesario un tratamiento somático y físico, terapia psicoanalítica individual (tres veces a la semana 50 min por sesión), terapia psicoanalítica grupal (8 integrantes, dos veces a la semana 100 min por sesión), grupos de sala con *role-playing* (20 integrantes, 100 min semanales), charlas con la enfermera por la mañana (todos los días 30 min), ejercicios físicos (dos veces a la semana 50 min), terapia de movimiento concentrativo (dos veces a la semana 100 min), musicoterapia (dos veces a la semana 100 min), arteterapia (pintura) (dos veces a la semana 100 min), terapia de relajación (entrenamiento autógeno, terapia progresiva de relajación muscular) (una vez a la semana 50 min), terapia conductual (si es necesario para la ansiedad, problemas alimenticios, trastornos compulsivos), terapia familiar y de pareja y farmacoterapia.

Todas estas terapias conforman un programa compacto y sobre todo son necesarias para integrar una cosmovisión sobre los diferentes ámbitos del paciente, incluyendo las observaciones durante la vida diaria de los pacientes en la sala o en la guardia y en las reuniones en conjunto con el médico.

Arteterapia - Pintura



Terapia de expresión a través de la pintura

La terapia a través de la pintura tiene muchos beneficios. Entre ellos la posibilidad de que el paciente se exprese por una vía no verbal, la constitución y manejo de símbolos como ayuda para la separación temprana y como puente entre lo consciente y lo inconsciente y la regresión al servicio del Yo. También se muestran los conflictos e impulsos actualizados que el paciente testimonia a nivel de la imagen, donde se ayuda a la formación y soporte del Yo. Las imágenes funcionan como un mapa y como indicadores psicogenéticos. Por último se facilita la integración de los aspectos positivos de lo materno y el acceso a los sentimientos del propio cuerpo.



Esta pintura fue realizada por un paciente de 45 años con un severo dolor de espalda. Durante la terapia él acusaba a su padre de haber sido muy abrumador durante su infancia, siempre era vencido por él, lo cual le provocaba mucho miedo. Por lo tanto, no es sorpresa que el paciente tuviera serios problemas con la autoridad en su trabajo. Cuando miramos con el paciente la pintura, llamada "Mi padre y yo", nos dimos cuenta de que el padre es mucho más alto que el pequeño niño. Pero si miramos las marcas del carro sobre la nieve, se podría imaginar que este pequeño niño debe ser muy pesado.

Este es un muy buen ejemplo de cómo el conocimiento inconsciente sobre el poder que ejercía su padre sobre él pudo hacerse consciente pintando y el paciente pudo reírse, al menos un poco, de sí mismo al verse en el rol de víctima en la pintura, pero al mismo tiempo no tan "liviano" para el padre. Además, el humor es muy útil en la terapia con este tipo de pacientes.

La terapia a través de la pintura es un método muy bueno pero debe ser aplicado de una manera cuidadosa, siempre pensando en preservar a los pacientes, debido a la vergüenza que les puede generar.

Terapia de movimiento concentrativo

En la siguiente imagen se puede observar a un grupo de pacientes durante la TMC en la que se trabaja siempre con objetos concretos. Además es una terapia corporal con un trabajo práctico experimentando las sensaciones en el propio cuerpo.



A veces, es necesario trabajar en sesiones individuales de TMC con los pacientes con dolor, debido a su mínima diferenciación con su propio cuerpo.

De un modo lúdico se puede hacer visible el material inconsciente, las imágenes y objetos internalizados, los conflictos y sus respectivas fuentes, todo esto se puede lograr a pesar de que haya en el sujeto una gran defensa en la terapia verbal. Es una oportunidad de que ellos mismos se prueben actuando, descubran y desarrollen su propio espacio, su propio tiempo y el desarrollo de su propia experiencia.

Nosotros usamos objetos concretos con diferentes superficies, contexturas y características: suaves, filosas, duras, frías, calientes, entre otras. Con estos objetos se pueden armar muchas cosas, como por ejemplo usar cuerdas para formar una frontera o para limitar el espacio que el paciente necesita.

Algunas veces nosotros examinamos el cuerpo del paciente con las manos para ver cómo está sentado, si está derecho o encorvado, de qué manera se mantiene de pie, entre otras observaciones. También se tiene en cuenta cómo se relaciona con los otros pacientes, cuánta distancia física mantiene, cómo reacciona si alguien se le acerca mucho o si el paciente mismo se aleja demasiado.

Este método de observación parece muy importante para el tratamiento porque, como se dijo anteriormente, los pacientes con dolor crónico tienen grandes dificultades para distinguir las emociones de las sensaciones corporales.

Pasos a seguir para el tratamiento psicósomático

Se recomienda tener contacto físico en la primera entrevista, ya sea un saludo en la mejilla, apretón de manos, entre otras formas de saludo. Luego para poder pensar el tratamiento físico se debe tener en cuenta los síntomas, donde el paciente viva una experiencia concreta a través de la terapia corporal y creativa.

A través de la reubicación en la sala, se puede implementar el modelo de aprendizaje por parte de los pacientes a través de experiencias grupales.

En el tratamiento se generará una experiencia coherente, a través de la reintegración y búsqueda, se producirán interrogantes para lograr cambios, se irá abordando la insensatez de los síntomas, gradualmente se les dará un sentido y también cambiarán su significado. Así mismo, se irán nombrando los sentimientos, trabajando a través del conflicto, duelando las pérdidas y elaborando los traumas. La libido va tornándose hacia el objeto, una vez que se vuelve disponible la carga libidinal que estaba concentrada en el propio cuerpo.

Mindfulness - Interpretaciones y clarificaciones

Al tratar a un paciente es muy importante ser cuidadoso con las palabras y expresiones que se utilizan, por lo tanto es aconsejable usar con atención las siguientes palabras: atento en vez de desconfiado, bien plantado en vez de peleador, interesante en vez de difícil, interesado

en vez de curioso, hambriento en vez de codicioso, diverso en vez de volátil, vestido llamativamente en vez de

con mal gusto, multifacético en vez de ridículo, asertivo en vez de despiadado e interesado en vez de intrusivo. ■

Referencias bibliográficas*

- Merkle W y Egle U (2001). Die somatoforme Schmerzstörung. *Hessisches Ärzteblatt*. 2001, 10: 498-504.
- Merkle W y Gaus E (1988), en Zielke et al. (Hrsg.) *Die Entzauberung des Zauberbergs*. Dortmund, Verlag modernes Lernen.
- Merkle W (2019). Psychosomatische Reaktionen nach Erfahrungen in der NS-Zeit und im Zweiten Weltkrieg. *Hessisches Ärzteblatt* 2019, 4:240-243.
- Merkle W, Neidhart G, Drefahl Cl, Taufkirch AM (2012). Stationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (IMS) PID 3/2012 13. Jahrgang DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1305130>
- Möhrle K (2017). Belastungssymptome reduzieren. *Hessisches Ärzteblatt* 2017, 1: 128-129.
- Nickel R y Egle UT (1999). *Therapie somatoformer Schmerzstörungen. Manual zur psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie*. Stuttgart, Schattauer.
- Wietersheim v J, Zeeck, Küchenhoff J (2005). Status, Möglichkeiten und Grenzen der Therapie in psychosomatischen Tageskliniken. *Psychotherapie, Psychosomatik, med. Psychologie* 55, 79-83.
- Zaudig M (2004). Fünfzig Jahre psychosomatische Krankenhausbehandlung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 4 2004, S. 355-375.
- Zipfel St, Herzog W, Kruse J, Henningsen P (2016). Psychosomatic Medicine in Germany: More timely than ever. *Psychother Psychosom* 2016; 85: 262-269.

*Dado que el objetivo del trabajo fue describir cómo se trabaja actualmente en Alemania y particularmente en la Clínica psicósomática dirigida por el autor, la bibliografía mencionada es una referencia para el lector que desee conocer más acerca del tema, pero no surge de citas textuales en el texto.

Del acto al acontecimiento somático, historia, construcción y *Nachträglichkeit*

José E. Fischbein¹

1. Médico recibido en la Universidad de Buenos Aires. Master en Psicoanálisis, 2006, Universidad nacional de la Matanza [UNLAM]. Miembro del Consejo Académico UNLAM. Miembro Titular con función didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), Federación Latino Americana de Psicoanálisis (FEPAL), International Psychoanalytic Association (IPA).

E-mail: jefischbein@gmail.com

Resumen

En este trabajo se abordan los temas de las somatizaciones y de los episodios que pueden afectar al cuerpo. Se conceptualiza a estos fenómenos como padecimientos que vienen desde un afuera del campo representacional y su ulterior transformación en representaciones mentales.

En este recorrido se introduce el concepto de acto, que también se encuentra por fuera del campo representacional, así como el del acontecimiento que será el resultante de un trabajo de construcción e historización. Se describen estos dos conceptos como instrumentos esenciales en la situación psicoanalítica para la creación de trama psíquica. Además, se hace especial hincapié en la resignificación ulterior o *Nachträglichkeit*.

El autor lleva estos conceptos al campo clínico y los vincula a la somatización y su relación con el acontecimiento somático. Considera a la somatización como un episodio de orden biológico, universal e idéntico en todas las personas. El acontecimiento somático sería el resultante de un proceso de historización, que responde a la fantasmática singular de cada persona, restablece la subjetividad e incluye a la somatización en la realidad psíquica.

Se incluyen aportes de filósofos actuales sobre el concepto de acontecimiento, así como una viñeta clínica como ejemplificación de los varios conceptos tratados.

Palabras clave: Acto/acontecimiento - Somatización - Discurso - Construcción - Historización - *Nachträglichkeit*.

FROM THE ACT TO THE SOMATIC EVENT; HISTORY, CONSTRUCTION AND *NACHTRÄGLICHKEIT*

Abstract

This paper addresses the subject of somatization and other episodes that can affect the body. These phenomena are conceptualized as suffering that comes from the outside of the representational field, and their subsequent transformation into mental representations.

In this study the author introduces the notion of act, which also lies outside the representational field, as well as that of event ensuing from the work of construction and historicization. These two concepts are described as essential tools of a psychoanalytic treatment to be used in the creation of psychic weft. In addition special emphasis is laid on subsequent resignification or *Nachträglichkeit*.

The author applies these concepts to the clinical field and links them to somatization and its relation to the somatic event. He thinks of somatization as an episode of biological order, universal and identical for every human being. A somatic event would be the outcome of a process of historicization, which responds to the particular fantasies of each person, helps to restore subjectivity and includes the somatization in psychic reality.

Contributions of current philosophers on the concept of event are included, as well as clinical vignettes to illustrate the above ideas and concepts.

Key words: Act/Event - Somatization - Speech - Construction - Historization - *Nachträglichkeit*.

Introducción

En este trabajo se aborda los temas de las somatizaciones y de los episodios que pueden afectar al cuerpo. Se intenta conceptualizar a estos fenómenos como padecimientos que vienen desde un afuera del campo representacional, y son actos evacuativos de la tensión endopsíquica. Estas circunstancias los diferencian de la aparición de un síntoma, el cual desde la vertiente psicoanalítica es el emergente de un conflicto entre la pulsión y la defensa a la vez que portador de un rico bagaje representacional.

Por el contrario, el aporte representacional a las somatizaciones y/o a los eventos que afectan al cuerpo será obra del trabajo del sujeto en el campo terapéutico. En este recorrido se introducirá el concepto de acto, que se encuentra por fuera del campo representacional, así como el de acontecimiento resultante de un trabajo de construcción e historización. Se intentará demostrar la hipótesis de que la trama representacional es lo que constituye al acontecimiento, siendo éste un suceso que marca el devenir de la persona.¹

En todo análisis terapéutico es posible generar dentro del vínculo transfero-contratransferencial una construcción, producto del trabajo de esa pareja psicoanalítica que se establece en una clave propia y original de esa relación y se constituye en un elemento que permite acceder al conflicto inconsciente del paciente y a las vicisitudes de la dupla paciente-psicoanalista. Es un elemento que facilitará con su explicitación el abordaje de los obstáculos que puedan surgir en el proceso terapéutico.

El campo psicoanalítico es una estructura que tiene una lógica interna en la que se mueve la emotividad de ambos integrantes, e implica tanto la subjetividad del paciente como la del analista. En el intercambio entre ellos se crean fantasías que estructuran la dinámica del tratamiento y no existen por fuera de él. El campo de la situación analítica es la oportunidad de un contexto nuevo en el que, además de jugarse las repeticiones de las situaciones originales del paciente, se generan productos nuevos, tales como los sentidos compartidos de los fenómenos de la vida del paciente.

El pasado está presente, pero también se produce una proyección esperanzada hacia un futuro por la expectativa de cambios. Y eso se da en ese lugar, en ese tiempo, con ese psicoanalista y no con otro, generando en el diálogo la posibilidad de resoluciones simbólicas donde se desplieguen distintas vías de creación y acceso a nuevos enfoques de resolución de los problemas (1).

La creatividad de la pareja analítica tiene por función restituir una organización mental que pueda acudir a elementos simbólicos para expresar lo vivenciado por el paciente y de esa manera evitar repeticiones en acto. El nivel simbólico rescata al pensamiento sustituyendo al acto. El sentido de los hechos puede recuperarse desde

la revisión histórica o crearse en la relación transferencial. Estas dos posibilidades diferencian al método que toma como metáfora a la arqueología, que desentierra; es decir, devela lo oculto por la represión –cualidad característica del psicoanálisis de las psiconeurosis– de la creación de un elemento nuevo para recuperar la capacidad de pensarse del individuo. Esta es la actividad predominante en los análisis con déficit representacional, rasgo característico de las patologías narcisistas.

Caben aquí varias preguntas: ¿De qué manera generamos sentido a un acto? Y si respondemos que es con la adquisición de la capacidad de creación de una narración que lo sostenga, se nos impone otra cuestión: ¿Cuáles son los instrumentos conceptuales que nos permiten crear esa nueva capacidad? Frente a un déficit representacional y simbólico el aporte del terapeuta de construcciones puede enriquecer la comprensión de los fenómenos que se expresan somáticamente.

Freud le dio un uso restringido al concepto de “construcción” en sus escritos (2); para él el objetivo terapéutico consistía en la rememoración completa de la amnesia de la historia infantil reprimida. Uno de sus recursos era la construcción que si resultaba correcta se constituía en un eslabón más de una cadena que permitiría nuevas asociaciones con el rescate de recuerdos reprimidos. Pero la construcción es también un instrumento para acceder a momentos preverbales de la historia individual, a lo arcaico de volverse persona, una forma de acceder a la prehistoria del sujeto (3, 4).

La experiencia terapéutica nos enfrenta a varias preguntas:

¿Por qué esta construcción es vivenciada con la certeza de un hecho ocurrido?

¿Por qué el despliegue de estos productos permite el cambio subjetivo y hasta produce remisiones sintomáticas?

¿Cuál es su poder para hacer remitir la angustia y permitir transformaciones emocionales?

Una vez que estas construcciones ficcionales inferidas por el analista a causa de relatos anteriores del paciente, del simbolismo universal basado en las profantasías y en el análisis de su propia contratransferencia –organizando una escena– las construcciones se establecen, inician su propio camino y en su recorrido adviene gradualmente el reconocimiento de sí del sujeto. Estas historias van engendrando la identidad del sujeto, se instalan en y desde sus sueños, se repiensen en su cotidianidad, contornean su corporeidad, dan sentido a la existencia y marcan los rumbos del por/venir.

La construcción dentro de la historia subjetiva instaura una continuidad discursiva y es la base para la transformación de la imagen de sí. Es la respuesta para la interrogación del sujeto sobre sí mismo, sobre el lugar del otro en su existencia y sobre sus posibilidades –o no– de gratificación pulsional.

¹ En este trabajo utilizo, en algunas oportunidades, el concepto de “persona” referido a un individuo perteneciente a la especie humana y lo diferencio de “sujeto”, que en psicoanálisis se remonta a la teoría freudiana de la pulsión y del objeto. Intento de esa manera diferenciar semánticamente lo que corresponde al orden de lo racional, tal como es el uso en la filosofía, de aquello que supone la relación con lo inconsciente.

Desde la construcción de estas historias que surgen en la transferencia, el sujeto se auto-engendra más allá de los aportes biológicos y discursivos de sus padres. En ellas luchará contra madres posesivas y padres tiranos, saldrá victorioso o vencido ante personajes –amigos o rivales– fraternos. Hará concesiones o se negará a ellas, pero siempre desde la convicción de que él es su propio creador.

A partir del rearmado de su historia, dentro del campo psicoanalítico, dará sentido a su existencia y a sus hechos. El sujeto se reinventa, busca y reconoce sus orígenes siempre incognoscibles y encontrará sus derroteros; tendrá o no existencia, padecerá de sus vacíos o encontrará sus creaciones. Adquirirá persistencia o permanecerá en el constante riesgo de desaparición.

La historia emergente de las construcciones no es sólo el resurgimiento de los recuerdos, no es simplemente el armado de los restos arqueológicos de la memoria, es la creación de un nuevo objeto que le dará sentido a la vida. No consiste únicamente en el ensamblado de hechos ocurridos, sino en el estudio de los condicionantes que los determinaron. Tal estudio permite la comprensión de la red de fenómenos que los hechos acaecidos condicionan, tratando de entender su incidencia en la constitución de la subjetividad.

La historia le dará al individuo un lugar entre los vivos o lo hará transitar entre sus fantasmas y sus muertos. Desde ella su cuerpo tendrá existencia y materialidad, con todos sus requerimientos e inventará los caminos para encontrar sus satisfacciones o goces. O, por el contrario, será la imagen en el espejo de otros no reconociendo sus propios deseos. En la construcción de la historia subjetiva ya no se estará bajo el peso de las asignaturas pendientes, sino bajo la fuerza del empuje de las asignaturas por/venir.

Desde la construcción de su historia se convertirá en el héroe de esta, un Ulises con su propia Odisea.

Es precisamente en el seno del vínculo transferencia-contratransferencial que circula la posibilidad de reubicación histórica, el acceso a la conciencia de la repetición y un otorgamiento de sentido a lo vivido. A este complejo e intrincado proceso dentro del proceso psicoanalítico le otorgamos el nombre de historización.

La historización es, por lo general, una creación fantasmiosa, ficcional, y poco probable en cuanto a su existencia como hechos concretos y reales ocurridos; está constituida por un discurso compuesto de vivencias, afectos y acciones acaecidas en diferentes momentos y en distintas circunstancias, que forman una unidad avalada por los sentidos que la persona les otorga.

Todo tratamiento forja estos compuestos como emergentes del trabajo en transferencia entre los dos actores: paciente y analista. Adquieren sentido en el despliegue del vínculo y son híbridos a los cuales aportaron materiales desiguales ambos integrantes del trabajo terapéutico. Son productos únicos y singulares que tienen la particularidad de obtener un peso de verdad para el psiquismo.

El proceso psicoanalítico puede verse como un acto de construcción en el cual la díada terapéutica va ar-

mando los segmentos que surgen en el fluir de las asociaciones del paciente y de las intervenciones del psicoanalista, para concluir en una organización que da sentido al devenir del analizado.

Por la obra del *Nachträglichkeit* permite la generación de un nuevo sentido que cortará con la compulsión de repetición. Dos experiencias de dos momentos separados en el tiempo que en un instante coinciden en la mente y abren una comprensión que cambiará el futuro. Siguiendo el modelo de la carta 52 de S. Freud (5), una huella perceptual del pasado que no ha quedado como representación en la memoria se une a una reciente percepción del presente y genera una nueva huella mnémica que podemos aseverar que es una creación.

En el proceso terapéutico se irán creando nuevos enlaces entre representaciones, se inscribirán las percepciones, se organizarán las ideas y por ende los objetos, el afuera se irá haciendo adentro y se generará trama representacional dentro de la cual el sujeto se reconocerá y organizará gradualmente.

Nada en la subjetividad es de efecto inmediato, no responde a un registro único; por el contrario, es un entramado armado en el tiempo, necesita del tiempo del trabajo psíquico para tejer la red de sentidos que constituye la historización. Si reconocemos el momento preciso en el que esta construcción queda armada, su aparición nos impresiona como inmediata, y como si hubiera existido desde siempre.

Podría decirse que en la mente se produce el siguiente proceso: “Yo me historizo cuando hoy rescato algo de lo vivido ayer y le otorgo no sólo una secuencia, sino un sentido en mi devenir que me proyecta hacia el mañana”. Tiene que ocurrir algo nuevo para que resuene lo viejo y haga pensar en lo posible por/venir. Hoy, ayer, mañana es la secuencia retroactiva temporal en el pensar (6).

El psicoanálisis es el intento de dar respuesta al no saber del hoy y alberga la ilusión de eludir la angustia de este estado de ignorancia. Un psicoanálisis es siempre el futuro de una interrogación que nunca tuvo, ni tendría por qué tener respuesta. La respuesta coagula el tiempo en la certeza de algo ya ocurrido y paraliza el constante movimiento del ansia de interrogación.

Ilustración clínica

Una breve viñeta relatada por un paciente en análisis puede servir para ilustrar cómo un episodio adquiere valor representacional a posteriori. El tema del cuerpo como campo de expresión, pues en estos casos hay una puesta en acto donde se sustituye lo interpersonal por lo intrasubjetivo. Se acciona sobre lo corporal (somático), que se vivencia como una pertenencia extraña al yo, como si fuera un elemento exterior, y se enajena en él al sujeto psíquico. En su preocupación por lo que le ocurrió en el cuerpo, el paciente vació a su psiquismo de la toma de conciencia de los conflictos. En su preocupación compulsiva por restaurar lo cárneo, quedó defensivamente enajenado el conflicto psíquico.

Se trata de un incidente circunstancial en el devenir de la historia del Sr. F que suscita el rescate de una serie de recuerdos e ideas que lo enfrentan con el tema de su ubicación en la familia de la cual proviene. El incidente inicia en su mente un cuestionamiento de actitudes personales.

El Sr. F, de 40 años, está en tratamiento hace tiempo. Un tema repetido han sido los conflictos familiares, tanto con sus padres como con su mujer e hijos. Durante un día festivo decide cocinar y sufre el percance de cortarse seriamente una mano con uno de sus cuchillos. Se asusta ante el sangrado, intenta parar la hemorragia con un vendaje, pero al no lograrlo le pide a su mujer, que se está preparando para ir a una fiesta con sus amigas, que lo lleve a la unidad de urgencia de un hospital.

Ella se disculpa, negándose a acompañarlo pues jerarquiza su actividad aduciendo que la situación no es grave ni urgente y que puede ir solo a hacerse atender; ya que ella tiene ese compromiso social al que no puede dejar de asistir. El Sr. F se siente dolorido no sólo por el corte de la mano sino también por lo que considera un abandono de su mujer, lo considera una falta de atención irreparable. Sin embargo, acepta el hecho y va solo al hospital.

En su siguiente sesión trae lo ocurrido con resentimiento y durante su relato sufre un momento de confusión y comenta que quisiera hablar de algo que su padre solía decir pero que se le olvidó. Intenta evocar las palabras del padre pero no las recuerda. Se produce un largo silencio y su intento de recuperar el recuerdo fracasa.

Ante mi silencio y expectativa hace varias tentativas de explicarse lo que le está ocurriendo en la sesión con el olvido y después de unos minutos agrega que quisiera transmitirme lo que decía su padre, pero por más esfuerzos que hace dice que se le olvidó. Después de un rato, lleno de cavilaciones, finalmente recuerda el lema que su padre sostenía: "Si en una familia a uno le duele la mano al resto también tiene que dolerle". Teniendo en cuenta relatos anteriores sobre lo aglutinado de su familia, mi respuesta no se hace esperar y le señalo: "Parece que no todos en una familia deben sentir el mismo dolor".

Desde allí comienza en su análisis una serie de sesiones en las que se trabaja la diferenciación de asignación de sentido ante un mismo hecho acaecido, así como los límites y diferencias entre distintas personas. Mientras algunos se fusionan ante un hecho, otros se diferencian y cada uno sigue su camino.

Esto llevó a que el Sr. F se preguntase acerca del estilo familiar y qué lugar ocupaba cada integrante en el mismo. Cuáles eran las diferentes ideologías familiares y qué consecuencias se jugaban entre fusión y discriminación entre los miembros de un grupo familiar y cómo incidían las ideas de su grupo familiar en su identidad personal.

Traigo este ejemplo pues el corte en la mano es lo acaecido, el acto crudo. El acto se constituye en el inicio de un relato, donde no se pone en palabras, aquello que en su momento no se pudo representar, pero sí podemos otorgarle el valor de una situación que se concibe como

repetición de sucesos traumáticos. Lo que un paciente hace o lo que aparentemente le sucede en forma pasiva es una puesta en acto de una parte de su historia arcaica, muchas veces de momentos primordiales, que han quedado inscriptos en una memoria corporal y se expresa como insistencia pulsional. La persona hace lo que siente que sufrió aunque no tenga conciencia de ello.

Lo que se construye y elabora a partir de dicho hecho, en este caso a través de las evocaciones del Sr. F acerca del lema de su padre, llevará a lo que podemos nominar como acontecimiento. Este por lo general marca un momento de inflexión del sujeto frente a sí mismo y produce un cambio en su historia. Cambio que no se basa sobre el hecho en sí, sino sobre los sentidos que se construyen a partir de él.

Lo acaecido puede o no dejar una marca en el soma; no obstante, más allá de las lesiones orgánicas queda en el funcionamiento mental una facilitación para el enfrentamiento y drenaje de los excesos de carga, lo traumático en forma silenciosa llevará a la repetición de lo que hace sufrir. Más tarde, el Sr. F asocia que una vez, en una pelea con el hijo, golpeó una puerta y se produjo una fractura en la mano. Toda patología orgánica se puede constituir en una facilitación para una disposición a la repetición.

El vínculo transferencial del Sr. F facilitó la puesta en palabras de los recuerdos asociados al hecho e inició una historización para su dolor. El efecto de un tratamiento psicoanalítico que trata de cortar con la compulsión repetitiva se aprecia en el logro de la modificación de las situaciones contextuales en las que el sujeto tiene que intervenir en forma activa para lograr un cambio.

Muchas veces en el vínculo transferencial se acompaña al analizado a encarar lo angustiante que circula en la dupla terapéutica, acompañando al paciente a encontrar los sentidos de lo que le ocurrió para buscar su salida particular en la creación de un relato que se basa en un acto de irrupción somática.

En el paciente que expresa su conflictiva usando el cuerpo invariablemente encontramos la ilusión de la restitución de un estado ideal, en el que la frustración o la enfermedad no existen y en el que se gratifican omnipotentemente todos los anhelos del sujeto. En el caso del Sr. F observamos que él esperaba que su mujer dejara de lado su propio proyecto para acompañarlo al hospital. ¿Repetiría esta situación actual momentos pretéritos infantiles, en los que el Sr. F anhelaba el acompañamiento indeclinable de su madre, que no se producía debido a la depresión que la afectaba?

Estos temas se encuentran en el corazón de la interacción de la transferencia y la contratransferencia, siendo el psicoanalista un acompañante no en los actos de la realidad, sino en los procesos de duelo por los ideales perdidos y por las posibilidades por advenir.

Incluyo lo anteriormente planteado desde las construcciones y el *Nachträglichkeit* como una base para los temas que plantearé a continuación sobre los hechos en sí mismos –lo acontecido– y el sentido que les otorgan sus actores, es decir, el acontecimiento.

Lo acontecido y el acontecimiento

En relación con las ideas anteriormente expuestas me ocuparé de dos conceptos expresados con palabras del lenguaje corriente: lo acontecido y el acontecimiento, para luego desarrollar las ideas sobre la somatización y el acontecimiento somático, conceptos específicos del campo clínico. El objetivo es diferenciar a los hechos en sí mismos de su transformación en la inscripción psíquica.

La irrupción de un nuevo fenómeno, muchas veces inesperado y extraordinario, desestabiliza a la persona. Es una efracción que conmociona al ser en la continuidad espacio/tiempo de su cotidianeidad. Lo acontecido alude a una contingencia que ocurre en un suceder. La percepción de lo acaecido afectará la sensibilidad de la persona y generará diferentes estados emocionales en relación con lo vivido y con las marcas o efectos que quedan en su cuerpo y en sus recuerdos; afectará por la sorpresa de su aparición y si le es evidente y comprensible o no la irrupción de dicho fenómeno en su devenir; si puede o no metabolizarlo (transformarlo), pudiendo o no darse una explicación de las causas que llevaron a la aparición de lo acontecido. El fracaso de este proceso de historización dará lugar a un efecto patógeno que podrá culminar en una formación sintomal (7).

Por lo contrario el acontecimiento es un hecho al que se le logra asignar una importancia relevante pues se considera que producirá un cambio en el devenir de los sucesos (8).

Ambos vienen del verbo "acontecer" que indica la producción de un evento. La diferencia entre lo acontecido y el acontecimiento radica en el sentido que la persona le confiere a lo ocurrido –la importancia que le otorga–, la atribución de sentido es lo que provocará un cambio en el devenir de la persona que se proyectará hacia el futuro.

Lo acontecido en sí mismo no cambia, es un hecho ocurrido y ya está establecido, pero en el relato adquiere un sentido nuevo que cambia la disposición de un sujeto hacia el hecho y la relación entre el suceso y el sí mismo. Se produce además un interjuego entre el fenómeno y la relación con los otros.

El acontecimiento es la interpretación de lo que adviene en una fecha y en un lugar determinados, cuando se hace presente la alteración de un cierto orden que difiere del curso esperado de los fenómenos; su irrupción es lo que produce un viraje significativo en lo que se esperaba que sobrevendría. El acontecimiento es lo resultante del proceso de historización.

La persona deja de ser un actor pasivo de lo acontecido y se constituye en un historiador que se encarga de registrar sucesos pasados para dar testimonio de su vida. Significa los hechos, construye un discurso que transforma lo "acontecido" en "acontecimiento". El acontecimiento es una historia que no duplica lo acontecido, sino que está originada sobre lo acaecido y las implicancias que tiene su aparición dentro del devenir vital de quien lo padece.

Un acontecimiento se instaura por un acto discursivo acerca del evento que, debido a contar con algu-

na característica extraordinaria, adquiere relevancia y logra llamar la atención. Por lo tanto, dicha situación se convertirá en un suceso digno de ser transmitido y se supone que despertará el interés. La aparición del hecho acontecido y el discurso que se construye alrededor de él moldean el pasaje a una situación en la que lo factual da sustento a la generación de subjetividad.

Encuentro coincidencias con lo planteado por el filósofo Alain Badiou en otro campo disciplinar. En su *Meditación Diecisiete* (9, p. 201-206), denominada "Matema del Acontecimiento" establece una diferencia entre hecho y acontecimiento. El primero se observa en situaciones naturales que son globales y el segundo como una construcción múltiple que se da dentro de un sitio en el cual se concentra una historia. Plantea que no hay acontecimiento natural ni neutro. No es nunca un hecho de la empería, sino una construcción conceptual que trata por sí mismo de llenar un vacío de significado.

El acontecimiento requiere para su esclarecimiento un abordaje analítico de lo múltiple con una comprobación por retroacción (*Nachträglichkeit*). Este múltiple está compuesto por dos vertientes: las características del hecho y por los elementos del sitio o contexto en el que se ha producido.

Gilles Deleuze (10) también contribuye al estudio del concepto de acontecimiento. Podríamos decir que si la producción de un hecho lleva a un estallido que conduce al caos, sobreviene el "esplendor" del acontecimiento, cuando a ese hecho se le otorga sentido. Deleuze coincide en que el acontecimiento no es lo que acontece, aquello que se expresa y nos hace señas, sino lo que debe ser personalizado en lo que sucede. Este autor agrega que una persona debería hacerse hija de sus propios acontecimientos y con ello renacer.

Para ser merecedor de ese nombre todo acontecimiento tiene que contener un elemento esencial de creatividad. Frente a lo indiscernible que caracteriza a la singularidad en el seno del caos, el acontecimiento introduce un orden, un principio de clasificación, una secuencia, un punto de referencia gracias al cual ingresamos en el universo del sentido. Solo por esta vía, las singularidades errabundas e indóciles pueden ser agrupadas en constelaciones, organizadas en subconjuntos, dispuestas en series, ensambladas hasta dar lugar a un cierto funcionamiento, a una cierta historia. Distintas disciplinas se ocupan de interpretar, cada una a su modo, los acontecimientos, pero la realidad en bruto contiene ya el germen de esas interpretaciones.

El acontecimiento se define como tal porque su realización tiene lugar, tanto en el orden de la naturaleza como en el orden del lenguaje. Deleuze (10) sostiene que todos los sistemas físicos son señales, mientras que todas las cualidades que se les asigna son signos. Cada acontecimiento tiene efectos globales y derivaciones colaterales que afectan el campo de emergencia en su conjunto y, por lo tanto, obligan al pensamiento a reconsiderar cada vez el estado de cosas.

Byung-Chul Han (11), siguiendo a Heidegger, piensa que ante la aparición de un hecho, por ejemplo, en

nuestra propuesta la ocurrencia de una somatización, el sujeto puede adoptar una actitud pasiva o activa. La pasividad del sujeto sería un sometimiento a lo orgánico, y una adscripción a sus leyes lo llevarían a su progresiva destrucción. Tal sometimiento sería una inercia que lo acercaría más rápido a su muerte. En cambio la actitud activa lo encuadra en el sentido del cuidado y amor hacia sí mismo, esta sería una posición erótica capaz de iniciar algún camino posible, a fin de encontrar nuevas tendencias vitales en su nueva situación.

La acción de Eros hace salir al sujeto del asombro y de la sorpresa, lo habilita para una acción vinculante con sus experiencias, tal que le permitan crear un sentido para lo que le ocurre y así acceder a su trascendencia. No se trata de la eterna repetición de lo que ya ha sido, sino que Eros se expresa en esta lucha a través de pensamientos que lo guían y le permiten entrar en lo no transitado hasta ese momento con el objetivo de encontrar medios para preservarse.

Es así como una nueva verdad armada surgida del acontecimiento, coloca a lo orgánico bajo una luz totalmente diferente que modifica la relación con el mundo y la comprensión de la realidad (11).

Es dable concluir que a partir de lo acontecido, el sentido que se le otorga a lo real de una lesión, y la posibilidad de armar las historias que lo acontecido evoca, el acontecimiento define nuevamente por retroacción (*Nachträglichkeit*) lo que es real.

Es imposible calcular con anticipación el destino de los datos objetivos centrados en lo acontecido. La construcción del sentido que los transformará en un acontecimiento en la vida del sujeto dependerá del entramado significante que es único para cada persona. Entramado que depende de las asignaciones históricas tanto personales como familiares con las que se inviste a lo acontecido (12).

Según Byung Chul-Han (13, p. 29), “La narración crea mundo de la nada.”

Como ya se ha mencionado, el acontecimiento se constituye en el constructor de una materialidad discursiva, una narración, a la que los psicoanalistas denominamos “realidad psíquica”, una materialidad subjetiva ajena a la voluntad y conciencia del sujeto. Podríamos formular una generalización, si admitimos que la historia de los humanos se arma en los sucesivos pasajes desde los fenómenos acontecidos a los del orden de los acontecimientos. El acontecimiento deviene una bisagra que sostiene por un lado la interioridad y, por el otro, la exterioridad del sujeto, tanto lo pulsional como lo factual, tanto el sinsentido de lo orgánico, como lo pleno de sentidos de lo simbólico.

El fantasear contribuye a la construcción de un acontecimiento, funciona como respuesta a un vacío en el saber. La realidad fantasmática como motor de inspiración correspondería a un imperativo freudiano: “Donde Ello era, Yo debo devenir” (14). Este enunciado

subraya la necesidad de transformar lo incognoscible del ello a lo cognoscible del yo. Las teorías ontológicas intervienen en esta diferenciación en donde Ello deviene Yo”. Lo imaginable hace límite en lo incognoscible al despertar y estimular el deseo de conocimiento, es una fuente de nuevas representaciones que consigan circunscribir el vacío (4).

Volviendo a Freud, desde una perspectiva ontológica encontramos en su obra concepciones divergentes: una es la del hecho traumático en sí, como algo concretamente acaecido y la otra es la eficiencia patógena de la fantasía en la que se construyó una situación, basada en lo pulsional, y que se constituye en un impacto traumático.²

Si nos atenemos al valor de lo acontecido como hecho real, en la dialéctica entre lo factual y lo imaginado, comprobamos que en su época, Freud sostuvo la teoría de la escena de seducción como hecho acaecido, este enfoque fue diferente de su posición ulterior, momento en el que Freud dejó de “creerle a su neurótica”. A partir de allí, Freud enfatizó el rol de la fantasía de seducción y el efecto traumático que proviene del interior con fuente en lo pulsional. Una postulación similar aparece el apartado clínico del “Proyecto para una Psicología para Neurólogos”, con su descripción de los dos momentos del trauma en el caso Emma. El énfasis se coloca sobre la repetición, segundo momento traumático, con fuente en el deseo (5).

Tanto una como otra posición pueden ser la fuente de construcciones discursivas que revisten a lo acontecido; sea su origen el exterior factual, como el interior deseante. Construcciones discursivas como punto de partida de ropajes defensivos que mitigarán el impacto que lo traumático provoca en el sujeto.

Lo acontecido y el acontecimiento en el campo clínico

Es necesario interrogarse acerca de que implicancia tiene la aparición de un hecho tal como una somatización o daño corporal y qué función cumple la construcción de una historia sobre dicho hecho, su aparición y las circunstancias que lo acompañan en la vida de un sujeto, es decir, su transformación en acontecimiento somático. También es pertinente preguntarse qué relación guardan ambos fenómenos –somatización y acontecimiento somático– respecto de lo psíquico.

Comenzaremos por la somatización que es un fenómeno de expresión del campo de lo biológico –de lo orgánico– en el cual no se juega la subjetividad. Su descripción es idéntica y universal para quienes la padecen. Por ejemplo, los signos de un infarto de miocardio o de una úlcera gástrica tienen componentes o ritmos idénticos en todas las personas. Por un lado, en los libros de medicina la patología se describe como generalización o sub-clases de esta; por otro lado, en psicoanálisis se pone el énfasis en las singularidades.

² Puntualicemos que en estas situaciones Freud alude al trauma sexual dentro de las organizaciones psiconeuróticas. En el caso de la somatización, cuya aparición ocurre en el campo regresivo del narcisismo se trata de un trauma por defecto o por exceso de cantidad o déficit en las posibilidades de transformación de la tensión por el trabajo de un aparato mental colapsado; típico de los disfuncionamientos narcisistas. Inferiríamos la posibilidad de traumas temprano que producen alteraciones en la constitución del sujeto.

La somatización es una entidad sin sentido psíquico primario, no es pasible de ser interpretada en su contenido, su expresión es concreta e igual en todos los individuos. Puede emerger bajo determinadas situaciones psíquicas, más allá de las distintas organizaciones mentales; es por ello que la consideraremos una contingencia transnosográfica.

Se presenta en el decurso de la vida alterándolo, sea transitoria o persistentemente y produce una marca en el cuerpo que lo transformará en algo que ya no es como fue. Su presentificación marca la realidad con un antes y un después; mientras quien lo padece desconoce tanto su origen como su cualidad repetitiva (15).

Podríamos añadir metafóricamente, que el texto que da cuenta de la somatización se encuentra inscripto en otra clase de "gramática", la gramática cuyo alfabeto son las señales del soma, distintas de los del orden del universo simbólico.

Desde una perspectiva psicoanalítica consideramos que en la somatización el sujeto evacúa los aumentos de tensión no procesados, ni soportados por el psiquismo, a través de los canales biológicos del sistema neurovegetativo. Es una expresión orgánica acompañada de pensamientos aferrados a lo concreto, se advierte un vacío de palabras que nomina los estados emocionales. Se presenta con una sensación ambigua de tensión, de sobrecarga e inexistencia del ser. La tendencia al pasaje al acto es otro de los observables que acompañan a su establecimiento, como fuera señalado por los psicopsomatistas de la Escuela Psicósomática de París (16), en especial con el concepto de pensamiento operatorio (17). De modo similar, Joyce McDougall (18) enfatiza la noción de alexitimia.

Estos autores sostienen como una hipótesis teórica fuerte que la organización mental y su trabajo son una protección frente a las expresiones somáticas. Dentro de esta orientación, cuánto más rico y diversificado sea el producto resultante del trabajo mental, tanto menor será el riesgo de somatización. A la inversa, en los procesos de desorganización y empobrecimiento psíquico mayor será el riesgo de somatizaciones. Estas serían el resultado de la conjunción de un aumento en lo económico tensional y un concomitante déficit representacional. El sujeto frecuentemente está inmerso en un universo omnipotente dentro del que se siente invulnerable (16, 18, 19, 20).³

En la somatización hay un doble traslado. Por un lado, hay un traslado del pensamiento al acto y, por el otro, hay una mutación del conflicto entre instancias psíquicas en evacuaciones por fuera del aparato mental. El resultado de estos movimientos se manifiesta en la disociación mente - cuerpo. El soma es vivenciado como una exterioridad respecto de la mente y en él se drenan los excesos de carga que no puede ser procesada (21).

La presencia de una enfermedad somática se constituye en una herida narcisista e impone un trabajo de

inclusión en el yo. No es posible dejar de mencionar en este instante que el dolor ya no es sólo orgánico, sino que está involucrado el sufrimiento por la injuria narcisista, debido a la pérdida de la omnipotencia que se padece al enfermar.

Mientras exista la posibilidad de cuestionar el momento de la manifestación y de armar un relato sobre lo acontecido traumático, la somatización –apelando al bagaje representacional acumulado a lo largo de la vida– se está en camino de tramitar la tensión excedente que involucra un riesgo para el funcionamiento mental. Se ponen en funcionamiento mecanismos que tienden a mitigar el estado displacentero encontrando una causalidad vertida en una narrativa que le otorgue un sentido a la situación en la que el sujeto está sumergido.

Este movimiento de nuevas investiduras constituye el acontecimiento somático, lleno de sentidos, y en consecuencia perteneciente al orden de lo psíquico y con posibilidad de acceder a su interpretación simbólica.

En la transformación de lo acontecido o somatización en un acontecimiento somático se incluye una dimensión vinculada con la historia individual, que le imparte al acontecimiento un carácter de resolución singular, característica para cada persona. Esto determina cómo una enfermedad marca cursos diferentes en el devenir existencial de distintas personas.

El acontecimiento somático es un objeto restitutivo de los vínculos del sujeto con su realidad psíquica y con los otros significativos dado que su aparición promueve movimientos de integración. Permite un reencuentro con objetos que, en posición de auxiliar, posibilitan la transformación de una percepción del soma en la percepción del cuerpo erógeno, una transformación ligada a significados que se desvían de lo concreto de la biología, yendo en busca de representaciones y fantasías que hagan soportables las vivencias de desamparo que la enfermedad impone.

Dentro del psicoanálisis se lo considera como una construcción que se hace a partir de la aparición de una manifestación con dos vertientes: la primera es lo somático como evento y la segunda la implicancia psíquica de la irrupción de lo somático en la vida del sujeto. Es decir, aunque la somatización haya producido un quiebre en el devenir del sujeto también ofrece la oportunidad de un nuevo contrato vital consigo mismo y con los otros. El trabajo psíquico ofrece un nuevo camino hacia la simbolización. Ya no es la marca en el cuerpo lo que caracteriza a la persona, sino la construcción subjetiva expresada en su discurso, que tiene una dimensión pluri-causal.

La creación de un nuevo proyecto de vida que dé cuenta de los mecanismos de autoconservación es sólo viable a partir de la toma de conciencia de la necesidad de cuidado. Si, por el contrario, se impone la desmentida de la enfermedad, tal situación llevará irremediablemente a una muerte prematura.

³ Uso la palabra tensional considerando la tensión como una modalidad anterior a lo afectivo ya que aludiría a un estado de exceso de carga no cualificado. Pongo especial énfasis a la ausencia de una representación o historia que de contenido. Aludiría con tensión a algo del orden de que puede considerarse pura carga. Pura carga que puede tener dos fuentes, la primera lo exterior que viene desde la realidad y la segunda que proviene desde un interior arcaico no inscripto como representación, estaríamos en el terreno de lo pulsional exacerbado.

Reflexiones finales

La configuración a partir de la cual se sitúa y despliega la posibilidad de un trabajo de significación/resignificación de lo somático se adquiere en la medida que se logre hablar y compartir con otro. Si se puede plantear el tema del quién/quienes somos, de las singularidades propias y de las características del entorno general y del momento de presentación de la somatización, estas preguntas darán pie al inicio de los procesos de subjetivación. Acontecimiento y subjetividad son dos conceptos en mutua interacción, generando en su reciprocidad una impronta que marcará el futuro de la persona.

No menos importante es advertir qué uso se le da a la enfermedad. Ya sea por la imperiosa necesidad de cuidados de lo orgánico y por la demanda de aportes significantes de otros, aquel que ha sufrido una afección somática comienza un nuevo reencuentro con la trama social, dado que en ella espera encontrar a quienes lo sustraigan de la expresión cárnea, ayudándolo a metabolizar el dolor y sufrimiento que la lesión produce.

En las variadas modalidades de recontacto con el objeto en la realidad (al producirse la salida del encierro narcisista) se juegan las características culturales familiares, ya que se pone en marcha la repetición de los modelos primarios. ■

Referencias bibliográficas

1. Baranger W y M (1969). Problemas del Campo Psicoanalítico, Ediciones Kargieman. Buenos Aires.
2. Freud, S (1937). Construcciones en Psicoanálisis, Amorrortu, Vol.23.
3. Fischbein J (1995). Panel: Psicósomática: Metapsicología y Clínica 100 años después. En: "1895-1995, Metapsicología y Clínica, 100 años después" XXIII Congreso Interno y XXXIII Simposio de la APA.
4. Fischbein J (2006a). "El inicio de la historia. Lo originario y lo arcaico en psicoanálisis", Revista de Psicoanálisis, t. LXIII, N° 3, Pág.263/287.
5. Freud S (1950 [1892-99]). Correspondencia a Fliess. Carta 52. Amorrortu Vol. 1.
6. Vinocur Fischbein S (2016). La naturaleza y el uso de los conceptos psicoanalíticos: ¿solo metáforas teóricas o recursos efectivos para acceder al inconsciente? En Revista de Psicoanálisis, APA, Tomo LXXIII, N° 2/3, pp. 179-195, Buenos Aires, Argentina.
7. Fischbein J (2017). Configurations of time, the body, and verbal communication: Temporality in patients who express their suffering through the body. International Journal of Psychoanalysis, Volume 98, Issue 2 (April 2017) London (pages 323-341).
8. Diccionario de la Lengua Española, 19° Edición, Madrid 1970.
9. Badiou A (1988). El ser y el acontecimiento; Meditación diecisiete, "El matema del acontecimiento", Editorial Bordes Manantial, Pág. 201/206.
10. Deleuze G (2005). La lógica del sentido, Editorial Paidós Ibérica.
11. Byung-Chul H (2015a). La salvación de lo bello, Herder Editorial, España.
12. Byung-Chul H (2014). La agonía del Eros, Política del Eros, Herder, España.
13. Byung-Chul H (2015b). Tiempo sin aroma, El aroma del tiempo, Herder, España, pg. 29.
14. Freud S (1923). El yo y el ello, Cap. 2, OC, Amorrortu, Vol. 19.
15. Fischbein J (2012). Las Psicósomáticas, Hoy. Libro Anual de Psicoanálisis. Vol. XXVII. English version: Psychosomatics: a current overview. The International Journal of Psychoanalysis. Vol 92, N°1 (February 2011). London: Institute of Psychoanalysis. P.197-219.
16. Marty P (1992). La psicósomática del adulto. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina.
17. Marty P, M'Uzan M (1963). El pensamiento operatorio, Revista de Psicoanálisis, Vol. 40, N° 4. 1983. p. 711-724.
18. McDougall J (1974[1982]). Alegato por una cierta anormalidad. Cap. V, VIII y IX. Ediciones Petrel. Barcelona Cap. VI, VII y VIII. Tecnipublicaciones S.A., España.
19. Giovacchini P L. (1993) Borderline Patients, the Psychosomatic Focus, and the Therapeutic Process Part II, Jason Aronson, New Jersey.
20. Meltzer D (1993). Implicaciones psicósomáticas en el pensamiento de Bion, Psicoanálisis APdeBA, Vol 15, N°2. p. 315-338.
21. Freud S (1911b). Formulación sobre los dos principios del acaecer psíquico, OC, Amorrortu, Vol. 12.

Lo psicossomático en el mundo. Entrevista a Irina Korosteleva¹ (Rusia) y Michael Dennis Linder² (Italia, Austria, Israel)

Por el Prof. Dr. Jorge C. Ulnik (Argentina)

1. Irina Korosteleva, MSc (psych), PhD. Directora del Departamento de neuro-psicoanálisis y psicossomática del Instituto de Medicina Interdisciplinaria de Moscú. Psicoterapeuta psicoanalítica. Miembro pleno de EPPP - OPP Moscú, Coordinadora del grupo de psicoterapia psicoanalítica de Moscú. Co-fundadora y representante en Rusia de EULAPS (Escuela Euro-Latinoamericana de Psicossomática).

2. Privatdozent Dr. Mag. Michael Dennis Linder. Associate Professor, Medical University of Graz, Austria. Adjunct Professor, Ben Gurion University of the Negev, Beer Sheva, Israel. Lecturer, University of Padua Medical School, Padua, Italy.

Jorge Ulnik (JU): En Congresos y revistas se incluyen, en el campo de lo psicossomático, trabajos sobre calidad de vida, depresión y ansiedad, estrés, psicofarmacología, neurotransmisores y mecanismos fisiopatológicos, psicoterapia, etc. Dentro de todo ese grupo, ¿qué considera que es específicamente “Lo psicossomático”? ¿Por qué?

Irina Korosteleva (IK): Considero que todos los parámetros mencionados deben usarse en el estudio y el tratamiento de los trastornos psicossomáticos, ya que el enfoque psicossomático permite aplicar una visión holística de la persona, respecto de su vida mental y su conexión con el funcionamiento del cuerpo; comenzando por las reacciones autónomas superficiales observables, que dependen del estado funcional de una persona, pasando por sus respuestas psicofisiológicas e inmunológicas al estrés, hasta los cambios más profundos en el funcionamiento corporal asociados con las características de las discapacidades en los tiempos psicossomáticos de su ontogénesis.

Michael Dennis Linder (MDL): Personalmente soy escéptico acerca de este término, pero para mí el enfoque médico ideal no debería enfatizar la dicotomía mente-cuerpo, especialmente en la cercana relación médico-paciente y tampoco en el campo de la salud pública.

Claramente, el enfoque biológico reduccionista puede impulsar una gran cantidad de éxitos, pero esto no justifica ver que algunos campos de la medicina son

psicossomáticos y otros que no son psicossomáticos. Para usar una paráfrasis de un dicho famoso, afirmaré que toda la medicina será psicossomática o que la medicina no lo será en absoluto.

JU: ¿Cuál es el estado del arte de la medicina psicossomática en Rusia? Los médicos, ¿hacen partícipes a los psicoterapeutas en el tratamiento de los desórdenes somáticos crónicos? ¿Cuál es el rol de la psicoterapia cognitiva-conductual y la psicoterapia psicodinámica en este campo en Rusia?

IK: En Rusia, el concepto de lo psicossomático devino relevante después de 1991. Antes de eso, dada la ideología asociada al régimen político, se usó el término “somatopsicología” para enfatizar la primacía de lo material sobre lo espiritual. Luego de 1991, cuando los especialistas tuvieron la oportunidad de familiarizarse con la experiencia del mundo en la comprensión de los desórdenes psicossomáticos, resultó muy tentador aplicar los primeros conceptos psicossomáticos como los de Alexander, Dunbar, etc.

Desafortunadamente, el conocimiento que establece una primacía de lo material sobre lo espiritual prevalece en la medicina basada en la evidencia, pero aun así los médicos, habiendo testeado y determinado el tipo de personalidad, no entienden cómo relacionar los resultados con los datos clínicos.

Actualmente, el interés en la psicología psicossomática es, principalmente, de naturaleza científica pura,

pero con el paso de los años se volvió posible atraer psicoterapeutas al trabajo clínico, ha aparecido un serio requerimiento de psicodiagnósticos profundos de pacientes, así como la inclusión de psicoterapeutas en el proceso terapéutico.

Respecto a los terapeutas cognitivos conductuales, si, éste es un método popular debido a que es compatible con la forma médica de pensar en nuestro país. Sin embargo, si dicha terapia es conducida por un psicólogo, la probabilidad de que, eventualmente, se llegue al camino psicodinámico de la psicoterapia es alta.

JU: ¿Los especialistas incluyen el desorden somático real en el enfoque psicósomático, o sólo lo hacen en pacientes con síntomas inexplicables y con trastornos psicógenos y somatoformes?

IK: Sí, lo incluyen, pero menos frecuentemente que los desórdenes psicógenos y somatoformes. Esto se debe al hecho de que, en los últimos, la conexión entre el cuerpo y la psique es obvia. De todas formas, algunos profesores de la vieja guardia con vasta experiencia clínica y un deseo de aprender “somatopsicología” durante la Unión Soviética, incluyeron las verdaderas enfermedades psicósomáticas en la lista de los trastornos psicósomáticos y explicaron sus abordajes a los alumnos. Ahí está la esperanza del desarrollo de un enfoque psicósomático natural.

JU: El *Journal Psychotherapy and Psychosomatics* es el de mayor número de citaciones en el mundo en este campo. Cuando hacemos un seguimiento de su evolución a lo largo del tiempo se ve un progresivo incremento de su factor de impacto. Esto volvió cada vez más importante a este *journal*. Al mismo tiempo, se observa en él un desplazamiento del interés inicial por la relación mente-cuerpo en enfermedades del área clínica (enfermedades cardíacas, digestivas, etc.) hacia el interés por los psicofármacos, el tratamiento de la depresión y los desórdenes psiquiátricos. Basta observar en la página web del *journal* los trabajos que se publicaban desde el año 1993 aproximadamente y compararlos con los que se publican por ejemplo desde 2017 en adelante. Los primeros eran dedicados al infarto, a los desórdenes funcionales, a enfermedades inflamatorias intestinales, etc y los últimos a la depresión unipolar, a los antidepresivos, a la esquizofrenia, al uso de Litio, etc.

¿A qué atribuye Ud. ese cambio? ¿Está el *journal* tornándose una revista de psiquiatría a expensas de su origen como una revista de psicósomática?

MDL: Una de las razones de ese interés cada vez mayor de la revista por cuestiones psiquiátricas es pro-

bablemente que el editor en jefe es psiquiatra. Por lo tanto, reconoce fácilmente los problemas en su campo que merecen un enfoque psicósomático.

Una segunda razón podría ser que la psiquiatría es un ejemplo clásico de un campo de la medicina en el que el enfoque biológico clásico no satisface todas las necesidades y requisitos. Por lo tanto, seguramente se convertirá en el campo ideal para la investigación psicósomática.

JU: En el próximo congreso del ICPM (International College of Psychosomatic Medicine) la sesión plenaria es sobre la fuerza actual de la medicina psicósomática. ¿Podría especificar en qué consiste dicha fuerza hoy en día?

IK: En mi opinión, la adecuación del enfoque psicósomático en medicina radica en su capacidad para conectar la división entre la psique y el soma causada por la cultura occidental. Además, desde el punto de vista ontogénico, es importante resaltar el eje psicósomático del desarrollo, que está presente a lo largo de la vida de una persona. También creo que, tener en cuenta los factores psicósomáticos en la génesis de tal o cual enfermedad, permitirá prolongar la remisión en caso de una enfermedad crónica y mejorar la calidad de vida del paciente. En el caso de tratar trastornos psicógenos y somatomorfos, el uso del enfoque psicósomático ayudará a encontrar una solución más aceptable para el conflicto interno, o a encontrar una salida al impasse en el que se encuentra el paciente.

MDL: Me pregunto si la medicina psicósomática es realmente tan fuerte como dice ser. No hay duda de que si existen fortalezas en la medicina psicósomática, se derivan principalmente de los fracasos de la medicina clásica. Lamento si esto suena cínico, pero siempre es la misma historia: cuando tienes dos posiciones opuestas, una gana cuando la otra falla.

JU: ¿Cuál es la importancia actual de la Wellbeing Therapy (Terapia del bienestar) que promueve el Prof. G Fava?

MDL: La principal importancia de la terapia de bienestar radica probablemente en el hecho de que es uno de los pocos enfoques salutogénicos (en el sentido de Antonovski¹) en la medicina moderna.

JU: ¿Qué piensa de las diferentes escuelas de psicoterapia en el campo psicósomático?

IK: Hoy lo psicósomático es una de las áreas de la psicoterapia y se está desarrollando activamente. Como

¹ Antonovsky fue un sociólogo americano-israelí que se dedicó a promover la relación entre la salud humana y el bienestar por encima del estudio de la patogénesis de las enfermedades. El modelo salutogénico relaciona la salud, el *stress* y el afrontamiento (*coping*).

parte del enfoque psicosomático, se puede usar cualquier orientación del campo psicoterapéutico. Entonces, hay pacientes que, para someterse a terapia psicosomática psicoanalítica, primero van someterse a un curso de auto-entrenamiento e hipnosis, luego terapia cognitiva conductual (TCC) y después de eso quizás puedan preguntarse qué es lo que anduvo mal en su vida.

Por supuesto, como terapeuta psicoanalítica sostengo la opinión sobre el máximo beneficio para los pacientes psicosomáticos de tal enfoque, pero tampoco niego que, en algún momento de mi vida profesional pueda utilizar una forma diferente de trabajo psicoterapéutico para con el paciente.

MDL: En cuanto al papel de las diferentes escuelas de psicoterapia en el campo psicosomático, permítanme citar a Woody Allen: "lo que sea que funcione". El dogmatismo y el sectarismo son asesinos y, mientras nadie practique psicoterapia salvaje, se debe aceptar cualquier tratamiento siempre que sea serio y sea el resultado de muchos años de estudios en una escuela reconocida. Personalmente, creo que los psicoanalistas podrían estar más abiertos a la terapia cognitiva conductual, ya que sabemos que las interacciones cuerpo-mente funcionan en ambas direcciones.

JU: Al comienzo del interés sobre los asuntos psicosomáticos, el enfoque psicodinámico y su aplicación psicosomática tuvieron una fuerte influencia. ¿Por qué cree que ahora hay tan pocas publicaciones sobre psicoterapia psicodinámica y su aplicación psicosomática? ¿Qué ha cambiado?

IK: En mi opinión, este tema afecta varios problemas a la vez. En primer lugar, las hermosas construcciones psicoanalíticas creadas por los psicoanalistas de los años '20-'40 del siglo pasado no eran universales, como se esperaba, y la mayor parte de ellas no se confirmaron con estudios empíricos. Esto es triste, pero no se puede esperar de la ciencia hermenéutica, un psicoanálisis que siga la lógica y los criterios de las ciencias naturales.

Con el desarrollo de las ideas psicoanalíticas sobre las relaciones tempranas, se despertó nuevamente el interés por el problema psicosomático. Sin embargo, la investigación y el manejo de casos psicoterapéuticos de pacientes psicosomáticos ha encontrado un doble obstáculo: por un lado, el obstáculo que proviene del paciente, dado lo difícil que es su tratamiento. Y por otro lado, el obstáculo que proviene de los analistas, dadas las dificultades narcisistas que enfrentan cuando se encuentran con la enfermedad corporal de un paciente. El resultado de experimentar estas dificultades fue la negligencia por parte de los psicoanalistas sobre los trastornos corporales de sus pacientes. Pierre Marty, en uno de sus artículos en el que describe estas dificultades narcisistas de los psicoanalistas cita, como ejemplo,

su discusión con su colega Sasha Night. El caso clínico de un paciente con dolores de cabeza y algunos trastornos neuróticos, se transformó en el caso de un paciente neurótico con algunos dolores de cabeza.

Y, finalmente, el tercer problema de reducir la proporción de estudios psicosomáticos psicoanalíticos, en mi opinión, se debe al hecho de que la mayoría de los analistas, al menos en Rusia, tratan fácil y libremente un cuerpo erótico y amoroso, mientras que el cuerpo "somático-material" es eliminado del proceso terapéutico, posibilitando una escisión en el psicoanalista, y la impotencia y el miedo, al tener que atravesar una colisión con un cuerpo "real".

MDL: Aunque no estoy muy calificado para responder a esta pregunta, una de las razones podría ser que también la psicosomática es ahora un campo en el que se intenta demostrar la eficacia de un tratamiento con la ayuda de ensayos randomizados. Pero todos sabemos que no se pueden realizar ensayos randomizados en psicosomática.

JU: Si dejamos de lado la depresión y la ansiedad, ¿cree que las drogas psicotrópicas pueden ser usadas en el tratamiento de las enfermedades psicosomáticas? ¿O sólo son útiles actuando sobre equivalentes somáticos de la depresión y ansiedad?

IK: En primer lugar, pienso que es imposible dejar de lado la depresión en una situación de enfermedad psicosomática, porque la depresión está siempre asociada con la falta de duelo. El problema de la patología del duelo es uno de los temas centrales en los pacientes psicosomáticos. En segundo lugar, en mi opinión, tomar drogas psicotrópicas bien elegidas puede acelerar significativamente el proceso psicoanalítico, especialmente si el psiquiatra y el psicoanalista son personas diferentes. Por supuesto, hay pacientes psicosomáticos que se niegan al tratamiento psicotrópico. En algunos casos, esto puede ser signo de diagnóstico, que indicaría un trastorno del funcionamiento mental más grave de lo que parece a primera vista.

MDL: Como dije antes, no creo en la existencia de enfermedades psicosomáticas: o todas las enfermedades son psicosomáticas o ninguna lo es. Pero creo mucho en el uso de drogas psicotrópicas en condiciones donde hay alguna interacción importante del cuerpo y la mente.

JU: ¿En qué países del mundo es más fuerte la orientación psicosomática? ¿Qué consecuencias tiene esto en el mejoramiento de los pacientes, en los cambios en la comprensión de los doctores sobre las enfermedades o sobre la relación médico-paciente?

IK: Es una pregunta difícil de responder, sólo puedo hablar de lo que está sucediendo en Rusia, Ucrania y

Bielorrusia. Los tres países constituyeron un sólo país, hace mucho tiempo, una misma cultura con ligeras diferencias. La mentalidad de los habitantes de estos países conservó la idea de un médico como una persona capaz de comprender, no sólo las características del funcionamiento del cuerpo, sino también sus experiencias emocionales. Esta tradición se remonta a la imagen del médico de 1917, donde el médico era médico personal, médico de familia y psicoterapeuta. Si en esta tradición, el médico tiene la oportunidad de construir una relación de confianza con el paciente, en la que no se violan los límites personales de ambos miembros, entonces aumentan las posibilidades de recuperación o remisión prolongada, y se crean las condiciones en las que se le puede sugerir psicoterapia al paciente.

MDL: Probablemente yo diría que en los países de habla alemana: en Alemania, la psicósomática es incluso una especialización. Atención al hecho de que no es posible abordar solo el aspecto corporal de una enfermedad, sino que la mente y el cuerpo deben verse como una unidad y esto solo, puede beneficiar a los pacientes.

JU: ¿Cuál es la especialidad médica que más le interesa desde el punto de vista del enfoque psicósomático? ¿Por qué?

IK: No tengo disciplinas médicas favoritas en particular, desde que considero que la alteración psicósomática es un único factor y que cualquier paciente con problemas cardíacos, artritis reumatoidea, diabetes, cáncer, etc., es un paciente psicósomático. Al mismo tiempo, la elección del objeto psicósomático es un problema complejo y no resuelto, a cuya solución me gustaría contribuir.

MDL: Como soy dermatólogo, solo puedo decir que considero que la dermatología es un campo de la medicina en el que un enfoque holístico es particularmente útil. Como dijo Hoffmanstahl, la verdad está oculta en

la superficie. Pero no hay duda de que la psiquiatría también es un campo donde “un enfoque psicósomático” puede proporcionar muchos puntos de vista y comprensión.

JU: ¿Qué es lo psicósomático para Ud.? ¿La enfermedad en sí? ¿El paciente (personalidad, psicopatología, estilo, etc.)? ¿Una forma de entender y tratar cualquier enfermedad y cualquier paciente? ¿Quién debe estar a cargo del paciente, el clínico, el psicoterapeuta y/o el psiquiatra? ¿Un equipo?

IK: Para mí, lo psicósomático es una de las dimensiones de la vida humana. Desde este punto de vista, el término psicósomático incluye procesos psicósomáticos normativos; como el sueño, la pubertad, el embarazo, el parto, la menopausia, el dolor, las experiencias sexuales y otras experiencias del cuerpo, y procesos patológicos que desencadenan y apoyan el sufrimiento psicósomático. Por supuesto, un paciente psicósomático debe ser tratado por un equipo, formado por un médico, psicoanalista/psicoterapeuta y psiquiatra; cada uno de estos especialistas tiene su propia zona de responsabilidad y otras zonas se combinan en un proceso médico único.

MDL: Una vez más, no me gusta distinguir entre enfermedades orgánicas y enfermedades psicósomáticas. Diría que podemos distinguir entre enfermedades en las que no hay mucha necesidad de un modelo multifactorial y enfermedades en las que es indispensable una comprensión profunda de la complejidad de la patogénesis. Además creo que el concepto de superveniencia (emergencia) juega un papel importante en las enfermedades complejas (Los llamados psicósomáticos). Tal vez sea para mí una forma especial de abordar a cualquier paciente y cualquier enfermedad.

En cuanto a las últimas preguntas, no puedo pensar en una respuesta que se aplique a todos los casos. A veces se necesita un equipo, en otros casos un psicoanalista puede hacer maravillas y un cirujano sería un desastre. ■

el rescate y la memoria



Reflexiones para una Psiquiatría Crítica: Georges Lantéri-Laura

Norberto Aldo Conti



Su vida

Georges Lantéri-Laura nació en Niza el 10 de julio de 1930, inició estudios de Medicina y Filosofía en Provenza y los concluyó en París, doctorándose en ambas disciplinas. Su formación psiquiátrica la realizó entre 1950 y 1960, año en el cual ganó por oposición el cargo de médico de los hospitales psiquiátricos de París, iniciándose en esa actividad como ayudante del Dr. Georges Daumezon, referente de la psicoterapia institucional en el Hospital de Sainte-Anne.

Ese mismo año de 1960 participó, a pedido de su maestro Henri Ey, en el VI Coloquio de Bonneval sobre “El inconsciente” abordando los problemas del inconsciente y el pensamiento fenomenológico.

En 1963 es nombrado Jefe de Servicio en el manicomio de Stephansfeld, cercano a Estrasburgo, en donde también se desempeñó como Profesor de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Estrasburgo hasta su regreso a París en 1972.

En ese año regresa a París para hacerse cargo de la Jefatura de Servicio en el Hospital Esquirol de la vecina localidad de Charenton; allí trabajará hasta su jubilación. Durante su extensa carrera profesional fue también presidente de *L'Evolution Psychiatrique* y presidente de la Société Médico-psychologiques, cargo para el cual fue elegido en 2004 y que no llegó a ejercer al fallecer el 3 de agosto de ese año.

No podemos dejar de recordar su paso por nuestro país, en dos oportunidades visitó la Argentina: en 1993 llegó invitado a la ciudad de Córdoba para participar de los festejos del aniversario de la Clínica Bergman, en su tránsito por Buenos Aires fue invitado al Hospital Borda en donde disertó acerca de los paradigmas de la psiquiatría moderna siete años antes de la publicación de su obra sobre ese tema; en 1997 participó del Congreso Argentino de Psiquiatría organizado por APSA en la ciudad de Mar del Plata, en el marco de participación de la Sociedad Franco-Argentina de Psiquiatría, con la conferencia titulada "La Psiquiatría en la encrucijada".

Su obra

Su obra constituye una de las más lúcidas reflexiones desarrolladas en la segunda mitad del siglo XX acerca de la psiquiatría, sus fundamentos epistemológicos, la pregnancia filosófica de sus producciones, el desarrollo histórico de la semiología, la clínica, los modelos psicopatológicos y las nosografías que los acompañaron.

No pretenderemos presentar la totalidad de sus publicaciones que incluyen libros, capítulos de libros y artículos publicados en francés y en otras lenguas como así también las traducciones a una innumerable cantidad de idiomas. Solo haremos una sumaria referencia a las obras que jalonaron su pensamiento.

La psiquiatría fenomenológica, corresponde a los años de reflexión acerca del pensamiento fenomenológico que se extiende desde su publicación en 1963, hasta *Fenomenología de la subjetividad* de 1972, que marca su regreso a París como Jefe de Servicio en el Hospital Esquirol. *Los aportes de la lingüística a la psiquiatría* surge de su interés en la lingüística estructural de Saussure y su aplicación a los trastornos del lenguaje en psicopato-

logía, siguiendo esa misma línea de investigación colaboró con Claude Levi-Strauss en el volumen *Introducción al estructuralismo*, publicado en 1969. *La historia de la frenología*, publicada en 1970, es el resultado de su tesis doctoral en Filosofía dirigida por Georges Canguilhem (1904-1995).

Su interés en la cartografía cerebral se extiende a las siguientes tres obras: la primera, en colaboración con Henri Hécaen, *Evolución del conocimiento y de las doctrinas sobre las localizaciones cerebrales*, la segunda, *Las funciones del cerebro* y la tercera, *Claves para el cerebro*.

Luego publica *Lectura de las perversiones. Historia de su apropiación médica*, centrada en el pensamiento de V. Magnan, tema en el que ya había incursionado en colaboración con el italiano Luciano de la Pistoia. En 1971 publica *Las alucinaciones*, excelente síntesis conceptual de un tema altamente complejo expresado en un pequeño volumen. Ese mismo año presentará una contribución esencialmente epistemológica con la publicación de *Psiquiatría y conocimiento* y poco después iniciará la publicación en tres volúmenes, titulados *Investigaciones en psiquiatría*, de muchos artículos y trabajos publicados en diversas revistas francesas y extranjeras; el primer volumen está dedicado al lenguaje, el segundo, a los delirios y el tercero, a la semiología.

Posteriormente, y a raíz de su interés en la semiología de Esquirol y Jean Pierre Falret, analizadas en el texto antes citado, publica en 1997 *La cronicidad en psiquiatría*, en donde sitúa la aparición de este concepto en la "locura circular" descrita por Falret en 1851.

En el año 2000 publica una obra que resume buena parte de su pensamiento en torno a la psiquiatría, sus problemas en el horizonte médico de la modernidad, su historia, su epistemología y, por qué no decir, lo que puede esperarse de ella, me refiero al *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, que aparece en castellano en el mismo año de su publicación en francés. Obra esencial para todo aquel que pretenda llevar adelante una reflexión crítica acerca de nuestra psiquiatría contemporánea.

Tal vez su último gran aporte bibliográfico haya sido la actualización del artículo: "Principales teorías en la psiquiatría contemporánea" en el *Tratado de psiquiatría clínica* de la *Encyclopédie médico-chirurgicale*. ■

Psiquiatría Fenomenológica¹

Fundamentos Filosóficos

Georges Lantéri-Laura

Introducción

I

Los problemas que suscita la sola noción de psiquiatría fenomenológica provocarán en seguida inextricable confusión en aquellos espíritus que temen equivocarse con el prestigio engañoso de los germanismos intraducibles y de las filosofías posiblemente capciosas. Podemos, con modestia, partir de algunos datos de la realidad, analizar sin prejuicios las filosofías fenomenológicas y los estudios psiquiátricos que aparecen calificados con este adjetivo, pero pronto nos encontramos con esta pregunta: ¿a qué es lícito, con autenticidad, denominar fenomenológico, y a qué no se puede denominar así? Pretender que se trata de una mera cuestión de terminología y que basta con saber qué quieren decir tales nombres para librarse de estas complicaciones, es adoptar desde ya una posición contraria a la actitud fenomenológica, porque es decidir, con anterioridad a cualquier examen, que el lenguaje no es más que el resultado de una convención gratuita, sin que tenga en sí mismo un sentido de cuyo entero dominio carecemos. Si, por lo tanto, queremos interrogarnos con lucidez acerca de semejante investigación, debemos penetrar en ella sin saber por anticipado cómo vamos a salir, ni tampoco si es razonable pensar que podamos hacerlo alguna vez.

Realicemos en primer lugar un inventario de esos datos de la realidad a que acabamos de referirnos. Si podemos, bien o mal, interrogarnos acerca de la psiquiatría fenomenológica, es en primer lugar porque nuestra cultura contemporánea incluye diversas tendencias filosóficas y algunas investigaciones médicas que se asignan esa denominación.

En la filosofía de lengua francesa, la palabra fenomenología ha excedido los marcos de las publicaciones esotéricas de algunos años antes de la guerra, para desarrollarse en múltiples dominios después de 1945.

¿Pero con qué nos encontramos? Vemos que este vocablo, “fenomenología”, que data del siglo XVIII pero cuyo empleo habitual es bastante reciente, designa sin duda una disciplina particular, pero una disciplina que no constituye un elemento determinado de la filosofía, como la lógica o la estética, porque la fenomenología pretende fundar la propia filosofía. Y, por otra parte, más que a una rama de la filosofía, el nombre de fenomenología parece aplicarse a una escuela filosófica a la manera del idealismo o del materialismo dialéctico. Pero, si se trata de una escuela, ¿quién podemos decir que es su fundador y, entre sus miembros, quien no es heterodoxo con respecto a los demás? Quizá se trate menos de una doctrina que de un método, y podamos tratar de ver en ella el conjunto de filosofías que, en común, observan cierta manera de abordar su objeto, de la misma manera que podemos reconocer en la filosofía de Descartes cierta manera cartesiana de utilizar la duda, manera que se vuelve a hallar en diversos autores que, sin embargo, no aceptan la metafísica de las *Meditaciones* y de las *Regulae*. Esta manera de ver seguiría siendo razonable si pudiésemos, sin abusar de las palabras, hablar de un método propio de todos aquellos que se adscriben a la fenomenología, pero ninguno de los autores importantes que se hallan en este caso concuerda con los demás sobre el sentido que cabe dar a la *ἐποχή* (*epojé*) y a la reducción eidética, a la visión de las esencias y al sujeto trascendental y, en una primera aproximación, cada uno de ellos declara que posee el verdadero método, desconocido por sus colegas.

La cultura contemporánea nos suministra también el adjetivo “fenomenológico” y lo toma como epíteto en numerosas expresiones, entre las que hay algunas que no dejan de ser problemáticas. Husserl, en el título de las *Ideen* distingue la “fenomenología” de la “filosofía fenomenológica”; Heidegger, que rara vez emplea este sustantivo y se sirve más bien del adjetivo, lo utiliza para designar procedimientos muy diferentes de los de

¹ Editorial Troquel, Buenos Aires, 1965, pp. 9 - 21 y 242-243.

Husserl; Sartre, por último, habla en sus primeros trabajos de “psicología fenomenológica” y señala como objeto de su obra principal a “la ontología fenomenológica”. Esta palabra califica, en consecuencia, disciplinas, doctrinas y métodos entre los cuales algunos excluyen a los otros, porque si admitimos una “psicología fenomenológica” en un sentido estricto, diferente de la fenomenología propiamente dicha, separamos la fenomenología de la existencia, y por lo tanto ya casi no tiene sentido hablar de una psicología fenomenológica, porque la psicología no puede ya ser fenomenológica sino de una manera muy imperfecta y tan disminuida que este calificativo pierde toda acepción precisa.

Si “fenomenología” y “fenomenológico” pueden, de este modo, entenderse en múltiples sentidos, terminaremos por decirnos que, tal vez, la extensión de este término lo ensancha hasta el punto de restarle toda significación rigurosa.

Bien podría ser que la mayoría de estos usos diferentes terminara por confluir en una concepción nuclear donde encontrarán cierta unidad, pero, al examinar las cosas según se presentan, nada es menos seguro, ¿y quién nos garantiza que todos estos usos de la palabra “fenomenología” no se contradicen irremediabilmente entre sí, ya que no vemos muy bien por qué seguirían siendo compatibles?

Para resolver estas dificultades bastaría, parece, con que nos sirviéramos de una investigación histórica minuciosa, que hiciera un balance exhaustivo de todas las doctrinas que se refieren a la fenomenología, y de todas las actividades que se califican de fenomenológicas; de modo que si trazáramos un catálogo completo de estas actividades y de estas doctrinas tendríamos un inventario de los sentidos de la palabra “fenomenología” y todas las dificultades no llegarían a ser más que dificultades de erudición. Aunque, para conseguir esto, nos haría falta un criterio que delimite el conjunto de las filosofías fenomenológicas que vamos a estudiar; pero no tenemos nada de eso, y no poseemos ningún privilegio que nos autorice a incluir esto y a separar aquello. Por ejemplo: ¿debemos introducir en una investigación así la teoría de la forma? Para hablar con exactitud, ella no forma parte de la fenomenología, pero esto no quiere decir tampoco que su inspiración no se vincule con la de la fenomenología y que no se pueda separarlas sin incurrir en un exceso. Bien quisiéramos, por lo tanto, desembarazarnos de estos problemas mediante la adopción estricta de la actitud de la historia de la filosofía, pero a partir del momento en que ponemos en práctica esta intención nos hallamos con una irremediable ambigüedad y ya no sabemos cómo contestar: “¿Y cómo te arraglarás, Sócrates, para buscar una cosa que no sabes del todo qué es? Entre las cosas que ignoras, ¿cuál te propones buscar? En el supuesto, incluso, de que por una oportunidad extraordinaria, des con ella, ¿cómo sabrás que es ella, ya que jamás la has conocido?”.

Quedan por lo tanto bastantes posibilidades de que alrededor de esta filosofía fenomenológica ocurra algo importante, pero estas primeras reflexiones nos mues-

tran con claridad que la fenomenología constituye un problema en sí misma y que no es fácil conocer por anticipado de qué se trata, porque nada, por el momento, decide de manera segura qué le pertenece en propiedad.

Pero quizá podamos, como médicos, desinteresarnos de estas querellas filosóficas y estudiar simplemente la psiquiatría fenomenológica. Olvidemos, por lo tanto, de manera provisional, estas discusiones y examinemos aquello que constituye la psiquiatría fenomenológica; pronto deberemos reconocer que no hemos ganado mucho más que en nuestra poco afortunada incursión filosófica, porque esta psiquiatría se nos aparece como el terreno de múltiples incertidumbres, en las que podemos perdernos con tanta rapidez como en la filosofía.

II

Hablamos de psiquiatría fenomenológica, pero ¿qué vemos en realidad? Nos hallamos con una pluralidad de trabajos y de escuelas, que no se dejan llevar a la unidad de un panorama general, porque las divergencias que advertimos entre F. Brentano, Husserl, Heidegger y Max Scheler las volvemos a encontrar en Minkowski, L. Binswanger, von Gebattel o K. Jaspers, y existen diferencias muy importantes que distancian, por ejemplo, las descripciones de von Gebattel del análisis estructural de Minkowski y del análisis existencial de L. Binswanger. Y si, entre la Filosofía de la aritmética y los inéditos de Lovaina, debemos diferenciar diversas etapas en el pensamiento de Husserl, podemos del mismo discernir diversas fases en la sucesión de los trabajos de Binswanger. Nos volvemos a encontrar, por consiguiente, en esta psiquiatría fenomenológica, con la misma diversidad de escuelas que nos había detenido en filosofía, y la misma dificultad nos alcanza. ¿Podemos, por otra parte, hablar de escuelas? Y si nos creemos autorizados a hacerlo así, ¿se trata de una escuela única o de varias doctrinas divergentes?

Pero quizá se tratara más bien de un método fenomenológico aplicado a la psiquiatría, y entonces ya no sabríamos cómo salir de este dilema: ¿podemos hablar de manera razonable de una psiquiatría fenomenológica, que constituya cierta teoría global de las enfermedades mentales, a la manera del neurobiologismo de von Monakow y Mourgue, del psicoanálisis de Freud o del organodinamismo de H. Ey, y constituir así una concepción de conjunto, más o menos exclusiva de todas las demás, o bien debemos, mejor aún, reconocer en la fenomenología una actitud descrita que no entra en conflicto directo con ninguna teoría psiquiátrica, que ha sido ya aplicada con mucha frecuencia por aquellos que no sabían designarla y que puede hallar un dominio donde ejercitarse en múltiples campos tradicionales de la psiquiatría?

Pero, incluso si de manera provisional dejáramos de lado esta dificultad, no podríamos evitar otra. Hablamos tanto de filosofía fenomenológica como de psiquiatría fenomenológica y, si consideramos la historia en su conjunto, la primera precede a la segunda; pero, ¿cuáles son los vínculos que las unen?, o mejor aún, ¿podemos ima-

ginar entre ellas ciertas relaciones y, en caso afirmativo, de qué naturaleza?

Diremos, simplificando mucho, que un psiquiatra como L. Binswanger reconoce a menudo todo lo que debe a Husserl y se inspira directamente en Heidegger, pero no podríamos concluir de esto que la psiquiatría fenomenológica deriva de la filosofía fenomenológica porque nada permanece claro en este dominio, a partir del momento en que tratamos de profundizarlo. Hubo ante todo un largo período en que el término fenomenología se empleaba en filosofía; luego se utilizó el adjetivo en el estudio de las enfermedades mentales, sin referencia explícita a ninguna filosofía, y solo después de algunos decenios las relaciones entre filosofía y psiquiatría llegaron, en este punto, a ser evidentes. Debemos admitir por lo tanto que, al menos para una parte de la psiquiatría fenomenológica, los vínculos con la filosofía son muy indirectos.

Limitémonos ahora a esa psiquiatría que se declara por sí misma relacionada con la filosofía de Husserl y de sus discípulos disidentes; no arriesgaremos mucho si afirmamos que se inspira en ellos, pero, una vez expresado esto, se vuelve asunto muy delicado precisar qué les debe. Reconozcamos en primer lugar que no les debe quizá nada en absoluto, porque no está excluido por anticipado el hecho de que estas relaciones sean imaginarias: ¿quién nos asegura que el psiquiatra, discípulo de Husserl en filosofía, sigue siendo su discípulo en tanto médico? ¿Y qué sentido puede tener seguir en psiquiatría las enseñanzas de determinada filosofía? Hay aquí una pregunta esencial, y no podremos tratar de comprender nada sobre la psiquiatría fenomenológica sino en la medida en que sepamos qué puede significar esta idea de transportar a la medicina mental ciertas concepciones filosóficas. No cabe duda de que en ningún momento de su evolución la psiquiatría permaneció indiferente a las teorías filosóficas y psicológicas de su tiempo, y no habría que buscar muy lejos para allegar multitud de ejemplos que muestren las relaciones, por otra parte recíprocas, de determinado momento de la psiquiatría con determinada fase de las especulaciones filosóficas.

Pero nos ocupamos aquí de algo muy diferente. La psiquiatría fenomenológica se refiere de manera explícita a la filosofía fenomenológica, en el sentido de que se sitúa en su prolongación y la considera, más o menos, como una instancia superior; pero una vez reconocido esto las relaciones entre ambas se vuelven muy difíciles de precisar. Digamos, antes que nada, que esta psiquiatría se alimenta quizá de ilusiones, porque nada nos prueba la solidez de esta referencia a la filosofía y, al examinar con detalle esta psiquiatría fenomenológica, tal vez veamos que se engaña acerca de sus vínculos con la filosofía. Mantengamos esta eventualidad presente en nuestra memoria, a fin de precavernos contra las asimilaciones apresuradas.

Admitamos por un momento, en favor de la claridad de nuestro desarrollo, que esta psiquiatría se vincula con exactitud a esa filosofía que pretende adoptar como guía. Una gran ambigüedad nos prohíbe sin embargo cono-

cer con certeza el vínculo que las une: quizá la fenomenología suministra a la psiquiatría una concepción del hombre normal, a partir de la cual llegaríamos a deducir diversas modalidades propias de la patología mental, y es posible imaginar bastante bien una psiquiatría que busque los datos generales de una teoría del hombre para derivar de ella, mediante variaciones concomitantes, una sistematización de los trastornos mentales. Sin embargo, la fenomenología se niega a darnos semejante modelo y no supone, de ninguna manera, una doctrina del hombre normal. Pero también podría ocurrir que la fenomenología proponga a la psiquiatría, no cierto conocimiento del hombre, sino un método descriptivo, utilizable fuera de su campo de origen, y la "descripción metodológica" parece común a la filosofía y a la psiquiatría. Esta asimilación se justifica sin embargo de manera bastante incorrecta porque, si nos remitimos a las descripciones fenomenológicas de Husserl, no vemos cómo algo parecido a ellas podría darse en psiquiatría y, a menos de llamar fenomenológica a toda clase de descripción posible, difícilmente se comprende su trasposición al dominio de las enfermedades mentales.

Si queremos hacer la prueba, corremos el peligro de dejarnos llevar hacia algunas paradojas. Sabemos que, desde la mitad del siglo XVIII, los filósofos hablan de "fenomenología", pero no podemos afirmar que esta palabra designe una escuela, una metafísica o un método. Enumeramos muchos autores que se califican con él, pero ignoramos quién lo hace con razón y quién no, y no podemos saber si no habrá obras eminentemente fenomenológicas aun cuando carezcan de esta denominación. Sabemos también que ciertos trabajos psiquiátricos se atribuyen esta denominación, pero entre filosofía fenomenológica y psiquiatría fenomenológica no podemos ya saber si esta palabra se toma en sentidos idénticos, o en sentidos convergentes, o en sentidos poco compatibles, o en sentidos francamente contradictorios.

III

Para desembarazarnos de estas dificultades, nada nos impide decir: se trata de una simple querrela de vocabulario, no nos demoremos en una terminología oscura y examinemos directamente aquello que está en cuestión. Saber si una psiquiatría debe o no llamarse fenomenológica no tiene, en última instancia, sino muy poco interés, y todas estas designaciones son gratuitas y arbitrarias. El único elemento importante es el contenido, cualquiera que fuere la denominación que tome. Sin embargo, esta actitud es en realidad mucho menos eficaz de lo que parece a primera vista, y debemos diferenciar en ellas dos aspectos que no podemos confundir, incluso si, a título de médicos, queremos evitar las sutilezas ociosas.

Esta actitud, en un primer momento, adquiere una significación perfectamente aceptable. Quiere decir que, al dejar a los filósofos sus controversias, tratamos solo de comprender lo que pueda haber en estas psiquiatrías diversas que se dicen fenomenológicas y, al interrogarlas de manera directa, quizá nos enteremos de aquello con

que los más notables creen haber contribuido, incluso si lo hemos olvidado.

Releamos a Minkowski, Binswanger o von Gebsattel, y llegaremos sin duda a advertir algo de lo que ellos quieren dar a la psiquiatría. Sin perdernos en las confusiones precedentes, podremos así formarnos alguna idea de la psiquiatría fenomenológica, e incluso si, en medio del camino, omitimos un autor por inadvertencia, o incluimos otro por equivocación, estos errores no nos impedirán comprender las líneas esenciales de los principales trabajos de psiquiatría en cuestión.

Por otra parte, si experimentamos la necesidad, como médicos, de una contribución de la fenomenología a la psiquiatría, no es por querer llegar a una doctrina filosófica, sino más bien a una renovación de nuestros métodos clínicos de investigación. Los progresos más recientes de la investigación psiquiátrica -y pensamos aquí más en particular en la electroencefalografía y en el estudio sistemático de las sustancias llamadas alucinógenas- no se han visto acompañados por un enriquecimiento paralelo de la semiología, y por este motivo no podemos extraer de ellos todo el beneficio que sería posible. Hay un inmenso interés en comparar con los estados propios de diversas psicosis los estados producidos artificialmente por el hachís o los derivados del ácido lisérgico; pero la comparación, y el análisis de las semejanzas y las diferencias, no pueden realizarse a menos que tengamos los medios reales de describir estos estados en su propia estructura; y, en la medida en que tales medios nos falten, mal podemos extraer de este análisis todo el beneficio posible. Por eso, sin perdernos en sutilezas, esperamos de la psiquiatría fenomenológica una positiva renovación.

Nuestra actitud no traduce, hasta aquí, más que sentido común y reserva. Nos es preciso sin embargo discernir en ella cierta adopción de un criterio con respecto al lenguaje, y un prejuicio que en este se oculta. Decir: "poco importa que determinada doctrina, filosófica o psiquiátrica, se califique o no de fenomenológica" es decir: "pura y simple convención por entero artificial, el lenguaje carece por completo de sentido autónomo, y todas las denominaciones son intercambiables"; es decir también: "los usos de las palabras nada significan, no tenemos que interrogarnos con respecto a ellos, siguen siendo por entero exteriores a las realidades cuya expresión autorizan"; es decir, por último: "es un puro azar, carente de significación, que la misma palabra se aplique a filosofías diferentes y a algunas tendencias psiquiátricas". Pero incluso sin ninguna inclinación mórbida hacia los refinamientos capciosos no podemos ni aceptar como evidente semejante concepción simplista del lenguaje humano, ni hacer como si ese lenguaje se dejara reducir a una nomenclatura cercana a la de la química mineral. El lenguaje constituye un problema en sí mismo y no nos libramos de una palabra difícil con solo decir que no queremos oír hablar más de ella, porque esta decisión no impide que la palabra exista con independencia de nosotros y siga planteando problemas que ignoramos a la vez que creemos haberlos resuelto.

IV

Estas últimas reflexiones van a permitirnos, sin embargo, encarar nuestra dificultad bajo una luz nueva. Para tratar de comprender algo de esta filosofía fenomenológica y de esta psiquiatría que con ella se relaciona -o que quizá no se relaciona con ella-, formulemos ahora nuestras preguntas en términos de sentido y veamos las realidades de que se trata con toda la amplitud que adquieren para presentarse. Nosotros, los que preguntamos: "¿qué es la filosofía fenomenológica?", preguntamos por lo tanto: "¿qué pueden significar esas filosofías que se dicen fenomenológicas y qué sentido tiene para ellas calificarse así?" Tomaremos entonces como guía la exégesis de la palabra "fenomenología" y no trataremos ya de enumerar las diferentes acepciones que debemos distinguir, sino que nos esforzaremos por ver si, en ciertos momentos privilegiados de su historia, esta palabra sirve para resumir con exactitud un conjunto coherente de experiencias: veremos así que es con Hegel primero, y luego con Husserl, como un esfuerzo unificador de la investigación humana adquiere significación autónoma, más definido que todas las demás significaciones contemporáneas que se le pudieran conferir. Si el vocablo que nos ocupa tiene en verdad importancia en el dominio del saber, tendremos una colección, inevitablemente llena de lagunas, de acepciones diversas, pero podremos aislar algunas significaciones dominantes, más eficientes que todas las demás, y preguntarnos entonces acerca de lo que pueden ser sus relaciones respectivas. Plantear estos problemas en términos de sentido es examinar, entonces, si de esto se pueden desprender ciertas significaciones más plenas y más fecundas, para determinar si a través de ellas se hace claro un problema único. Trataremos, por lo tanto, no de clasificar en nuestro herbario los mil y un sentidos eventuales de la palabra fenomenología, sino de ver si designa o no un reducido número de filosofías eminentes, y si estas filosofías tratan, de diversos modos, de poner en claro un problema común; y si conseguimos esto podremos reconocer entonces, como incluidas en la fenomenología, investigaciones que encaran las mismas cuestiones sin utilizar, en forma expresa, esta palabra.

Pensamos por lo tanto que antes de estudiar de manera directa los diferentes aspectos de la psiquiatría fenomenológica es indispensable que aclaremos sus fundamentos filosóficos más importantes. Por eso, en el presente trabajo, destinado a servir de introducción general a la psiquiatría fenomenológica, vamos a tratar de determinar con exactitud qué es esta fenomenología y cuáles son sus contribuciones.

Si pretendemos llegar a la erudición, nos esforzaremos por dejar que se manifieste aquello que hay de verdaderamente original en Hegel, a través de sus obras de juventud, su trabajo de 1807 y las críticas de Kierkegaard y de Marx; veremos así manifestarse cierto aspecto radical de la filosofía, y trataremos de comprender cómo, cada uno a su manera, Husserl primero y Heidegger después, lo retomaron para formular las concepciones

más elaboradas de la filosofía fenomenológica. Podemos entonces determinar cómo en ella se anudan pensamientos tan diferentes como los de Max Scheler, Sartre y Merleau-Ponty, y también la teoría de la forma. Pero no olvidaremos nunca nuestras preocupaciones médicas y en cada etapa nos preguntaremos con qué contribuye cada filósofo al conocimiento general del hombre y cómo se plantea en él la cuestión de la psicopatología.

Podemos así esperar, no digamos resumir la fenomenología, sino comprender cómo, a partir de sus principales aspectos, puede concebirse una antropología y cierta manera de encarar las enfermedades mentales.

Conclusiones

(...)

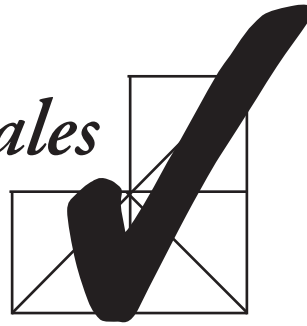
Si hay por lo tanto una psiquiatría fenomenológica, no será una psiquiatría que se someta a la autoridad superior de la fenomenología y reciba de ella la revelación, porque la fenomenología no revela nada y no ejerce autoridad alguna. No hay una filosofía fenomenológica que dé sus consignas a una psiquiatría humildemente deferente, *ancilla domini*, visitada por el ángel del Señor. Hay una actitud fenomenológica y esta actitud puede adoptarse con decisión en diversos dominios: la filosofía, sin duda, pero también la psiquiatría, la lingüística, las ciencias económicas, etc.

La psiquiatría fenomenológica no es la psiquiatría que trata de aplicar en su dominio los resultados generales adquiridos por no se sabe qué ciencia fenomenológica, sino la psiquiatría que tratamos de edificar al mantener una actitud fenomenológica.

Además, permanecer fieles a Husserl no es calcar la psiquiatría de las *Meditaciones cartesianas* sino reconstruirla con la adopción de la actitud fenomenológica. Digamos, con mayor exactitud, que es tratar de elaborar una doble investigación. Se trata en primer lugar de describir cómo los enfermos se manifiestan como tales, y esta descripción procura conseguir que se encuentren dos dominios: por una parte, hay que dejar aparecer a cada enfermo o a cada tipo de enfermos con la originalidad con que se muestran, de manera de determinar las esencias propias de los sujetos en cuestión; pero, por otra parte, hay que clarificar los conceptos inherentes a la práctica psiquiátrica, es decir, saber de manera evidente qué hacemos cuando ejercemos nuestro trabajo de psiquiatría. Pero la psiquiatría fenomenológica tiene aún otra finalidad que alcanzar: toda psiquiatría habla del hombre y lo califica. Pero si el hombre fuese un ser radicalmente opuesto al ser de las cosas, ¿cómo podemos calificarlo?

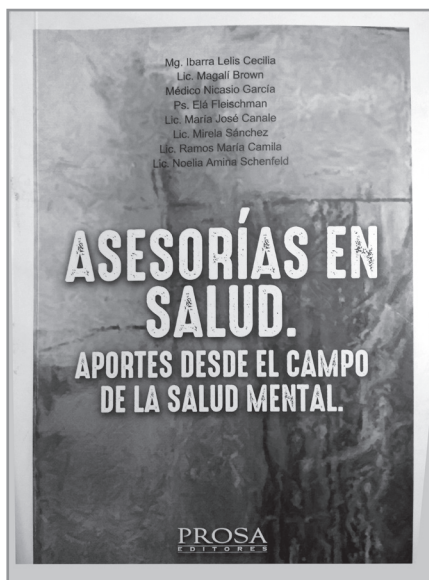
La psiquiatría fenomenológica no es por lo tanto aquella que haya sufrido la influencia de este o aquel filósofo, sino la que pregunta: ¿cuál es la certidumbre y la verdad de la psiquiatría? Es decir: ¿cuál es el sentido de esta obra humana que es la psiquiatría? ■

Lecturas y señales



Asesorías en salud. Aportes desde el campo de la salud mental

Daniel Matusevich



Lelis Ibarra y colaboradores.
Prosa editores, 2018.

La matriz disciplinar del libro que comentamos hoy propone una elaboración colectiva, con la complejidad que dicha estrategia plantea en referencia a la coherencia interna y al dialogo necesario que se debe establecer entre los diferentes artículos que lo componen. Por otro lado, este esquema se muestra funcional a la hora de intentar transmitir experiencias de trabajo llevadas adelante por

equipos, ya que así quedan reflejadas las múltiples voces participantes, sus semejanzas y sus diferencias.

En la Introducción Lelis Ibarra hace referencia a “aproximaciones conceptuales” al momento de definir el modo en el que las autoras y el autor dan cuenta “de un grupo de lineamientos teóricos en el campo de la Atención Primaria en Salud”. Este enfoque es aplicado a la atención de adolescentes vulnerables garantizando el derecho a la salud integral de los mismos; por otro lado, pero muy en contexto, se propone “presentar algunos lineamientos conceptuales sobre la función necesaria y principal del lenguaje en los procesos de enseñanza y aprendizaje en materias de prácticas de cuidado en la salud”. La relación entre derechos y lenguaje es clave a la hora de diseñar espacios de instrucción y adiestramiento, ya que la obvia consecuencia de que todo vocabulario sea político es que las palabras utilizadas jamás serán ingenuas o casuales.

Los temas centrales giran en torno a lo interdisciplinario, al uso del lenguaje, a las violencias en sus diferentes formas y a la formación de los residentes.

La falta de experiencia de muchas de las autoras y el autor se ve ampliamente compensada con la honestidad intelectual y el entusiasmo que claramente trasuntan los escritos, por ejemplo: “... ¿cómo empezar un capítulo de un libro? ¿Hay un lugar determinado por el cual iniciar este recorrido en letras, de nuestra experiencia de rotación? ¿A qué nos referimos con “rotación” y por qué “experiencia”? Decidimos empezar por ahí, por quiénes somos, qué hacemos y dónde nuestros caminos se encontraron y nos permitieron este transitar juntas”. El

párrafo seleccionado claramente pone de manifiesto la humildad epistemológica de las que escriben, componente fundamental en aquellos que están comenzando a transitar el camino del conocimiento (y también, como no, en aquellos que están finalizando dicho recorrido).

Creemos esencial el entrenamiento de los jóvenes en escribir (narrar); una falla habitual en muchas de las Residencias es la carencia de profesores en ese difícil arte. Nadie nace sabiendo hacerlo y por eso es tan importante que desde los primeros momentos de la formación los profesionales cuenten con maestros confiables en ese menester; escribir narraciones de pacientes o escribir historias clínicas (que también son narraciones) debería ser una prioridad en la Atención primaria de la Salud y en la Salud Pública toda. Nadie jamás imaginó dejar en manos del azar (o del destino) las habilidades requeridas para dominar el arte de medicar o de interpretar a nuestros pacientes; entonces no queda otro camino que preguntarnos por qué sí son el destino

o el azar los responsables de cómo escriben nuestros residentes. O interrogarnos acerca de la gran confusión que existe entre lo que es narrar y registrar: muchas historias que hoy pueden leerse apenas son un compilado de datos, signos y síntomas, nada más alejado de un relato.

Nuestros tiempos se caracterizan por una sobrea-bundancia de “referentes” (concepto elusivo si los hay, atravesado por variables económicas y culturales) y una gran escasez de maestros (dicha esta palabra en el sentido de Herrigel, de Perkins, de Ricon, de Stagnaro, de Kleinman), más allá de estar conscientes de que los modos y las maneras de aprender están en permanente movimiento y cambio. Vale la pena, entonces, asomarse a *Asesorías en Salud*, un esfuerzo loable que debería ser recompensado con la lectura crítica de la mayor cantidad de profesionales posibles para continuar con la discusión acerca de la formación y el aprendizaje en un campo tan complejo como es el que habitamos. ■