

# VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

## 26



### ENLACES

PSIQUIATRIA-PSICOANALISIS

SALUD MENTAL

*Etchegoyen / Miller*

*Ricón / Kaechele / Kordy / Laurent*

*Epstein*

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

Volumen VII - N° 26 Diciembre 1996 – Enero – Febrero 1997

# VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

## 26

Director:  
**Juan Carlos Stagnaro**  
Director Asociado para Europa:  
**Dominique Wintrebert**

### Comité Científico

F. Alvarez (Bs. As.), V. Barembli (Barcelona), I. Berenstein (Bs. As.), S. Bermann (Córdoba), P. Berner (Viena), J. Bergeret (Lyon), E. Bringas (Córdoba), F. Caroli (París), B. Dubrovsky (Montreal), R. H. Etchegoyen (Bs. As.), N. Feldman (Rosario), J. Forbes (San Pablo), O. Gershanik (Bs. As.), A. E. Goldchluk (Bs. As.), M. Hernández (Lima), O. Kernberg (Nueva York), G. Lanteri-Laura (París), H. Lôo (París), M.A. Matterazzi (Bs. As.), E. Mejías Valenzuela (Madrid), J. Mendlewicz (Bruselas), R. Montenegro (Buenos Aires), A. Mossotti (Santa Fe), J. Nazar (Mendoza), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), M. Palestini (Sgo. de Chile), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), E. Probst (Montevideo), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), D. J. Rapela (Córdoba), L. Ricon (Bs. As.), S. Resnik (París), E. Rodríguez Echandía (Mendoza), S. L. Rojtenberg (Bs. As.), F. Rotelli (Trieste), B. Samuel-Lajeunesse (París), C. Solomonoff (Rosario), I. Vegh (Bs. As.), H. Vezzetti (Bs. As.), E. Zarifian (Caen), L. M. Zieher (Bs. As.), P. Zöpke (Rosario).

### Secretaría de Redacción:

Norberto Aldo Conti (Coordinador);  
Gabriela Silvia Jufe, Sergio Strejilevich, Fabián Triskier

### Corresponsales en:

**CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES:** N. Conti (Hosp. J.T. Borda); R. Epstein (AP de BA); S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); A. Mantero (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); P. Gabay (Hosp. Santojanni y Ramos Mejía); D. Matusevich (Hosp. Italiano y Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); E. Matta (Bahía Blanca); L. Milano (Hosp. J. Fernández); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); L. Millas (Hosp. Rivadavia); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Wahlberg (Hosp. Español); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); N. Koldobsky (La Plata). **CORDOBA:** H. López, C. Curtó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RIOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RIO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** G. Bazán. **SANTA CRUZ:** E. Osorio. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **TUCUMAN:** 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:** J. Giménez Avello, A. Berenstein, M. A. Díaz. **EE.UU.:** A. Sudilovsky (Pittsburg); C. Toppelberg (Cambridge); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar.

Gerencia y Administración:  
Carlos De Lorenzo

Diseño:  
Ana Herrera  
Coordinación y Corrección  
Mabel Penette

Composición y Armado:  
Omega Laser Gráfica  
Callao 157 P.B. "C"  
(1022) Buenos Aires"

Impreso en:  
Chulca impresora s. a.  
Doblas 1753  
(1424) Buenos Aires  
Tel.: 921-5817 922-4937

**Informes y correspondencia:**  
**VERTEX**, Callao 157 P. B. "C",  
(1022), Capital Federal, Argentina,  
Tel. 373-0690 - 372-8896 Fax: 373-0690

**En Europa: Correspondencia  
Informes y Suscripciones**  
Dominique Wintrebert, 63, Bvd. de Picpus,  
(75012) París, FRANCIA Tel.: (33-1)  
43.43.82.22. Fax: (33-1) 43.43.24.64

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: N° 207187 - ISSN 0327-6139  
Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX VOL. VII N° 25, SETIEMBRE - OCTUBRE - NOVIEMBRE 1996  
Todos los derechos reservados. © Copyright by POLEMOS S.A.

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

Este número de Vertex se ilustró con obras de artistas argentinos incluidas en el libro "Del Pop-art a la nueva imagen" de Jorge Glusberg.

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

### REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- "Psiconeuroinmunoendocrinología y Campo Psicosomático", Elsa Wolfberg pág. 245
- "Desempleo y enfermedad", Julio C. Villena Aragón pág. 250
- "Psicofármacos y embarazo", Marcelo Beraza pág. 253

### DOSSIER

#### ENLACES, PSIQUIATRIA-PSICOANALISIS-SALUD MENTAL

- Entrevista a R. Horacio Etchegoyen y Jacques-Alain Miller, por J. C. Stagnaro y D. Wintrebert pág. 260
- El Psicoanálisis en la enseñanza de Salud Mental en la Facultad de Medicina, L. Ricón pág. 275
- Investigación de resultados en psicoterapia y psicosomática, H. Kordy y H. Kaechele pág. 280
- El psicoanalista, el ámbito de las Instituciones de Salud Mental y sus reglas, E. Laurent pág. 289
- Presencia de las ideas psicoanalíticas en la práctica hospitalaria en Salud Mental en la ciudad de Bs. Aires.  
Comentarios sobre un estudio R. Epstein pág. 296

### EL RESCATE Y LA MEMORIA

- Posiciones pág. 302

### CONFRONTACIONES

- Sobre el Trastorno Bipolar, I. Elenitza y S. Giordano pág. 312
- Los inicios de FUBIPA, A. Lagomarsino pág. 317

### LECTURAS Y SEÑALES

- "Lecturas" pág. 319
- "Señales" pág. 320

## EDITORIAL

**L**

*a edición científica tiene sus reglas propias. Cuando se hace desde la periferia del sistema de producción cultural mundial está muchas veces sujeta a oficiar como eco, mero receptáculo, de lo producido en otras latitudes más influyentes. El poder tiene sus reglas que no se pueden violentar fácilmente. Se dice que estamos en proceso de globalización y hay muchas evidencias que nos conducen a aceptar tal aserto. Pero eso no significa que este nuevo ordenamiento esté estructurado de tal manera que cada punto del "planeta cultural" resulte equipotencial sobre todos los demás. Más bien se tiende a una uniformización en la globalización, con una zona de la esfera, no casualmente al norte, que oficia como productora de ideas y consumidora de recursos en un grado infinitamente mayor que la parte opuesta, no casualmente, ubicada al sur.*

*En algunas ocasiones esta monótona mecánica de la dominación falla y es posible generar hechos originales en nuestra parte del mundo. El encuentro de R. H. Etchegoyen y J.-A. Miller realizado a partir de una iniciativa de Vertex y el registro del diálogo que comenzaron a tener y que publicamos en el Dossier de este número, constituye una de esas primicias que normalmente nos llegan de otros lados y que hoy podemos ofrecer desde Buenos Aires a la comunidad internacional. No es exagerado calificar ese encuentro como histórico, no sólo por las resonancias en vista al pasado –la controversia que sostuvo Jacques Lacan con la IPA– sino, y mucho más importante a nuestro parecer, por su proyección futura. Las consecuencias, para nuestra especialidad, del acontecer en el campo del Psicoanálisis tienen la mayúscula importancia que todos conocemos. Y la exploración de la interfase de la Psiquiatría con el mismo es preocupación permanente de nuestra Redacción ■*

**J. C. Stagnaro – D. Wintrebert**

## REGLAMENTO DE PUBLICACIONES



- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: VERTEX. Callao 157 P. B. "C" (1022) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina, o de ser posible, presentados en diskette (en Microsoft Word o Word para Macintosh 5.1) acompañado de su respectiva copia en papel por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal y teléfono. Deberá acompañarse en hoja aparte de 4 ó 5 palabras clave y un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno. El texto total del artículo deberá abarcar un máximo de 12 a 15 páginas tamaño carta, dactilografiadas a doble espacio a razón de 28 líneas por página, lo cual equivale aproximadamente a 1620 caracteres por página.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo, luego se numerarán en orden creciente y el número que corresponde a cada una de ellas será incluido en el correspondiente lugar del texto. Ej.:  
Texto: El trabajo que habla de la esquizofrenia en jóvenes(4) fue revisado por autores posteriores(1).  
Bibliografía: 1. Adams, J., ...  
4. De López, P., ...
  - a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
  - b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediatamente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) El artículo será leído por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán anónimos, quedando el autor del artículo también anónimo para ellos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 7) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 8) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 9) Todo artículo aceptado por la redacción no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.

# Psiconeuroinmunoendocrinología y Campo Psicósomático

Elsa Wolfberg

Médica. Especialista en Psiquiatría. Miembro de APSA. Miembro Titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Miembro del Equipo Interdisciplinario de Autoinmunidad, del Hospital "J. A. Fernández".  
Lafinur 2991 - 13 C, (1425) Capital Federal Tel. 804-5701

El enfoque Psicósomático (PS) en relación a las investigaciones en Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE)(1, 3, 4), ambos territorios de frontera, viven en los bordes de la medicina, de la psiquiatría, del psicoanálisis, de la filosofía y de múltiples investigaciones en

curso en este momento en todo el mundo.

De más está decir que aunque la psiquiatría y disciplinas *psi* se ocupan de la mente y el sistema nervioso, y la medicina del cuerpo y sus sustancias, ambas –no olvidemos– son aspectos de un solo hecho que

es la salud y la enfermedad del sujeto humano a las que hubo que parcelar para estudiarlas.

## El cuerpo, distintas representaciones

La medicina no se remitió a lo largo de la historia a un único modelo del cuerpo; hubo diversas medicinas porque la representación del cuerpo es una construcción histórica en continua evolución(13). En efecto, Foucault sugirió que la historia de la medicina se haría más inteligible si se siguiera la lógica de las distintas conceptualizaciones del cuerpo, la cual ofrece correspondencias con las conceptualizaciones de la enfermedad y de la cura, siempre en cambio.

Sin duda que la noción del cuerpo en la Edad Media, *medicina clásica*, construcción abstracta acorde a una nomenclatura y no al cuerpo concreto, cuerpo de humores y disposiciones, es diferente del cuerpo del S. XVIII de la *época moderna temprana*, donde la medicina ya se plantea como ciencia empírica que examina los cuerpos concretos e individuales. También es diferente en la *modernidad tardía*, donde la medicina es mecánica y hay que arreglar el órgano que falla en un cuerpo pensado como una máquina compleja.

En la *medicina post-moderna*, de lo que se habla es del cuerpo como el lugar de la experiencia significa-

### Resumen

Tras recorrer someramente las representaciones variables que la Medicina ha tenido del cuerpo y los mecanismos de enfermar y curar, se describe el cuerpo de la Medicina post moderna como lugar de la experiencia significativa vista en una dimensión biopsicosocial. El articulador es la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) que conecta los distintos sistemas entre sí y con el medio. Se presentan distintos trabajos de correlación psicósomática y se subraya el valor de la esperanza y la desesperanza en la eclosión y/o evolución de las enfermedades.

**Palabras Clave:** Correlación psicósomática – Enfoque biopsicosocial – Estrés y trauma – Vulnerabilidad – Desesperanza.

### PSYCHOSOMATIC AREA AND PSYCHONEUROIMMUNOENDOCRINOLOGY Summary

Following an outline of the various theories held by Medicine of the body and illness and healing mechanisms, the body, in terms of post modern Medicine, is described as the area of significant experience, considered within a biopsychosocial range. Psychoneuroinmunoendocrinology is the articulator connecting the different systems both to the environment and to each other. Several studies of psychosomatic correlation and the importance of hope and despair at the outbreak and/or during the development of a disease are presented.

**Key Words:** Psychosomatic correlation – Biopsychosocial focus – Stress and trauma – Vulnerability factors – Despair.

### CHAMP PSYCHOSOMATIQUE ET PSYCHONEUROIMMUNOENDOCRINOLOGIE Résumé

Après un bref parcours à travers les différentes représentations que la médecine a eues du corps et des mécanismes de l'éclosion de la maladie et de la guérison, on décrit le corps de la médecine post-moderne comme le lieu de l'expérience significative dans une dimension bio-psycho-sociale. L'articulateur en est la Psiconeuroinmunoendocrinologie (PNIE), communiquant les différents systèmes entre eux et avec le milieu. L'auteur présente des travaux de corrélation psychosomatique où l'on voit la valeur de l'espoir et du désespoir jouant son rôle dans le début et/ou dans l'évolution des maladies.

**Mots Clé:** Corrélation psychosomatique – Approche bio-psychosociale – Stress et trauma – Vulnérabilité – Désespoir.

tiva, inserto en un medio, por lo cual se tiende a construir una noción biopsicosocial integrada de la salud y la enfermedad, más que el concepto de unidad de causación. Se habla en la medicina moderna tardía, de un cuerpo como un sistema autoregulado y a la vez inseparable de un mundo más amplio en interacción continua y psicológicamente mediatizado por las condiciones sociales, culturales, históricas y ambientales. Ya en la postmodernidad se intenta una integración sistémica y se investiga la lógica de los procesos endócrinos e inmunológicos, para entender el cuerpo en todas sus dimensiones.

La progresiva comprensión del sistema endócrino puso en marcha un proceso de *desdibujamiento* de la distinción entre lo interno: homeostasis (Cannon) y lo externo: adaptación (Selye). Se describió que la secreción de las glándulas endócrinas varía en respuesta a influencias "externas", mediatizadas por el sistema nervioso(5). También se describieron los neuropéptidos, que son proteínas que comunican sistemas del cuerpo y son producidos en el sistema nervioso. Se los considera como una red psicósomática; no sólo hay receptores de neuropéptidos en el cerebro —especialmente en la zona de mediación de las emociones— sino también en otras zonas del cuerpo sensibles a reacciones emocionales: intestino y células móviles del sistema inmune que son responsables de la resistencia frente a las infecciones virales y bacterianas, y también de la eliminación de las células cancerosas.

El estudio de los neuropéptidos ayuda a pensar el modelo de integración sistémica del cuerpo, el cual induce a concebir que *todas las enfermedades sin excepción, incluyendo las enfermedades mentales, debieran considerarse como psicósomáticas.*

### **Variables sociales que operan sobre el cuerpo**

Al pensar el cuerpo como entidad interconectada con las influencias culturales, se debe considerar el efecto sobre el equilibrio somatopsíquico, de la rápida mutación de los valores de nuestra sociedad: aho-rratividad, obediencia y modestia, promovidos antaño, *versus* oportunismo y consumismo, lealtad *versus*

cambios de identidad acordes a conveniencias; sobreexigencias por la competencia en un medio de alto desempleo, activación de una cada vez mayor escisión cuerpo-mente por la promoción de la operatividad por un lado y el culto del cuerpo estético por el otro, etc.

Estos cambios veloces derivan en la dominancia en la escena social de nuevas adaptaciones humanas con otros desarrollos, que llevan a formular en los márgenes de la psiquiatría dinámica y el psicoanálisis aquello que falta: el vacío, la desmentalización, el pensamiento operatorio, la alexitimia, la clínica de lo negativo, la depresión esencial, todas nociones últimamente vinculadas a la vulnerabilidad somática. El *cuerpo de la PNIE* es un cuerpo atravesado por las variables biopsicosociales(10).

### **Investigaciones sobre la correlación Psicósomática-PNIE**

Hay gran cantidad de trabajos que abundan en el tema. Realizados en prestigiosos centros y aunque dispares en su metodología y sus métodos de medición psicológica, siguen sin embargo una tendencia que tiende a mostrar correlaciones, sin prejuzgar sobre relaciones causa-efecto(6, 19). Estas correlaciones se piensan entre el comienzo y/o descompensación de las enfermedades clásicas (cáncer, infarto, autoinmunes), y

- las pérdidas recientes y/o depresiones,
- la incapacidad para elaborar duelos,
- las características de sobreadaptación o severas dependencias hacia el objeto perdido, sea persona, meta, lugar, etc.,
- la carencia de una trama de sostén.

Una parte de los trabajos pivotea sobre la intensidad del llamado *distrés*, entendiéndolo como causante externo y agudo de una desorganización PS, equivalente a trauma (14); otros no subrayan el suceso sino las características psíquicas del sujeto afectado, y su "minusvalía" para soportar pérdidas o crisis, que tal vez no sean tan intensas, pero a las que ese sujeto no bien equipado psíquicamente se muestra susceptible. También cuenta mucho en ese eje resistencia/susceptibilidad a la

enfermedad la trama de sostén familiar y social, la llamada *psicosomática*, en la que se encuentran la medicina y las disciplinas *psi* con la PNIE como articulador.

Veamos algunos trabajos de correlación: En 1926 la Dra. Elida Evans(7), discípula de Jung, escribió "*Un estudio psicoanalítico del cáncer*", basado en el análisis de 100 pacientes con cáncer y concluyó que lo que tenían en común era haber perdido una importante relación. Esas personas habían sostenido su identidad sobre una sola persona o rol, más que sobre el desarrollo de su personalidad.

Cuando ese objeto se pierde, el sujeto no lo resiste puesto que había antepuesto las necesidades del mismo a las propias. Vemos ya una clara alusión a la dependencia, indiscriminación, sobreadaptación y la vulnerabilidad en que ese tipo de vínculo deja a un sujeto frente a una pérdida; no puede hacer el duelo, entonces, enferma.

Entre las décadas del '50 y '70, Lawrence Le Shan(12), un psicólogo clínico y experimental, tras estudiar a 500 pacientes con cáncer comunica que:

1. son personas con dificultades en sus relaciones interpersonales que vivieron en el aislamiento y la desesperanza en su juventud,
2. hacen en su adultez un vínculo intenso con una persona que deviene el centro de sus vidas,
3. ese vínculo se pierde y aparece la desesperanza,
4. no la manifiestan, siguen viviendo, trabajando, pero sin sentido para ellos.

Entre 6 meses y 8 años después, en el 76% de pacientes con esta historia aparece un cáncer terminal, mientras que en el grupo testigo de no cancerosos, sólo el 10% tuvo una historia semejante.

Carl Simonton(16), un oncólogo estadounidense, sin dejar de advertir los múltiples factores que contribuyen a enfermar: agentes externos, genéticos, dieta, radiaciones, etc., también intenta esclarecer la condición psíquica de los sujetos en el momento de la vida en que se enferman. Advirtió que el estrés se vuelve dramático y patógeno cuando:

1. el sujeto tuvo situaciones traumáticas en su niñez: peleas con los padres, maltrato, etc.; esto le resta al individuo en la adultez posibilidades de manejar el estrés,

2. estrés intenso luego, por ejemplo: muerte de un cónyuge,

3. no saber manejarse con ese problema,

4. vivencias de desamparo, desesperanza, la muerte le es secretamente una solución. Esto no causa el cáncer, permite su desarrollo al incrementarse la inmunodeficiencia (disminución NK) que lo priva de luchar contra las células cancerosas.

Es sabido que en algún momento de la vida todos podemos producir células cancerosas, pero nuestro sistema inmunitario las destruye. Si éste está deficitario, cosa que está demostrado que ocurre en las depresiones, las células cancerosas pueden reproducirse sin control.

A fines de los '50 en Hungría y Rusia se hicieron investigaciones sobre la base del hallazgo del potencial inmunitario del hipotálamo. Al lesionarlo hubo cambios en las reacciones inmunitarias. En California, Solomon amplió esos trabajos y hoy se sabe que hay una conexión recíproca entre el cerebro, el timo, el bazo, los ganglios linfáticos y la médula ósea a través de inervaciones y de medios humorales.

En la mitad de la década del 60 luego de múltiples trabajos sobre estrés y distrés -conceptos homologables a la noción de trauma psíquico con sus correlatos corporales- Holmes y Rahe confeccionaron la Escala de Readaptación Social, después de investigar 5000 personas, cuyo punto más alto de ponderación de estrés fue la pérdida del cónyuge. Asignan un puntaje a cada situación de las 43 experiencias comunes que enumeran: una infracción menor a la ley lleva 11 puntos, el otro extremo, 100. Esta fue una de las primeras mediciones científicas para considerar cualquier cambio, como productor de estrés, y destacar que la adaptación a un acontecimiento puede producirlo. Aplicaron la escala a médicos, pacientes cardíacos, estudiantes y personal naval (Tabla I).

El 49% de las personas con más de 300 puntos enfermaba en un lapso de 12 meses, mientras que sólo el 9% de los que tenían menos de 200 puntos enfermaban.

Esta escala tiene sus limitaciones: la significación individual, la personalidad previa, la memoria, pero aún así es un indicador.

En 1977 R. W. Bathrop(2), de la Universidad de Wales, Australia, estudió 26 personas entre 25 y 65 años

**Tabla I**  
**Medición del estrés**  
**Escala de Readaptación Social de Holmes-Rahe**

Acontecimiento	Valor numérico
Muerte de un cónyuge	100
Divorcio	73
Separación	65
Prisión	63
Muerte de un pariente cercano	63
Lesión o enfermedad personal	53
Casamiento	50
Despido del trabajo	47
Reconciliación matrimonial	45
Jubilación	45
Cambio en la salud de un pariente	44
Embarazo	40
Dificultades sexuales	39
Apego a la familia	39
Readaptación del negocio	39
Cambio del estatus financiero	38
Muerte de una amigo íntimo	37
Cambio de trabajo (a uno diferente)	36
Cambio en el número de discusiones matrimoniales	35
Hipoteca o préstamo mayor de 10.000 dólares	31
Terminación de la hipoteca o préstamo	30
Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
Hijo o hija que se va del hogar	29
Problemas con parientes políticos	29
Logros personales sobresalientes	28
Cónyuge que empieza o deja el trabajo	29
Empezar o terminar la escuela	26
Cambio de las condiciones de vida	25
Revisión de los hábitos personales	24
Problemas con el jefe	23
Cambio de horario o condiciones de trabajo	20
Cambio del lugar de residencia	20
Cambio de escuela	20
Cambio de hábitos de recreación	19
Cambio de actividades religiosas	19
Cambio de actividades sociales	18
Hipoteca o préstamo menor de 10.000 dólares	17
Cambio de hábitos referentes al sueño	16
Cambio en el número de reuniones familiares	15
Cambio de hábitos alimentarios	15
Vacaciones	13
Época de Navidad	12
Infracción menor a la ley	11

que habían enviudado recientemente, y también un grupo testigo de 26 personas que no habían tenido esa pérdida en los últimos 2 años. El primer grupo, entre la segunda y sexta semana tras la pérdida, tuvo una significativa disminución de la función de los linfocitos.

También investigadores de la NASA demostraron la disminución de los linfocitos al regreso de los aeronavegantes, luego del estrés del viaje espacial.

En 1960 un grupo de investigadores de la *Tavistock Clinic* de Londres,

tras haber seguido el estado de salud de 4448 viudos de 55 años y más, durante 9 años de viudez, notaron que había una tasa más alta de muertes a los 6 meses de perder sus esposas, la mayoría de ellos por fallas cardíacas. Llamaron al estudio *broken heart*. El corolario es que altos grados de estrés emocional aumentan la susceptibilidad a enfermarse, sea por hiperactivación simpática, sea por agotamiento del sistema inmune, llevando a un desbalance hormonal que a su vez puede aumentar la producción de células anormales y dismi-



nir la capacidad de destruirlas (eje hipotálamo-hipófiso-adrenal).

Es significativo que la respuesta al estrés sea altamente individual; depende de con qué recursos el sujeto procesa psíquica y emocionalmente el hecho. Desde el psicoanálisis hay un grupo de trabajos que ponen el acento en la desesperanza, el darse por vencido, por ejemplo los de Schmale y Iker (en 1964) (15) que describen que el 73% de las mujeres con personalidad desespe-

psicoemocionales protege al soma. Desde este marco conceptual se realiza en 1990 un trabajo a doble ciego, sobre una población de mujeres que consultan por un "bulto" en la mama cuya benignidad o malignidad ignoran. Se les hace una entrevista psicológica antes de la anatomía patológica y de las 77 mujeres, 19 resultan tener nódulos malignos lo cual coincide en un 95% con la predicción de la entrevista psicológica, que resalta que el grupo de ma-

to se encuentra con algo no pensable que lo desorganiza y sigue otro camino: el accionar o el somatizar.

Vemos en este recorrido de pluralismo teórico que diferentes autores rondan los déficits de vitalidad, que bajo formas de depresión de tono menor, diferentes a las clásicas pero también articuladas con éstas, muestran a un sujeto empobrecido en su capacidad deseante y elaborativa. Todos confluyen en la afirmación de que así el sujeto se vuelve más vulnerable a la enfermedad corporal antes o durante esa pérdida de vitalidad que coincide con la pérdida de la esperanza de ser querido o reconocido, o de resolver un conflicto. Y tal vez con la pérdida de los eslabones mismos con que construir esa *esperanza*.



ranzada, predisuestas a tener cáncer de cuello de útero, lo contrajeron en el término de 6 meses. No veían solución al conflicto que padecían. Evidentemente la desesperanza forma parte de la depresión, y se corresponde con la representación que el sujeto hace de sí y de no poder valerse sin el objeto. Por otro lado está la postura de la Escuela Psicósomática de París(11) que hace hincapié en la patología del déficit: poca capacidad para fantasear y representarse los conflictos, expresar los afectos, mantener investimentos, ligar la angustia; la idea es que la integridad de los funcionamientos

mayor riesgo de malignidad tenía angustia difusa, sin ligar; duelos recientes sin resolver que pueden derivar en depresión; escasa mentalización y excesiva autoestima.

La evolución de los cánceres de mama está influida por factores hormonales, los cuales es sabido que se regulan por mecanismos psicológicos(17).

Todos estamos expuestos a traumas afectivos: cuando se elabora una pérdida, por ejemplo, es necesario calmar el dolor y el vacío mediante la elaboración mental y el sostén emocional. Al no contar con instrumentos procesadores, el suje-

#### **El eje esperanza/desesperanza, un indicador de vulnerabilidad somática**

Este es un indicador importante para los psicólogos y los médicos, y puebla cada vez más los trabajos de riesgo. Recientemente se ha publicado un trabajo(8) rigurosamente estructurado sobre 2428 casos de hombres de edad mediana seguidos durante seis años.

El trabajo se hizo en colaboración entre médicos del Departamento de Salud de California, Berkeley, EE.UU. y el Instituto de Salud Pública de Helsinki, Finlandia. El título es: "Desesperanza y riesgo de mortalidad, su incidencia en el infarto de miocardio y cáncer".

Describen que hombres desesperanzados en grados moderados e intensos presentaban un incrementado riesgo inespecífico de todo tipo. Además, los hombres altamente desesperanzados tenían tres veces mayor riesgo de morir por violencia o injuria que el grupo control. La mayor desesperanza predice infarto de miocardio, y la moderada está asociada a cáncer. Termina afirmando que la desesperanza (medida a escalas estandarizadas) es un fuerte predictor de desenlaces adversos, independientemente de la depresión y los tradicionales factores de riesgo.

El modelo opuesto lo da el placebo(18), elemento que transporta la esperanza de curación. Numerosos estudios a doble ciego determinan que entre el 35% y el 50% del valor

analgésico de los medicamentos son debidos al efecto placebo.

El placebo activa creencias y expectativas, que activan a su vez los mecanismos de autocuración del psique-soma. No se limita al dolor, abarca innumerables enfermedades somáticas que se alivian. También en psicoterapia la sugestión, que forma parte de la transferencia, al lado de la rememoración y la repetición, es un elemento en la cura.

En rigor, el efecto placebo es un elemento en toda situación clínica (los tricíclicos 59% de valor placebo en 93 estudios revisados por Beck en 1974; el litio 62%). El placebo supone una comunicación mente-cuerpo automática y parece ser que hay un 55% de respuesta placebo en todos los procedimientos de curación. Hasta la mayor parte de las notables técnicas de curación por visualización que se están desarrollando al margen de la medicina invitan al paciente a inventar su propio placebo(!).

La sustancia inerte del placebo transporta en un campo de significaciones contenidos preciosos del vínculo transferencial(9), y opera!

En toda relación terapéutica hay: 1. sugestión, 2. alivio de la ansiedad, 3. esperanza; estructurados por creencias culturales y médicas en el método terapéutico.

El placebo puede tener un valor negativo como se ve en las experiencias de vudú investigadas por el fisiólogo Cannon en 1957. Los prac-

ticantes del vudú fallecían por miedo al mandato del brujo, debido a una prolongada exposición a una situación de estrés (por estar bajo hechizo del brujo) que generaba una sobreactivación del sistema nervioso simpático. En nuestra sociedad, una investigación sobre muerte súbita (Evans, 1971) llegó a la conclusión de adscribir la muerte a un rápido cambio entre efectos simpáticos y parasimpáticos durante estrés psicológico, y Evans describió que ese patrón de emergencia biológica era fatal en personas que no podían sostenerse y habían perdido la esperanza de cambio o ayuda de alguna fuente. No es algo diferente a la desesperanza de Marta, mujer de 35 años, a la que cuando interna a su hijito de 6 años por cáncer de cerebro le aparece simultáneamente un prurito irrefrenable. A Marta se le diagnosticó una vasculitis autoinmune con urticaria, y ella decía que sentía desapego frente a todas sus cosas desde que murió su hijito. Desde la fecha en que lo perdió su motivación se apagó. Vivía, trabajaba, pero sin deseos ni proyectos. ¿Enterró su vitalidad con su hijito? ¿La convirtió en una disregulación inmunitaria? ¿El dolor psíquico sufrió una transducción vía eje hipotálamo-hipófiso-adrenal? Quién sabe cómo, lo cierto es que su desesperanza desactivó todos los medicamentos y no evolucionó bien. Un mes más tarde falleció sobre la tumba del hijo, súbitamente.

Lo opuesto le pasó a Mariel, una paciente con artritis reumatoidea incipiente a sus 18 años que cuando, terapia mediante, pudo salir de su parentalidad invertida (cumplía el rol de progenitora de sus hermanos menores) y su sobreadaptación, recuperó la esperanza de una adolescencia más despreocupada y sus dolores articulares se disiparon sin recidivas ya desde hace tres años.

De ahí que los indicadores de vulnerabilidad psíquica que las disciplinas "psi" pueden describir y que afectan la evolución clínica de las enfermedades, podrían ser aprovechados como predictores por la medicina, por su carácter preventivo. Tal vez Hipócrates sonreiría complacido si por ejemplo en un paciente con artritis reumatoidea al lado de los criterios diagnósticos ARA (Asociación Americana de Reumatología) —la inflamación, la eritrosedimentación elevada, el test de Rose Ragan+, etc.— también se describiera si padece de depresión, si tiene angustia difusa, si tiene pobreza de expresión de sus pensamientos y afectos, si tiene o carece de trama de sostén y si tiene esperanzas y proyectos, y más sonreiría aún si esos síntomas también tuvieran prescripto ser aliviados invariablemente ■

Nota: La conocida frase  
"Cuando hay vida hay esperanza",  
es posible de ser revertida:  
"Cuando hay esperanza hay vida".

#### Bibliografía

1. Ader, R., Felten, D. L., Cohen, "Psychoneuroimmunology", N. Y., Academic Press, 1991.
2. Bahrtrop, R. W., Luckhurst, E., Lazarus, L. et al., "Depressed lymphocyte function after bereavement" *The Lancet*, 1977, 1:834-836.
3. Besedovsky, H. O., Sorkin, E., Félix D. et al., "Hypothalamic changes during the immune response" *Eur. J. Immunol.* 1977, 7:323-325.
4. Bonet J. L., Luchina C., "Estrés y función inmunitaria" *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat.*, Vol VI:199-207.
5. Bonet, J. L., Luchina C., "Depresión y Sistema Inmunoendócrino". *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat.*, Vol VI:208-216.
6. Calabrese, J. R., Kling, M. A., Gold, P. W., "Alterations in immunocompetence during stress, bereavement, and depression: fucos of neuroendocrine regulation". *The American J. of Psych.*, 1987, 144:9, 1123-1134.
7. Evans, "A psychological study of cancer". N. Y., Dodd-mead Company, 1926.
8. Everson, S. A., Goldberg, D., Kaplan, G. A., et al., "Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer". *Psychosom. Med.*, March-april 1996, Vol. 58 N° 2, 113-121.
9. Ferrali, J. C., "Tratamiento de las crisis en trastornos de la personalidad, integración psicoterapia/farmacoterapia". *Acta del 1er Encuentro Nacional de Clínica y Terapéutica Psiquiátrica*, 1995, 22-24.
10. Forsen, A., "Psychosocial stress as a risk for breast cancer". *Psychoter. Psychosom.* 1991, 55:176-185.
11. Jasmin, J., Le, M. G., Marty, P., Herzberg and the Psychooncologic group, "Evidencia para una conexión entre ciertos factores psicológicos y el riesgo de cáncer de pecho en un estudio con casos de control". *Annals of oncology I*, 1990:22-29. Printed un Netherlands.
12. Le Shan, L., "Psychological stews as factors in the development of malignant disease: a critical review". *Usa J. of the nat. Cancer Institute* 22, (1959):1-18.
13. Levin, D. M., Solomon, G. F., "The discursive formation of the body in the history of Medicine". *J. Med. Philos.* (Netherlands), oct. 1990, 15(5):515-537.
14. Melamedoff, S. G., Kozker, N., Morales, M. C., "Stress, una mirada desde el psicoanálisis". *Sinopsis*, N° 29:47-53, 1995.
15. Schmale, A. H., Iker, H., "Hopelessness as a predictor of cervical cancer". *Soc. Sci. and Med.*, 1971, 5:95-100.
16. Simonton, C., "Getting well again". Bantam Books, N. Y., 1978.
17. Wirshing, M., Stierlin, H., Hoffman, F. et al., "Psychological identification of breast cancer patients debore biopsy". *J. of Psychosom. Res.* Vol. 26 N° 1:1-10, 1992, Great Britain.
18. Withe, L., Tursky, B., Schwartz, G., "Placebo, theory, research and mechanisms". N. Y., Guilford Press, 1985.
19. Wolfberg E., Yufera P., Remondino G., Allievi A., "Conceptualización psicosomática de un grupo de trabajo con pacientes autoinmunes. Premio Bleger. *Claves en Psicoan. y Med.*, 1993, N° 5:88-103.

# Desempleo y enfermedad

Julio C. Villena Aragón

Psiquiatra, Psicoanalista. Jefe del Serv. de Salud Mental del Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari y Prof. Adjunto del Depto. de Salud mental, Fac. de Medicina, UBA. Prof. Titular de Clínica de Adultos, Univ. de Belgrano. Director del Instituto de Psicoanálisis Contemporáneo de Bs. As. Arenales 3854, P.B., "B". 1425, Buenos Aires. Tel/fax: 831-4924

## Desempleo y enfermedad

Considerando la importancia del tema de desempleo, su actualidad y su enorme impac-

to en la salud de la población, comunicamos los hallazgos preliminares de una investigación que estamos realizando en el servicio de Salud Mental del Instituto de Investigaciones Médicas Dr. A. Lanari

(IDIM), perteneciente a la Facultad de Medicina de la U.B.A.

Es incuestionable que el estrés psicosocial afecta la salud en todos sus órdenes y que una de las mayores angustias que afronta nuestra población en estos tiempos, es la del desempleo.

En nuestro Servicio de Salud Mental hemos estado observando en los últimos años un creciente número de pacientes cuyos cuadros psicopatológicos, eran precipitados y/o exacerbados por el desempleo propio o de sus cónyuges.

Sabemos que el trabajo es un elemento configurante de la adultez en formas que van variando a través de su desarrollo. En tanto Freud definió a la adultez como poseyendo la capacidad de amar y trabajar, contemporáneamente vamos viendo el papel formativo y de sostén que tienen el amor y el trabajo con respecto a la adultez humana. Por cuanto, idealmente, el amor y el trabajo van contribuyendo al desarrollo, sosteniendo la existencia y renovando las potencialidades de intimidad y autorrealización en el ser humano adulto, su degradación (del amor y del trabajo) o su ausencia, naturalmente conspirarán contra las más profundas capacidades del ser en relación a los otros y a sí mismo. Aún cuando este artículo trata del desempleo, en esta caracterización de la naturaleza del amor y del trabajo en la adultez, los estamos tomando en los términos y formas más amplios, siendo la condición primordial para que puedan cumplir su función, la auténtica participación del *self*. Sabemos que es en esta participación que el amor y el trabajo cobrarán sentido, en tanto la no participación hará a la alienación. Así, tanto la conspiración contra las más profundas capacidades del *self* como su alienación resultarán en alteraciones de la salud mental del individuo, que tal como decíamos lo hemos estado observando en forma masiva en los últimos años.

### Resumen

En este breve artículo comunicamos los resultados preliminares de una investigación acerca de la relación entre desempleo y enfermedad. Cuando el índice de desempleo en la población general era de 21%, entre los pacientes ambulatorios de clínica médica, en dos muestras independientes de 130 pacientes c/u alcanzó a un 40% en cada una de las muestras. En un 67.5% la enfermedad antecedía al desempleo y en un 20% la pérdida del empleo fue anterior a la aparición de enfermedad. En el 14.3% restante, la enfermedad y el desempleo se dieron en forma simultánea. El 72% de los pacientes desempleados perdieron el trabajo en el período crítico de desempleo, entre 1993 y 1995, aún cuando muchos de ellos habían sufrido la enfermedad por años. Concluimos que hay varios procesos por los cuales se da esta asociación, siendo los principales la vulnerabilidad de los enfermos ante las crisis psicosociales y los trastornos biopsicosociales que desencadenan el estrés del desempleo. Discutimos los mecanismos de la asociación.

**Palabras Clave:** Desempleo y enfermedad - Desempleo y estrés - Vulnerabilidad y crisis psicosocial.

### MEDICAL ILLNESS AND UNEMPLOYMENT

#### Summary

In this brief communication we report preliminary results of a research on the association between medical illness and unemployment. At the moment when the national unemployment rate for Argentina was 21% and for Buenos Aires city slightly lower, two samples taken at different city hospitals, of 130 non psychiatric out-patients each, showed an unemployment rate of 40% in each of the samples. Of the unemployed patients, 67.5% developed their illnesses prior to losing their jobs and 20% developed their illnesses shortly after. In the remaining 14.3%, illness and unemployment were contemporary events. On the other hand, of the jobless patients, 72% lost their jobs in the critical unemployment period for the country (1993-1995), while many of them suffered from their illness for several years. We conclude that there are several processes that intervene in this association being the main ones, the vulnerability of ill persons to psychosocial crisis, and the biopsychosocial disorders precipitated by the stress of unemployment. We discuss the mechanisms of this association.

**Key Words:** Unemployment and medical illness - Unemployment and stress - Vulnerability and psychosocial crisis.

### CHOMAGE ET MALADIE

#### Résumé

Dans ce bref article nous présentons les résultats provisoires d'une recherche sur le rapport entre le chômage et la maladie. Quand le taux de chômage dans la population générale était de 21%, parmi les patients ambulatoires de la clinique médicale et dans deux échantillons indépendants de 130 patients chacun, ce taux a atteint 40% pour chaque échantillon. Pour 67,5% des patients, la maladie était apparue avant le chômage, ce qui était le cas contraire pour 20% des patients. Quant au 14,3% qui reste, la maladie et le chômage sont apparus en même temps. 72% des patients chômeurs ont perdu leur travail pendant la période critique de 1993-1995, bien qu'ils aient subi la maladie pendant des années. Notre conclusion est qu'il y a plusieurs processus favorisant cette association, dont les principaux seraient: la vulnérabilité des malades face aux crises psychosociales et face aux troubles biopsychosociales qui déclenchent le stress du chômage. On a discuté des mécanismes de cette association.

**Mots Clé:** Chômage et maladie - Chômage et stress - Vulnérabilité et crises psychosociales.

Estas consecuencias ya clásicamente consideradas en la clínica psiquiátrica y psicológica, no han recibido la misma atención en el área de la clínica médica no psiquiátrica, no habiendo por lo tanto estudios sistemáticos acerca de la relación entre desempleo y enfermedad no psiquiátrica. Sin embargo los equipos de Salud Mental que realizan interconsultas en clínicas y salas de internación de medicina y cirugía, encuentra una y otra vez las consecuencias del desempleo. En nuestro Instituto (IDIM), hemos observado frecuentemente que en las historias vitales de los pacientes de clínica médica y quirúrgica se encontraban situaciones personales y familiares de reciente desempleo, que les habían provocado angustia.

En una pequeña investigación acerca de las características demográficas de los pacientes de un hospital general(6), se encontró en una muestra de 130 pacientes de consultorio externo, que el 40% estaban desempleados. Estos resultados parecían coincidir con lo observado en nuestro hospital; decidimos entonces, realizar una encuesta focalizada en el desempleo y la enfermedad, que se aplicó a pacientes en la sala de espera de los consultorios de clínica médica y especialidades no psiquiátricas, en un período de 6 semanas. La encuesta fue anónima y voluntaria, y fue realizada por un equipo de precursores del servicio de Salud Mental.

De los 130 pacientes encuestados, 28 estaban jubilados por edad o por incapacidad, quedando 102 pacientes en condiciones de trabajar; el 40% de éstos estaban desempleados. Esta cifra, obviamente, es significativamente similar a la encontrada en la investigación antes mencionada. Si tomamos en cuenta que el porcentaje oficial de desempleo, en el momento de la encuesta (sept-oct 95) era del 18% y el extraoficial del 21%, encontramos el doble de desempleo entre la población hospitalaria. Esta alta concentración del desempleo entre los consultantes de los hospitales generales es preocupante, en cuanto parece estar sugiriendo un deterioro de la salud en la población desocupada o una mayor vulnerabilidad de las personas enfermas a perder el trabajo.

La relación temporal entre enfermedad y desempleo encontrada en nuestro estudio, sugiere que la po-

blación que padece enfermedad es más vulnerable que la población general a perder el trabajo en épocas de crisis laboral como la que se atraviesa en este momento. Es así como el 65% de los pacientes desempleados padecían la enfermedad por la que consultaban, con anterioridad a la pérdida del trabajo; pero el 72% de los desempleados perdieron su trabajo en la época crítica a nivel nacional, entre 1993 y 1995, lo que significa que pudieron mantenerlo con anterioridad al período de crisis laboral, a pesar de la enfermedad preexistente y en algunos casos, por varios años.

Es conocido que en épocas de reducción de personal, las empresas empiezan por dejar afuera a aquellos que no pueden ajustarse a nuevos regímenes de trabajo, como son mayores demandas horarias y de productividad. También tienden a restringir el uso de carpeta médica de manera tal que los trabajadores que padecen enfermedades crónicas tienen más dificultad para seguir sus tratamientos y controles médicos. Es posible también que en el momento de decidir por la permanencia en la empresa, se decidan por aquellos que puedan dedicarse sin restricciones a su trabajo. Finalmente, los pequeños comerciantes con problemas de salud, frecuentemente tienen dificultad para sostener las presiones propias de las épocas de recesión económica, como así también los trabajadores en situación de dependencia.

Por otra parte, el 20% de los desempleados perdieron el trabajo con anterioridad a la aparición de la enfermedad y el 14,3% sufrieron la enfermedad y la pérdida del trabajo en forma simultánea. Estas últimas cifras parecen sugerir que en un 20% de los casos, y posiblemente también en un 14,3%, la pérdida del empleo puede haber sido un factor en la etiología de la enfermedad. Efectivamente, entrevistas con pacientes internados, revelaron que la pérdida del empleo les causó un importante estrés emocional que asociaron al agravamiento de enfermedades preexistentes o a la aparición de nuevas enfermedades. En varios casos observamos que además de esta vivencia del paciente, la cronología de la expresión sintomática y su exacerbación, estaba relacionada con el desempleo propio o de un familiar. En otros casos, por imposibilidad

económica o por desorganización de vida en función de las condiciones estresantes. También estaban los pacientes que por temor a perder su empleo dejaron su seguimiento médico.

Es evidente, que para el mantenimiento de la salud, un factor importante para el adulto está en la posibilidad de producir lo necesario para la satisfacción de las necesidades básicas para sí mismo y para su familia, lo que resulta en un indispensable sentimiento de seguridad. En nuestra sociedad esa responsabilidad recae mayormente sobre el varón. En tal sentido, observamos que los pacientes varones presentaban un 43% de desempleados contra un 38% de población femenina, siendo posible que el desempleo haya afectado más a la salud en los varones que en las mujeres. Las pacientes mujeres tendían a estar más preocupadas por la situación laboral de los esposos o de los hijos, por cuanto ésta afectaba básicamente la seguridad de la familia. Este último dato nos demuestra, una vez más, que la familia sufre como unidad las consecuencias de las condiciones adversas, en este caso el desempleo.

De allí, la necesidad de incluir a la familia en la evaluación de las causas y consecuencias de la enfermedad y en la elaboración y aplicación de planes terapéuticos(1).

Además de la pérdida de la seguridad económica, el desempleo produce en quien lo padece una pérdida del rol social. En nuestra cultura, para el varón el rol social basado en el trabajo está fuertemente asociado a la autoestima y a la identidad. Siendo así, se puede esperar que con una autoestima disminuida por un sentimiento de fracaso en relación al rol sentido como primordial, el varón sienta más fuertemente el impacto del desempleo. A las carencias e inseguridades tienden a agregarse la disminución de la autoestima, los sentimientos de fracaso y de culpa y una rabia impotente. En la medida que en nuestra sociedad en transición, la mujer va adquiriendo un creciente protagonismo en el sostenimiento económico del hogar, observamos en ella una progresiva internalización de los mismos sentimientos de responsabilidad por lo económico, unidos a la autoestima y una mayor vulnerabilidad de esta última ante las dificultades laborales.

Estos sentimientos tanto en el

hombre como en la mujer, están particularmente reconocidos como patogénicos en una amplia gama de enfermedades. Esto va configurando, si se cronifica la situación, cuadros depresivos que en sí son una alteración del organismo en su totalidad y un importante factor en el acrecentamiento de la vulnerabilidad ante todo tipo de enfermedad. Los estudios realizados particularmente en las últimas dos décadas han substanciado la naturaleza de la relación entre estrés, depresión y vulnerabilidad a distintos tipos de enfermedad.

Repetidamente se ha encontrado que en la depresión y en la condición de estrés se produce una inmunodepresión que naturalmente deja al organismo en una mayor vulnerabilidad ante agentes infecciosos, desarrollos tumorales(3) y posiblemente también ante la proliferación y acción de plaquetas amiloides y otros procesos invasivos. La inmunodepresión se comprobó mediante el uso de agentes estimulantes de proliferación linfocitaria (ej.: concavalina), encontrándose en todos los casos una reacción disminuida(4). Considerando que los linfocitos T y B presentan receptores de superficie noradrenérgicos y serotoninérgicos, se piensa que los cambios en las funciones de los neurotransmisores propios de la depresión y el estrés, afectarían la reactividad de los linfocitos. Las distintas formas y cronicidad de la depresión posiblemente tengan un papel diferencial en su contribución a la etiología de las diferentes enfermedades.

En otro orden de cosas, la inactividad crónica de un adulto —y particularmente la pérdida del rol social— tiende a promover la búsqueda de nuevos roles y frecuentemente lo lleva a adoptar el rol de enfermo, lo que se agrega al estrés del desempleo en la etiología de la enfermedad.

En un estudio previo(2) encontramos que los ancianos que carecían de actividad social o de una red familiar y/o social significativa

tenían un mayor índice de visitas médicas y consumían más psicofármacos, particularmente hipnóticos y ansiolíticos, que aquellos que mantenían actividad laboral y/o una red social y familiar activa.

Pareciera que aquellos ancianos que carecen de rol social significativo, adoptan el rol social de enfermos y satisfacen su necesidad de compañía en los consultorios médicos. Cuando a esos ancianos se les provee de actividad en la que resuelven sus ansiedades y satisfacen sus necesidades emocionales y psicosociales, disminuyen rápidamente sus visitas al consultorio médico y su dependencia de ansiolíticos e hipnóticos. Nuestra experiencia con grupos de psicoterapia y de actividad para personas mayores, ha confirmado plenamente la significativa disminución de la consulta médica y del uso de ansiolíticos y de hipnóticos en los participantes de dichos grupos.

La observación de algunos adultos con desempleo crónico y de los efectos terapéuticos de volver a encontrar empleo, nos hace pensar que lo encontrado en los ancianos se puede aplicar también a la población en edad de productividad laboral. En personas cuyas enfermedades han generado un alto grado de ansiedad, también encontramos que el poder compartir sus ansiedades en una situación grupal disminuyó la consulta al médico y la frecuencia de los síntomas que les generaban ansiedad. Estas personas son pacientes que sufrieron infartos de miocardio, habiendo quedado con marcada ansiedad que los llevaba a la consulta frecuente. Luego de la experiencia grupal las consultas médicas se redujeron en la mayoría de los casos a visitas cardiológicas de control programadas.

Es evidente que la enfermedad, en tanto experiencia humana, es un fenómeno biopsicosocial en su etiología, en su proceso y en sus consecuencias. Entendemos que

factores psicológicos, biológicos y sociales contribuyen al fenómeno en cada una de las instancias mencionadas, de tal manera que factores de un solo orden no son suficientes para explicar la enfermedad. Esto es así en el caso de toda enfermedad, por lo cual nos apartamos del concepto de enfermedad psicósomática, ya que tal clasificación implicaría que hay enfermedades que no son "psicosomáticas"(5). En algunas entidades las relaciones eran más aparentes y los mecanismos de la asociación más comprensibles, lo que llevó a clasificarlas como psicósomáticas. En realidad, debemos considerar tal división de las entidades como un producto del estado del conocimiento y no de su naturaleza. Por cierto, la lista de las "enfermedades psicósomáticas" ha estado creciendo conforme avanza el conocimiento, al mismo tiempo que las explicaciones acerca de la etiopatogenia y de la relación entre las dimensiones biológicas y psicosociales pasa de un modelo de relación causal unidimensional y unidireccional al de un complejo de relaciones de multicausalidad y retroalimentación.

La alta concentración de desempleo en la población hospitalaria y las asociaciones mencionadas, nos hablan claramente del sufrimiento humano asociado a este flagelo y de los costos sociales de dicha condición. Finalmente, esta situación aumenta la carga del hospital público que recibe a pacientes que en función del desempleo carecen de obra social y de medios para pagar la consulta y los insumos necesarios para su atención ■

*Agradecemos al Dr. Pizoni sus valiosas sugerencias. La encuesta realizada a los pacientes que forman la muestra clínica de este trabajo fue realizada por profesionales pre concurrentes de nuestro servicio: Claudia Aranda Gómez, Jimena Doporto, Liliana Feldberg, Mariela Galant y Felipe Muller.*

#### Referencias bibliográficas

1. Bleger, J., *Psicología de la Conducta*. Paidós, 1981.
2. Cátedra de Ps. Social UNLP. Prof. Titular Dr. Julio Villena Aragón: Monografía "Investigación acerca de la Inactividad y Salud". Ficha interna. 1991.
3. Linn, M., Hunter K., Harris R., Symptoms of depression and recent life events in the community elderly. *J. Clin. Psychol.* 36, 1980.
4. López, M. J., Relationship Between Conjugal Bereavement and the Immune System: A review. WHO, Internal Document, 1988.
5. Villena Aragón, J., *Psiquiatría y Medicina*, Vertex, *Revista Argentina de Psiquiatría*, N° 19, marzo 1995.
6. Villena, R., Monografía: *Características demográficas de los pacientes de un Hospital Público*. Cátedra de Módulo de Atención Primaria. Dr. Gagnopol. Fac. Med. U.B.A. 1995.

# Psicofármacos y embarazo

Marcelo Beraza†

Médico especialista en Psiquiatría. Ex Residente del Hosp. Municip. "P. Piñero".

Desde siempre el buen criterio médico ha contraindicado cualquier tipo de medicación durante el embarazo. Sin embargo la práctica clínica nos enfrenta frecuentemente con situaciones donde es necesario tomar decisiones en esta materia. Es el caso de las pacientes en tratamiento psicofarmacológico que desean quedar embarazadas, o se embarazan accidentalmente, o aquellas que sufren su primer episodio de psicosis o depresión durante la gestación o el puerperio; en estos casos el psiquiatra deberá decidir la conducta terapéutica que resulte más segura tanto para la madre como para su hijo. Si bien no hay dudas acerca de los riesgos de cualquier droga durante la gestación, los mismos deben ser balanceados con el peligro que significa una

madre psicótica descompensada, o severamente deprimida y/o con ideación suicida.

Tanto el embarazo como el puerperio son situaciones que presentan características especiales respecto de la incidencia de las enfermedades psiquiátricas. El 10% de la población general desarrolla una depresión puerperal significativa, mientras que signos más leves de depresión pueden verificarse en cerca del 50% de las mujeres en ese período(20, 18). En las pacientes bipolares la probabilidad de recaída luego del parto es 3.5 veces mayor que en cualquier otro momento(35).

Al mismo tiempo hay evidencias de que el embarazo podría ejercer cierta protección contra algunas enfermedades mentales(31). Esto podría estar vinculado, desde

el punto de vista biológico, con la demostrada acción antidopaminérgica de los estrógenos(13). Es así que, en algunas mujeres, los síntomas psiquiátricos aparecen en el período premenstrual o en el post parto, cuando caen los niveles estrogénicos(31).

Respecto al riesgo de teratogenicidad que presentan los psicofármacos, la cuestión no está resuelta (7). La *Food and Drug Administration* de los EE.UU. no reconoce a ningún psicofármaco como seguro durante la gestación. La literatura psiquiátrica internacional abunda en reportes de casos y estudios de embarazadas que recibieron psicotrópicos; sin embargo hay que considerar las limitaciones de esta información ya que no se pueden extraer conclusiones de validez universal a partir de reportes de casos individuales(8). Por otra parte son obvias las limitaciones de orden ético que plantean los estudios a doble ciego en esta materia. Se agrega a todo esto la dificultad de eliminar, en esta evaluación de los efectos de los psicofármacos, variables que pueden viciar la observación tales como edad materna, complicaciones en embarazos previos, enfermedades somáticas, estado nutricional, grupo socioeconómico de pertenencia, antecedentes familiares y uso de drogas no prescritas como cafeína, nicotina, drogas ilícitas, alcohol (es conocido el síndrome fetal alcohólico en hijos de madres bebedoras)(8), antigripales, anti-tusivos, etc.

Debe decirse que todos los psicofármacos, debido a su alta liposolubilidad pasan a través de la placenta y a la leche materna en distintas concentraciones.

El momento de mayor riesgo de disgenesia ligada a los psicofarma-

## Resumen

Luego de señalar la habitual contraindicación o reticencia de los clínicos para administrar psicofármacos durante el embarazo se consideran las situaciones en las que estos medicamentos resultan indispensables (riesgo de suicidio, descompensación psicótica, etc.) En una segunda parte se hace una revisión del potencial teratogénico de los psicofármacos más frecuentemente utilizados

**Palabras Clave:** Psicofármacos y embarazo - Teratogénesis y psicofármacos - Toxicidad y psicofármacos.

## PSYCHOPHARMACOTHERAPY AND PREGNANCY

### Summary

After sketching the frequent contraindications or reticence of clinicals to indicate psychopharmacotherapy during pregnancy, the situations where it should be used are considered (suicide risk, psychotic disorder, etc.). In a second part, it is presented a revision of the teratogenic potentiality of the medications most frequently used in the psychiatric practice.

**Key Words:** Psychiatric medications and pregnancy - Teratogenesis - Toxicity

## DROGUES PSYCHOPHARMACOLOGIQUES ET GROSSESSE

### Résumé

Après avoir signalé la contre-indication habituelle et la réticence des cliniciens à administrer des drogues psychopharmacologiques pendant la grossesse, l'auteur de cet article aborde les situations où ces médicaments deviennent indispensables (risque de suicide, décompensation psychotique, etc.). Plus tard, il procède à une révision du potentiel tératogène des drogues psychopharmacologiques les plus employées.

**Mots Clé:** Drogues psychopharmacologiques et grossesse - Tératogénese et drogues psychopharmacologiques - Toxicité et drogues psychopharmacologiques.

cos ocurre en los dos primeros meses de gestación. El SNC es más precisamente afectado entre los días 10° y 15°, el corazón del día 20° al 40°, y la formación de los miembros entre los días 24° y 26°(28). Todos estos efectos están incrementados por la inmadurez de los sistemas enzimáticos fetales que dificultan la metabolización y excreción de las drogas.

El presente trabajo hace una revisión del potencial teratogénico de los psicofármacos más frecuentemente utilizados.

### Antidepresivos

La asociación de los antidepresivos tricíclicos con un riesgo aumentado de teratogenicidad es motivo de discusión. Estudios realizados en grandes poblaciones no la han demostrado concluyentemente. En un estudio finlandés realizado por Indapaan-Heikkila y Saxen se revisaron 2784 casos de malformaciones congénitas no encontrando relación entre las alteraciones observadas y la administración de imipramina durante

el embarazo(16). Otros dos estudios, uno inglés y otro realizado en Escocia, evaluaron respectivamente 10.000 y 15.000 embarazos sin encontrar vinculación entre la toma de antidepresivos tricíclicos y la aparición de malformaciones (35,30). Si bien hay autores que hablan del riesgo de los tricíclicos en el embarazo, carecemos de pruebas concluyentes respecto a su papel etiológico en estos trastornos(37).

Dado que la seguridad de estas drogas durante el embarazo no ha sido claramente establecida, no deberían ser administradas durante el primer trimestre de la gestación, y solamente si no hubiese mejor opción durante el resto del embarazo. En este caso la elección debería recaer sobre las drogas más estudiadas: imipramina, desipramina o amitriptilina.

Respecto de los efectos sobre el recién nacido, se observó que los niños cuyas madres recibieron antidepresivos tricíclicos hasta el momento del parto, mostraron taquicardia, signos de falla de bomba, mioclonías, distress respiratorio y retención urinaria(5, 12, 26, 14).

También se han reportado síndromes de abstinencia en estos bebés(5, 12).


Los tricíclicos se excretan en la leche materna, sin embargo las concentraciones plasmáticas en el recién nacido son variables y no siempre podrían ser causa de toxicidad(34). No obstante, al no conocerse en forma precisa el efecto de los antidepresivos sobre los sistemas de neurotransmisión en desarrollo, los beneficios de la lactancia materna deberían balancearse con los riesgos de la exposición a las drogas(24). Sabiendo que las pacientes con antecedentes depresivos presentan un riesgo incrementado en el puerperio, sería racional privilegiar el mantenimiento de la medicación sobre la lactancia(34). Una madre deprimida puede significar un serio riesgo para el cuidado del recién nacido.

En cuanto a los antidepresivos IMAO, su uso está contraindicado durante el embarazo dado el riesgo potencial de desencadenar episodios de hipertensión arterial, con consecuencia desfavorable tanto para la madre como para el feto(5).

### Antipsicóticos

Las fenotiazinas y otros neurolepticos han sido utilizados como antieméticos y antipsicóticos en embarazadas durante mucho tiempo. El potencial teratogénico de estas drogas no está claramente establecido, y existe información contradictoria al respecto(17, 26, 2). Varios estudios confirman este riesgo(14), mientras que otros lo minimizan(26). El *California Child Health and Development Project*, fue un amplio trabajo de investigación realizado entre los años 1959 y 1966, que revisó 19.000 nacimientos sin hallar incremento de anomalías congénitas asociado al uso de fenotiazinas durante la gestación(24). Sin embargo el reanálisis de esos datos reveló una mayor incidencia (5,4%) de teratogénesis en las madres expuestas a los fármacos respecto del grupo control (3,2%)(10).

Un estudio multicéntrico de 5282 embarazos, no halló correlación entre estas dos variables en 1309 niños cuyas madres habían recibido fenotiazinas(32). El mismo resultado negativo arrojaron



**INSTITUTO  
ERNA**

**ATENCION INTEGRAL  
DE CUADROS DE  
PSICOSIS  
INFANTO-JUVENIL**

**NIÑOS - ADOLESCENTES - RESIDENCIA**  
*Atención Obras Sociales*

*DIRECTOR GENERAL: LIC. F. ADRIANO RUFFO*

INFORMES: THAMES 1678/80 Cap. Fed. (1414)  
Telef.: 832-5774 de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs.

distintos estudios en pacientes tratadas con tioridazina, perfenacina, trifluoperazina, flufenacina y haloperidol(7, 28, 3).

Aunque inicialmente se consideró al haloperidol como seguro(36), informes posteriores reportaron casos de reducción de miembros en los fetos expuestos a la droga(17). En 1977 causó alarma un trabajo llevado adelante por C. Rumeau-Rouquette J. Goujard y C. Huel, en Francia. Estos autores realizaron un estudio retrospectivo de 12.764 nacimientos donde hallaron una incidencia de malformaciones congénitas no relacionadas con anomalías cromosómicas de 1.6%, en los sujetos del grupo control. Mientras que el grupo de 315 mujeres que tomaron fenotiazinas en el primer trimestre de su embarazo, dieron a luz un 3.5% de niños malformados. Se observó alta incidencia de microcefalia, defecto septal ventricular, labio leporino, hipospadias, poliactilia y sindactilia. Estos resultados sugieren un mayor riesgo asociado principalmente a fenotiazinas de cadena alifática como la clorpromacina(30).

En esta evaluación habría que considerar variables (que hacen a la especificidad de los grupos de pacientes relevados), ya que hay evidencias que sugieren un mayor riesgo de malformaciones en hijos de madres psicóticas, independientemente de la exposición a los psicofármacos(33). Un estudio realizado demostró un aumento en las muertes fetales y neonatales de madres esquizofrénicas respecto de controles normales. También hallaron una más fuerte correlación entre severidad de la esquizofrenia materna y mortalidad neonatal, que entre exposición a psicofármacos y muerte de los recién nacidos. Por todo lo anterior se podría especular que las madres psicóticas posiblemente constituyan un grupo especial; y por lo tanto los hallazgos realizados no puedan ser extrapolados directamente a mujeres no psicóticas(27).

En cuanto a los efectos sobre el recién nacido, los antipsicóticos pueden provocar una serie de trastornos en caso de no ser suspendida su administración antes de la fecha de parto. Si bien no hay estudios controlados, hay reportes de ictericia, sedación seguida de exci-



tación psicomotriz y depresión en los neonatos(5, 26). Antipsicóticos tomados una o dos semanas previas al parto han provocado síndromes extrapiramidales con temblor, hipertonia, debilidad muscular, succión débil, y reflejos primitivos perezosos. Los síntomas pueden durar varias semanas. Este síndrome está relacionado con la dosis recibida, y podría reflejar cierta predisposición familiar(5, 26, 28, 26).

Se han observado serios episodios de hipotensión en las pacientes embarazadas que recibieron dosis altas de antipsicóticos de baja potencia, con el consiguiente riesgo de insuficiencia útero-placentaria(5).

Si luego del parto las pacientes necesitaran medicación de mantenimiento, sería racional desalentar la lactancia natural. Todos los antipsicóticos se excretan en la leche, y pueden por lo tanto ser causa de toxicidad en los lactantes. Esta toxicidad se manifiesta como extrapiramidalismo con rigidez, temblor e inquietud. La acción an-

ticolinérgica de algunas drogas puede ocasionar constipación y dificultad en la evacuación vesical de los niños. Las acciones centrales pueden provocar sedación excesiva y letargo. También se puede observar inestabilidad vasomotora debido al bloqueo adrenérgico, y trastornos en la regulación térmica por la acción sobre el hipotálamo(26).

En cuanto a la conducta terapéutica vuelve a plantearse aquí la ecuación costo/beneficio. Una paciente embarazada con un cuadro psicótico en actividad es una paciente de riesgo. Y en este caso en particular el beneficio de la medicación, en términos de seguridad y bienestar de la paciente, podría superar el riesgo eventual de teratogénesis. De todas formas ésta será una evaluación a realizar caso por caso.

Finalmente, si se decide usar antipsicóticos en una embarazada, debería recurrirse a agentes de alta potencia y a la menor dosis efectiva. No son una buena elección los





neurolépticos sedativos y con alto potencial anticolinérgico.

### Ansiolíticos

Todos los reportes de casos de exposición de embarazadas a las benzodiazepinas enfatizan el riesgo potencial, aunque incierto, de teratogénesis. Se ha descrito una incidencia de labio leporino y paladar hendido de cuatro a seis veces mayor en hijos de madres expuestas a diazepam o clordiazepóxido en el primer trimestre de embarazo(11, 5, 2).

Este efecto teratogénico, sin embargo, no fue comprobado en otros estudios(29).

Las benzodiazepinas administradas cerca de la fecha de parto pueden deprimir el sensorio y la respiración del recién nacido en una relación dosis dependiente. Las dosis de benzodiazepinas mayores a 30 mg durante el parto han sido causa de hipotonía, hipotensión, bajo Apgar, y succión débil(28). El riesgo del diazepam se extiende a otras benzodiazepinas como clordiazepóxido, clorazepato, prazepam y halazepam; todas las cuales se metabolizan a desme-

tildiazepam farmacológicamente activo.

Estos efectos pueden extenderse por varias semanas en el neonato debido a la prolongada vida media del diazepam y sus metabolitos, agravados por la inmadurez de los sistemas enzimáticos metabólicos del niño. Ni el hígado, ni el intestino fetal metabolizan estas drogas. Y durante los primeros cuatro días de vida su hígado no logra la conjugación con glucorónido. Como consecuencia de todo esto el riesgo de ictericia se ve incrementado(28).

Se ha descrito un síndrome de abstinencia neonatal a las benzodiazepinas, caracterizado por irritabilidad, temblor, diarrea, vómitos e inquietud motora. La ingesta materna de 15 a 20 mg/día de diazepam, durante al menos doce semanas en la última parte del embarazo alcanza para que se produzca.

De todo lo dicho se desprende que la conducta más adecuada sería la de no administrar benzodiazepinas durante la gestación; en especial durante el primer trimestre y en el periparto. Sin embargo, el uso inadvertido en una embarazada no debería generar gran alarma. Bastaría con la interrupción

de su administración. En el caso de que una paciente estuviese recibiendo altas dosis de benzodiazepinas (por ej. tratamiento de Trastorno por Pánico) y quedara embarazada, la conducta sería la discontinuación lenta de la droga. La suspensión brusca de la droga es perjudicial tanto para la madre como para su hijo. Si la medicación del Trastorno por Pánico fuese imprescindible, sería razonable cambiar por imipramina, dado su menor riesgo relativo de teratogenicidad(28).

### Litio

El litio atraviesa libremente la placenta por lo que ésta no representa ninguna protección para el feto. El riesgo teratogénico del litio durante el primer trimestre está bien establecido, si bien se desconoce el mecanismo íntimo de producción de las malformaciones (11, 5, 2, 21, 1). La formación del sistema cardiovascular es particularmente afectada. Se registra una alta incidencia de enfermedad de Ebstein (malformación de la válvula tricúspide frecuentemente asociada a defecto setpal) en los fetos expuestos al litio entre la tercera y novena semana de gestación(21, 1).

Otras malformaciones reportadas corresponden al SNC y al oído externo(5, 21).

Si el tratamiento con litio no se suspende antes del parto el resultado será la intoxicación del recién nacido, provocando un cuadro de cianosis, letargia, hipotonía, ictericia, hipotermia, succión débil, bajo Apgar, ausencia de reflejo de Moro, y alteración de las funciones tiroidea y cardíaca(5, 2, 21).

Como consecuencia de los cambios hemodinámicos que ocurren durante la gestación, también las embarazadas están expuestas al riesgo de intoxicación. En los últimos meses del embarazo la tasa de filtración glomerular aumenta en un 30 a 50%. Esto da lugar a una excreción más rápida del litio. Lo cual, a su vez, hace necesario un aumento en la dosificación para seguir manteniendo litemias estables. Luego del parto, la excreción materna de litio vuelve a su valor habitual, con el consiguiente aumento de la concentración plasmática y la

posibilidad de intoxicación si no se ajusta la dosis(21).

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, Mogens Schou recomienda que las pacientes en edad fértil medicadas con litio reciban anticonceptivos. Que el tratamiento se interrumpa antes de un embarazo programado, o en cuanto se conozca un embarazo accidental. Si bien estas son normas generales, el autor recomienda evaluar riesgos y beneficios de las conductas a tomar en cada paciente en particular.

Por otra parte la carbamacepina, una alternativa al litio, no está libre de complicaciones; provoca retardo del crecimiento (20%), hipopla-

sia de las uñas (26%) y defectos craneofaciales menores (11%)(25).

El litio debe ser evitado durante el embarazo, pero si la historia psiquiátrica de la paciente indica un alto riesgo de recaída se podría considerar retomar el litio en la segunda mitad del embarazo, esto es, concluida la morfogénesis. Si así se hiciera la administración de la medicación se suspenderá dos o tres días antes de la fecha de parto prevista(21), y retomada pocos días después del alumbramiento para contrarrestar el aumento del riesgo de recaída puerperal(25).

El litio pasa a la leche materna, provocando concentraciones plasmáticas de litio en el recién nacido

del orden del 10 al 50% de la litemia materna. Estas concentraciones son inocuas en el adulto pero podrían ser suficientes para afectar al niño. Por esta razón podría ser considerada la posibilidad de desalentar la lactancia materna ■

*N. de R.: El presente artículo fue recibido y aprobado por nuestro Comité Científico y esperaba su publicación cuando falleció el autor, querido colega y amigo. La inclusión del mismo en nuestras páginas prolonga el diálogo que supo mantener con nosotros y pretende ser un homenaje al coraje e inteligencia de Marcelo.*

#### Referencias bibliográficas

1. Ackerman D., Jefferson J., Greist J. H. et al., The lithium index an innovative approach to consultation by computer. *Am. J. of Psy.* 141:415-417, 1984.
2. American Academy of Pediatrics. Committee on drugs: Psychotropic drugs in pregnancy and lactation. *Pediatrics* 69:241-244, 1982.
3. Ananthi, J., Congenital malformations with psychofarmacologic agents. *Compr. Psy.* 16:437-445, 1975.
4. Beeley, L., Adverse effects of drugs in the first trimester of pregnancy. *Clin. Obstet. Gynecol.* 13:177-196, 1986.
5. Berkowitz, R. L., Coustan D., Mochizuki T., *Handbook for prescribing medications during pregnancy.* Boston, Little, Brown, 1981.
6. Bernstein J., *Handbook of drug therapy in psychiatry.* PSG Publishing Company 413-414, 1988.
7. Calabrese J., Gullledge, A., Psychotropic during pregnancy and lactation: A review *Psychosomatics* 26:413-426, 1985.
8. Council Report: Fetal effects of maternal alcohol use. *JAMA* 249:2517-2521, 1983.
9. Crombie D., Pinsent R., Fleming D. et al., Fetal effects of tranquilizers in pregnancy. *New England J. Med.* 293:198-199, 1975.
10. Edlund M., Craig, T., Antipsychotic drug use birth defects: an epidemiologic reassessment. *Compr. Psy.* 25:32-37, 1984.
11. Golbres M., Teratology for the obstetrician. Current status. *Gynecology* 55:269-277, 1980.
12. Goldfarb C., Keating, G., Use antidepressants from conception to delivery. *Journal of the Medical Society of New Jersey.* 78:357-360, 1981
13. Gordon J., Borison R., Diamond, B., Modulation of dopamine receptor sensitivity by estrogen. *Biol. Psy.* 15:389-396, 1980.
14. Hauser, L. A., Pregnancy and Psychiatric drugs. *Hosp. and Comm. Psy.* 36:817-818, 1985.
15. Herbert Y., Meltzer M., David J. et al., Effect of clozapine in human serum prolactin level. *Am. J. Apych.* 136:1550-1555, 1979.
16. Idanpaan-Heikkila J., Saxen, L., Possible teratogenicity of imipramine. *Lancet* 2:282-284, 1973.
17. Kalter, H., Warkany, J., Congenital malformations, part 1: etiologic factors and their role in prevention. *New England J. of Med.* 308:424-431, 1983.
18. Kendall R., Rhine D., Clark J. et al., The social and obstetric correlates of psychiatric admission in the puerperium. *Psychol. Med.* 2:340-350, 1981.
19. Kuenssberg E., Knox, J., Imipramine in pregnancy. *Br. Med. J.* 2:292, 1972.
20. Kumar R., Robson, K. M., A prospective study of emotional disorders in child bearing women. *Br. J. of Psy.* 144:35-47, 1984.
21. Linden S., Rich, C., The use of lithium during pregnancy and lactation. *Journal of Clin. Psy.* 44:358-361, 1983.
22. Mary V., Seeman: Clinical and demographic correlates of neuroleptic response. *Can. J. Psy.* 30:243-245, 1985.
23. Mc Collan F., Hegeness, L., Limb malformations following maternal use of haloperidol. *JAMA* 231:62-64, 1975.
24. Milkovich L., Vam den Berg, B., An evaluation of teratogenicity of certain anti-nauseant drugs. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 125:244-248, 1976.
25. Mogens Schou, Lithium treatment during pregnancy, delivery and lactation: an update. *J. Clin. Psy.* 15:389-396, 1980.
26. Nurnberg H. G., Prudic J., Guidelines for treatment of psychosis during pregnancy. *Hospital and Community Psychiatry,* 35:67-71, 1984.
27. Rieder R., Rhosental D., Blumenthal, H., The offspring of schizophrenics. Fetal and neonatal deaths. *Arch. Gen. Psy.* 32:200-211, 1975.
28. Robinson G., Stewaert D., Flak, E., The rational use of psychotropic drugs in pregnancy and postpartum. *Can. J. Psy.* 31:183-190, 1986.
29. Rosenberg L., Mitchell A., Parsells, J. L. et al., Lack of relation of oral clefts to diazepam use during pregnancy. *New England J. of Med.* 309:1282-1285, 1983.
30. Rumeau-Roquette C., Goujard J., Heul G., Possible teratogenic effects of phenothiazines in human beings. *Teratology* 15:57-64, 1977.
31. Sim M., Abortion and the psychiatrist. *British Med. J.* 51350:145-148, 1963.
32. Slone D., Suskind V., Heinonen O. et al., Antenatal exposure to the phenothiazines in relation to congenital malformations, perinatal mortality, birth weight and intelligence quotient score. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 128:486-488, 1977
33. Sobel D., Infant mortality and malformations in children of schizophrenic women. *Psych. Quart.* 35:60-64, 1961.
34. Stancer H., Reed, K., Desiprmine and 2-hydroxydesipramine in human breast milk and the nursing infants serum. *Am. J. Psy.* 143:1597-1600, 1986.
35. Targum S., Gershon, E., Pregnancy, genetic counselling and the major psychiatric disorders in genetic diseases. In: Schulman J., Simpson J. eds. *Pregnancy-maternal effects and fetal outcome.* New York: Academic Press, 413-438, 1981.
36. Van Waess A., Vam de Vel E., Safety and evaluation of haloperidol in the treatment of hyperemesis gravidarum. *J. Clin. Pharmacol.* 9:224-226, 1969
37. Waltman M., Safferman, A., Pregnancy and clozapine. *Am. J. Psych.* 150:1 (letter), 1993.



Laura Kuperman  
Improvisación (Serie sobre tango)  
Acrílico sobre tela  
1995  
100 x 100 cm



## ENLACES

### PSIQUIATRIA-PSICOANALISIS-SALUD MENTAL

La Psiquiatría atraviesa un nuevo momento de crisis. En efecto, como bien lo ha señalado Georges Lanteri-Laura, el paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas que hegemonizó el panorama de nuestra especialidad hasta fines de los '70 ha perdido esa cualidad de organizador del pensamiento en nuestra disciplina. El fallecimiento de Henri Ey, ocurrido en 1978 –animador, con su organodinamismo, del último gran proyecto teórico en psicopatología– y la aparición del DSM –en su versión III de 1980– marcaron el punto de inflexión a partir del cual se evidenció la crisis actual.

A poco de conservar una perspectiva crítica respecto de nuestras prácticas, debemos reconocer que estamos progresivamente obligados a aceptar vínculos cada vez más arbitrarios entre nuestros gestos técnicos y nuestra capacidad de formalizarlos teóricamente en forma consensuada. En efecto, desde aquellos años '70 y '80 marcados por la revolución psicofarmacológica, el encuentro de la Psiquiatría con la informática y el agotamiento de la protección social del "Estado providencia" en los países centrales, varios acontecimientos mayores han concurrido para provocar tal crisis.

Los sistemas nosográficos criteriológicos (DSM y CIE), los desarrollos de la neurobiología, la genética, la epidemiología clínica, etc., articulados con cambios institucionales e influencias culturales diversas son ingredientes principales de la misma.

En el proceso dinámico que se originó con ella, diversos sectores de la comunidad científica fueron generando nuevas propuestas y líneas de investigación.

En una posición extrema, que tendería a reabsorber la Psiquiatría en la Neurología, se alienta la propuesta de lograr clasificar los trastornos (síndromes) mentales a través de una observación objetiva y "ateórica", para avanzar luego en el establecimiento de los mecanismos fisiopatológicos cerebrales subyacentes a ellos y así poder instalar una corrección farmacológica

combinada con psicoterapias basadas en nuevas aplicaciones de la teoría del aprendizaje. La biomedicalización resultante de la maniobra –seductora, pero de difícil justificación epistemológica– produce como efecto inevitable una eliminación de la dimensión subjetiva en la consideración de los fenómenos psicopatológicos. El psicoanálisis, su práctica, sus presupuestos teóricos y hasta sus instituciones, se encuentran en la primera fila de los indeseables para ese paradigma que se propone desde el sector hegemónico del espacio cultural anglosajón.

Su pervivencia depende no sólo del deseo de sus defensores, sino de la potencia comprobable de sus efectos. El campo de la Salud Mental es uno de los terrenos privilegiados para verificar tal confrontación. Para contribuir a esta polémica es que presentamos el Dossier de este número. De entre los importantes artículos que lo componen cabe destacar el primero de ellos, que bajo forma de entrevista convoca a dos grandes figuras del panorama actual del Psicoanálisis, R. H. Etchegoyen y J.-A. Miller, cuya sola presencia conjunta constituye un acontecimiento.

En páginas posteriores, Lía Ricón presenta sus ideas sobre la utilización del Psicoanálisis en la formación de los médicos, fruto de una riquísima trayectoria como psiquiatra, psicoanalista y docente; Eric Laurent indaga certeramente en las tensiones a las que se ve sometido el psicoanálisis aplicado al campo de la Salud Mental y Horst Kaechele y Hans Kordy exponen la necesidad de formalizar una investigación de los resultados del psicoanálisis y las psicoterapias. Tales contribuciones expanden en múltiples direcciones el diálogo de nuestros invitados.

Las primeras inferencias de un estudio estadístico sobre la utilización del psicoanálisis en hospitales, emprendido por un calificado equipo de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA) –en el que participa René Epstein– y que contó con el auspicio de Vertex, completan el contenido de este Dossier ■

## ENTREVISTA A

# R. HORACIO ETCHEGOYEN Y JACQUES-ALAIN MILLER

Por J. C. Stagnaro y D. Wintrebert

### Primera parte

*Vertex: Antes de entrar en el temario que hemos sugerido, tenemos que agradecerles estar con nosotros, en nombre del equipo de redacción de Vertex que, seguramente, hubiera querido estar aquí en pleno, en esta reunión que nosotros catalogamos, creo sin exageración, como histórica por la talla intelectual de ambos y por lo que representan en el psicoanálisis mundial. Dejándoles una gran libertad para abordar todo lo que deseen, nosotros les proponemos recorrer una lista de temas organizados según un eje temporal. Iremos sucesivamente del pasado al presente y al futuro, y en principio les pedimos sin pretender una biografía, que nos relaten lo esencial de sus formaciones respectivas y vuestros encuentros con Freud, Melanie Klein y Lacan.*

*Etchegoyen:* Me formé en la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) en una época, en los años cincuenta, en que la Asociación era el centro más importante del psicoanálisis de América Latina. En efecto, tenía grandes pensadores y era la única institución psicoanalítica de Buenos Aires. En esos años, empezó a ser más patente la influencia de Melanie Klein en la APA. Yo fui inicialmente un analista freudiano, no kleiniano, con una gran influencia de gente muy significativa de esa época en la psiquiatría y en el psicoanálisis. Enrique Pichon-Rivière, Racker, Marie Langer un poco menos Garma. Pichon dejó una huella grande en mí y en muchos de nosotros. Me analicé con Racker en esos años. Yo siempre digo que Racker construyó su teo-

ría de la contratransferencia gracias a mi análisis (Risas).

*El presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA), R. Horacio Etchegoyen, y el presidente de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP), Jacques-Alain Miller, fueron invitados por la Revista Vertex para entablar un diálogo sobre teoría, práctica y ética del psicoanálisis y también sobre temas que aluden al campo de la psiquiatría, de la Salud Mental, y la interfase psicoanálisis-psiquiatría. Ambos, que se conocían por haberse encontrado hace 15 años, pero nunca habían tenido ocasión de confrontar opiniones, dialogaron a título personal, no mandatados por sus respectivas instituciones. La entrevista tuvo lugar en dos partes, los días 23 y 30 de julio de 1996, en Buenos Aires.*

En todo delirio hay algo de verdad, de cierto. Me parece que vi a Racker evolucionar en esos años para hacerse más sensible al compromiso contratransferencial del analista. Algunas veces yo hablaba de este tema y me sorprendía que Racker lo escuchara y no lo desestimara. Liberman, Grinberg y Meltzer, este último cuando estuve en Londres, tuvieron una influencia grande en mi desarrollo y mi formación. Pero con el correr de los años, yo creo que la influencia mayor fue la de Racker, la forma en que llegó a entender la contratransferencia. Se lo ha reconocido en el mundo entero como un pensador muy original. En esos años también Paula Heilmann planteó el mismo problema, pero me parece que Racker lo llevó más lejos y de una forma más consistente. Podría decir que soy un continuador de Racker si eso no fuera vanidoso. Cuando me fui a Mendoza, en 1957, en la época en la cual me nombraron Profesor de Psiquiatría, controlaba con Liberman y con Grinberg. Eran gente de mi generación, pero más adelantados que yo. Allá tuve un compañero de origen chileno con el cual construimos el grupo de Mendoza. Se llama Bernardo Arensburg. Se formó en la Asociación Psicoanalítica Francesa en los años en que Lagache y

Lacan todavía estaban juntos. Nos hicimos amigos y fue él quien despertó en mí la curiosidad por M. Klein y Lacan. Conocía bastante a Lacan. Había tenido un acercamiento fuerte con él en un momento de su tra-



yectoria. Al principio, fue un analista kleiniano, después se acercó a Lacan, y creo que finalmente

volvió a ser un analista freudiano con todas esas influencias. Empecé a leer a Klein, no exactamente en la forma en la cual se la leía en Buenos Aires, ciudad muy receptiva, que recibió a M. Klein tal como a Lacan veinte años después, con un poco de apasionamiento. Me fui haciendo, cada vez más, un analista kleiniano. Hice luego mi reanálisis con Meltzer cuando estuve en Londres en 1966, y podría decir que he llegado a ser un analista kleiniano, pero no como los de Buenos Aires de los años cincuenta, ni tampoco como han sido y son los analistas kleinianos de Londres, que fueron mis maestros. Es difícil decir cuál es la diferencia, pero hay algo que me distingue. Yo no siento la necesidad de defender a Melanie Klein. Pienso que se defiende sola, y lo mismo pasa con Lacan. Son grandes pensadores que dejaron una marca más fuerte en el mundo psicoanalítico.

**Miller:** No hay ninguna necesidad de defender a Lacan de mi parte, sino que parece que hay necesidad en algunos de atacarlo como si fuera aún nuestro contemporáneo. Es un fenómeno notable.

**Etchegoyen:** Es verdad. La necesidad de defender a los grandes pensadores, en cierta medida, es una respuesta a los ataques que sufren. Pero no por ello se debe caer en un culto a la personalidad.

**Miller:** No digo que hay que defender. Digo que hay que preguntarse sobre por qué son tan vivos los ataques contra alguien que falleció hace quince años. Nuestro primer encuentro con Horacio, en 1981, tuvo lugar pocas semanas después de la muerte de Lacan. A mí, en realidad, me encanta que se siga atacando a Lacan. Esto prueba que el carácter virulento de su pensamiento continúa vigente, que no ha entrado en el pantón, sino que sigue en la calle con nosotros.

**Etchegoyen:** Eso es muy cierto. Sería un tema interesante: ¿cómo hay que ubicarse frente a los grandes pensadores?

**Miller:** Ya es algo el reconocer que hay grandes pensadores. Recuerdo la única vez en que hablé en una conferencia convocada por tus colegas norteamericanos, hace más o menos diez años. Arnold Cooper, presidente de la Asociación Americana de entonces me preguntó: ¿Usted piensa que Freud nunca se equivocó? ¿Que no se puede ir más lejos que él? Nosotros pensamos haber hecho muchos avances después de Freud.

Aquí, vos y yo admitimos que hay pensadores que han explorado, revelado, inventado una dimensión del ser, y que eso no entra en una dinámica de progreso. Esto no quiere decir que nunca se hayan equivocado, sino que la cuestión del progreso no tiene sentido en este caso. La sensibilidad norteamericana es diferente. Uno dice "blanco", yo digo "negro", vendrá otro que dirá "azul", sin un particular respeto por el "grande". La admiración que puedo tener por la cultura norteamericana, no me impide comprobar, en ciertos puntos, una dificultad para comunicarnos.

La formación. Esa palabra me hace pensar en mi formación filosófica, en mi preparación para entrar en la Escuela Normal Superior, y en los años con Althusser, mis compañeros de la Escuela, y Roland Barthes, Derrida, Michel Foucault, y también en el recientemente desaparecido Georges Canguilhem. Ése es el ámbito de mi formación. Después, llegó Lacan. Escucharlo, leerlo, daba la impresión de que establecía una relación directa con los grandes pensadores del pasado, que luchaba mano a mano con Descartes o Kant y que los presentificaba. Fue mi puerta de entrada en el psicoanálisis. Luego vino mi análisis y la lectura apasionada y minuciosa de Lacan. Él solía decir que las verdades son como los cuerpos sólidos: tienen volumen y se prestan para observarlas desde varias perspectivas. Lo que se ha hecho popular es el Lacan de lo simbólico, el del Nombre-del-Padre, etc. En efecto, se trata de nociones muy operativas. Pero Lacan tomaba cada año un ángulo nuevo. Vos mismo en tu notable tratado de técnica analítica comenzás por referirte al antiguo artículo de Lacan sobre la transferencia en el caso Dora y después tomás otra teoría, la del Sujeto-Supuesto-Saber a partir de la exposición que yo había

hecho en Caracas, como vos lo señalás. En realidad no hay dos teorías, hay una transformación continua y constante, de semana en semana.

**Etchegoyen:** Lo digo en mi libro, Lacan está continuamente pensando en la transferencia.

**Miller:** Exacto. Lacan se mueve constantemente con sus conceptos, sus matemas, el pequeño *a*, el gran Otro, etc., y con toda esa tropa circula por el psicoanálisis. A veces esos conceptos se dividen, se pelean entre ellos, después se recomponen. A Lacan no le gustaba mucho el cine, pero había un realizador que siempre iba a ver: Fellini. Hay, en el movimiento mismo de la enseñanza de Lacan, algo del famoso *travelling* de Fellini cuando la gente se acerca, se desplaza, titubea, avanza, en una suerte de caos organizado. Lacan repite fórmulas que dan algunos puntos de referencia. A veces, sin embargo, cuando se repite en otro contexto, la misma fórmula toma otro sentido. Es toda una disciplina leer a Lacan. Mi teoría es que, a veces, el fin de un texto de Lacan no es contemporáneo del comienzo, ya ha desplazado algo entre el principio y el final.

**Vertex:** *Pasemos al capítulo del presente. Actualmente, en los países desarrollados, hay una tendencia a legislar la práctica del psicoanálisis, a ponerla en la misma bolsa que las otras psicoterapias, ¿esto les parece una amenaza?*

**Miller:** Voy a tomar un ejemplo práctico. Cuando en Italia se votó una ley de reglamentación de las psicoterapias, incluyendo el psicoanálisis, fui a ver al promotor de la misma, el senador Ossicini. Descubrí a un hombre de una cortesía notable, colega, psicoanalista titular de la Sociedad Psicoanalítica Italiana (SPI) y al mismo tiempo, vicepresidente del Senado. Pensaba que las asociaciones psicoanalíticas no eran suficientes para regular la práctica y que había que pasar por el Estado.

El resultado de esto es lo siguiente: el psicoanálisis es considerado como una suerte de psicoterapia, y todos los que lo practican en Italia deben figurar en un registro, en el que conste que son médicos o psicólogos, y que han seguido una formación especial en institutos reconocidos por el Estado. Los Institutos privados y no sólo las Universidades pueden ser habilitados: nosotros tenemos uno; los jungianos, dos, así como los analistas de la SPI. Como ciertos institutos académicos universitarios hacen presión para que sea revocada la autorización de los Institutos privados, és-

tos tuvieron una reunión general en nuestro local de Roma, hace tres o cuatro meses, y adoptaron una posición común a fin de preservar en un contexto de reglamentación, que deploramos, su autonomía de formación y sus propios métodos. En una coyuntura como ésta, los profesionales de diversas corrientes tienen intereses fundamentales en común; y agregaría que, sobre la cuestión de la reglamentación, la AMP tiene una posición muy firme: somos enemigos de un diploma especial de psicoterapeuta. Digámoslo en los términos lacanianos que Horacio conoce: si el Sujeto-Supuesto-Saber se ubica a nivel del Estado, algo se corrompe en la experiencia analítica. Esto no es difícil de comprender: la experiencia reposa sobre la exigencia de decir "toda la verdad", sin reserva. ¿Podemos decírsela al Estado? No hay ninguna necesidad de reglamentar la práctica en Europa Occidental cuando se admite de nuevo, oficialmente, la práctica psicoanalítica en Rusia.

Durante un cierto tiempo hemos visto psiquiatras atrapados por la fascinación de la biología molecular. Es patético, porque los biólogos moleculares piensan que la psiquiatría está destinada a desaparecer. Hace algunos años Jean-Pierre Changeux no tenía ningún empacho en decir que la psiquiatría no tenía futuro y que estaba llamada a desaparecer en beneficio de la biología molecular. La psiquiatría dice a la biología molecular "te amo" y ella le responde: "muérete". Los verdaderos amigos de la psiquiatría somos nosotros. La clínica freudiana fue construida en parte como un derivado de la clínica psiquiátrica. Hace unos veinte años, nosotros mismos hemos participado en un cierto renacimiento de la historia de la psiquiatría, reeditando textos clásicos.

**Etchegoyen:** Stagnaro y Wintrebert lo hacen aquí en Buenos Aires maravillosamente.

**Miller:** La psiquiatría se perdería si cortara con sus raíces y cesara de prestar una atención minuciosa a lo que Lacan llama la "envoltura formal del síntoma". No somos los únicos que pensamos así y últimamente notamos en Francia cierto retorno a esta inspiración clínica. Eric Laurent hablaría de esto mejor que yo.

**Vertex:** *¿Con respecto a la presencia del psicoanálisis en el campo actual de la Salud Mental, y al tema de la legislación de las psicoterapias incluyendo al psicoanálisis...?*

**Etchegoyen:** Me parece que aquí se alude a problemas distintos, porque, por un lado está el ejercicio profe-

sional, y por otro lado, el desarrollo de la teoría. Yo también soy optimista con respecto al futuro del psicoanálisis. Cuando vos decías que la psiquiatría le dice a las neurociencias: "te amo", y que ellas le responden: "muérete", yo pensaba que sólo el psicoanálisis podría explicar esa contradicción —que no la puede explicar ninguna teoría molecular— por más que, tal vez, pueda encontrarse la molécula vinculada a esa situación. No creo que haya que caer en ningún extremo o prejuicio materialista o espiritualista para darse cuenta de que hay diversos niveles de comprensión de los hechos, y que el psicoanálisis tiene un lugar en ese conjunto. Incluso, me parece que muchos estudios de neurociencias van mostrando que más de una de las tesis freudianas eran ciertas.

El otro día leía que se han hecho estudios categóricos que demuestran, desde el punto de vista neurobiológico, que la razón sola no puede dar cuenta de la realidad o de la complejidad de los fenómenos psíquicos. En realidad no es tanto que no pueda dar cuenta, sino que es inoperante, que no puede haber una razón que no esté asentada en sentimientos o en pensamientos inconcientes. Cuando leí eso, siendo psicoanalista, me dije que no era una novedad y me acordé de una anécdota muy linda de la esposa de Einstein, cuando fue al observatorio de California que era, creo, el más grande del mundo en ese momento; la llevaron a la sala central que era impresionante y ella preguntó: "¿Y esto para qué es?" Le dijeron: "Esto es para demostrar la curvatura del espacio"; y ella dijo "¡Ah! ¡Alberto con un papel y un lápiz se lo demuestra!". Me parece que ésa es una anécdota muy valedera. En buena hora que exista el gran observatorio en California o en donde sea; pero hay también un acceso que sólo el psicoanálisis da a ciertos problemas.

**Vertex:** *¿Pero no habría una dificultad del psicoanálisis para dar cuenta de los efectos de la psicofarmacología sobre la conducta? ¿Acaso la psicofarmacología no refuta la división del campo de la psicopatología en las clásicas estructuras neurótica y psicótica?*

**Etchegoyen:** No lo creo. Eso viene a mostrar, más bien, lo que Freud señaló continuamente, que no hay una línea divisoria clara entre salud y enfermedad mental.

**Miller:** Yo lo veo de la manera siguiente: supongamos un campo fenoménico, la farmacología introduce en él un elemento, una substancia, y observamos los efectos que ella tiene sobre los fenómenos. Podemos cons-

truir una clínica a partir de ese elemento exterior, una clínica que tiene su validez.

El psicoanálisis también introduce un elemento, pero que no es una substancia, sino el analista, o la palabra, o la escucha y obtenemos también una clínica, pero esta vez bajo transferencia. Ambas clínicas compiten. La clínica bajo substancia es abrasiva de los fenómenos, es decir que ahí los fenómenos desaparecen sin ser penetrados; en la clínica bajo transferencia, por supuesto, hay algunos fenómenos que resisten, pero ella permite un conocimiento científico o paracientífico mucho más fino que lo que se obtiene de la otra manera.

**Etchegoyen:** Ni es necesario decir "más fino", basta con decir que es distinto y que ambos son autónomos.

**Miller:** Es una manera pacífica de decirlo, yo lo diría de otra manera. La clínica bajo substancia confunde síntomas muy distintos. Por ejemplo, bajo el nombre de "depresión" se confunden cosas muy diferentes. En esto, la distinción que permite el psicoanálisis es incomparablemente más potente. Estoy seguro que en los Estados Unidos hay un número impresionante de mujeres histéricas tratadas como esquizofrénicas, y que la primera cosa que debería hacer el feminismo norteamericano sería militar para el reestablecimiento del diagnóstico de neurosis histérica. El desconocimiento de ciertas distinciones fundamentales que han aportado la psiquiatría clásica y la clínica freudiana tiene consecuencias inhumanas.

**Vertex:** *Éste es un terreno apasionante, que hace al trabajo cotidiano en los hospitales psiquiátricos. Solemos ahogar, a veces, que una cosa es la posible función ahogante de los síntomas de la psicofarmacología, pero también es cierto que en la práctica cotidiana nos encontramos con situaciones delirantes agudas, con pacientes en estado de gran agitación, con melancólicos en estado de estupor profundo —a veces con ideas suicidas, con riesgo de muerte— en los cuales podemos utilizar los psicofármacos como una manera de poner a la persona en condición de decir algo de su sufrimiento. Esta es otra manera de pensar la psicofarmacología.*

**Miller:** Indudablemente, deberíamos levantar una estatua a Henri Laborit.

**Vertex:** *Ahora se abren campos muy complejos. Contamos hoy con ciertos neurolépticos de última generación, que parecen actuar sobre ciertos aspectos de*





*lo que clásicamente se llamó defecto de la psicosis esquizofrénica, ayudando a restituir, en mejores condiciones, el lazo social del paciente. Estos medicamentos, sin embargo, administrados de forma aislada no alcanzan, es necesario que vayan acompañados con alguna forma de psicoterapia. Allí reside la importancia de un trabajo situado en la interfase psiquiatría-psicoanálisis, en donde se puedan retomar los avances neurocientíficos y articularlos con otros recursos, a fin de mejorar la evolución de los pacientes.*

**Miller:** En Francia hay diversos servicios de psiquiatría que toman en cuenta el psicoanálisis, especialmente el de orientación lacaniana. Por ejemplo, que están ligados al Instituto del Campo Freudiano. Pero esperar que el neurólogo de última generación, o el de la semana próxima, vaya a resolver problemas de fondo... Como nosotros mismos nos consideramos pertenecientes al psicoanálisis de última generación, vamos a ver si nos entendemos...

**Etchegoyen:** Yo quería decir una cosa con respecto a lo que dijiste hace un momento, en cuanto a que la droga introduce un elemento que configura una clínica, y que el psicoanálisis introduce otro elemento, llamémosle la palabra, la transferencia, o lo que fuere, que es tan válido y consistente como el otro. Yo estoy de acuerdo con esto, pero querría agregar algo que supongo que también Jacques-Alain va a suscribir, y es que esto que viene de afuera nunca es algo que simplemente viene de adentro, porque hay una receptividad que está adentro, a la que nosotros llamamos inconciente, y a lo que los neurofisiólogos llaman el estado funcional del cerebro. Esto implica que, como muchas veces lo ha dicho Freud (o el psicoanálisis), en realidad no hay una respuesta lineal, no hay una correlación lineal entre estímulo y respuesta, sino que hay un margen de reacción inconciente que coincide con ese estado particular del encéfalo, que es sumamente complejo.

**Miller:** Es exactamente esta ruptura entre el estímulo y la respuesta, esta discontinuidad la que comprobamos cada vez que el sujeto está en juego, es lo que Lacan llama la causa. Una ley se refiere a una regularidad, pero cuando hay una causa hay siempre una discontinuidad, un vacío, una hiancia, y en cierto modo, lo que se llama el inconciente es esa misma hiancia. Hay mucho que esperar del conocimiento del cerebro, pero como la más linda chica del mundo, no puede dar más que lo que tiene: no puede colmar la hiancia del sujeto.

**Etchegoyen:** A ver si yo puedo proponerle a Jacques-Alain un pensamiento neurofisiológico que a él le parezca correcto. Él dijo que siempre hay una hiancia, que hay algo que nunca puede colmar la droga o lo que fuere, ni siquiera el psicoanálisis, según Lacan, en cierto modo. Yo querría preguntarle a Jacques-Alain si esto que él llama hiancia, y que yo también llamo así, no es también la forma fundamental en que está organizado el sistema nervioso, en el sentido de que, por su desarrollo evolutivo, el cerebro lleva implícita esta hiancia que nosotros estudiamos. Por ejemplo, parece que es un problema para los neurofisiólogos comprender cómo se hace la síntesis perceptiva, porque cuando estudian cómo llega el estímulo visual o sonoro, observan que se dispersa en todo el encéfalo y que después se llega a una síntesis final que se llama, por ejemplo, visión. De esta manera, yo digo que el cerebro mismo está constituido sobre ese modelo, y que en realidad, lo que nos vienen a mostrar de él los neurofisiólogos coincide mucho, y felizmente, con lo que nosotros desde nuestro campo hemos comprendido. Es decir, que el cerebro no está configurado como un órgano de recepción y de respuesta, sino como el lugar de una enorme elaboración en el cual, lo que nosotros llamamos el sujeto –o más lacanianamente el sujeto del inconciente– o si se quiere la fantasía inconciente, resulta corresponder a cómo funciona el cerebro.

**Miller:** Debo confesar mi incompetencia, pues mi formación filosófica no me ha preparado para discutir la estructura del cerebro.

**Etchegoyen:** Yo tampoco soy neurofisiólogo; pero el desarrollo de las investigaciones sobre el cerebro, parece que se acerca más a la forma en que nosotros comprendemos la mente, que a la forma en que se creía que se la iba a comprender. Hay algunos puentes significativos entre el psicoanálisis y las neuro-

ciencias, en la memoria por ejemplo. Estudios recientes —creo que de Le Douarin— distinguen dos tipos de memoria, emocional y declarativa. La memoria emocional se localiza en la amígdala encefálica y tiene un carácter permanente y repetitivo que se expresa sólo en reacciones de tensión, angustia o depresión. La memoria declarativa, en cambio, supone la rememoración de actos y la capacidad de verbalizarlos; sólo aparece con la madurez del hipocampo y sus asociaciones con la corteza. Cuando me enteré de estos hallazgos no pude menos que recordar a Freud y su *Proyecto*.

**Miller:** Pensemos en los fenómenos que estudiamos nosotros, como el fenómeno perceptivo sobre la Acrópolis del cual habla Freud. La estructura molecular del cerebro no puede dar cuenta de él, dar cuenta del hecho de que para el sujeto, el espectáculo del mundo se sostiene en una estructura simbólica, que Freud definió como la del Edipo. La idea de que es el Nombre-del-Padre lo que sostiene la imagen del mundo, no concierne a un biólogo, mientras que nosotros lo palpamos todos los días: el sentimiento de realidad reposa sobre coordenadas simbólicas; alcanza con que lo simbólico sea tocado para que el sentimiento de realidad vacile como en la histeria. He notado en New York hace unos diez años, la extraordinaria timidez de los analistas que parecían pedirle a las neurociencias un pasaporte al futuro arguyendo la referencia freudiana a las ciencias de la naturaleza. Sin embargo, distinguir el significante del significado, el sonido del sentido, estudiar lo que se juega entre esos dos niveles, parece mucho más cercano a nuestra experiencia cotidiana que esas consideraciones sospechosas e inoperantes sobre la estructura del cerebro y el psicoanálisis. Lo más difícil para nuestro contacto científico, quizás sea, que tú miras hacia las neurociencias y yo hacia lo que podría llamar "logociencias", las ciencias de la comunicación y del lenguaje.

**Etchegoyen:** Pero no son incompatibles una cosa y la otra. El hecho de que lo que da unidad a la experiencia, por ejemplo, es el Edipo, un concepto que yo comparto totalmente, no quita que eso pueda tener un correlato en el sistema nervioso.

**Miller:** Pero eso no es más que un postulado vacío, podemos pensar también que todo esto tiene su correlato en el espíritu de Dios, y que todo lo que hacemos queda registrado en él. Es muy difícil demostrar que to-



do ello sea imposible, pero afirmarlo no ayuda en nada en la práctica.

Por otro lado, no creo que haya una sola palabra de neurociencia en tu *"Tratado..."*. Esto te sirve para soñar, quizás, con un mundo en el que todo sería compatible, en el que marcharíamos de la mano con las neurociencias hacia un saber absoluto; pero en la práctica utilizas términos como transferencia, interpretación, lo inexacto y lo verdadero, la convicción, etc. Esos son los términos que tenemos en común, nuestros instrumentos forjados por Freud. El resto me hace pensar en la filosofía de la naturaleza de Shelling. No me parece decisivo, en la formación analítica, ser un especialista del cerebro, mientras que es útil y quizás necesario, conocer la literatura, las técnicas de la interpretación sagrada, tener algunas nociones de lingüística o de lógica matemática. Tú mismo incluyes en tu *"Tratado..."* un capítulo escrito por Klimovsky. Eso sí concierne a la práctica. La lógica matemática tiene más presencia potencial en nuestro campo que las neurociencias.

**Etchegoyen:** Me parece que éste es, realmente, un tema interesante para discutir.

**Miller:** Una colega argentina, Diana Kamienny, presentó en Buenos Aires, en nuestro reciente Encuentro<sup>1</sup> el caso de un psicótico que desde hace cinco años termina sus entrevistas preguntando "¿cómo me encuentra Ud.?" y ella invariablemente le responde "muy bien". Desde hace cinco años, tres veces por semana, él le hace la misma pregunta y ella le responde lo mismo. Uno no puede evitar pensar que todo ocurre como si la marca que asegurara a este hombre la permanencia de su identidad no hubiera podido ins-

1. Se refiere al IX Encuentro Internacional del Campo Freudiano que se había desarrollado en esos días en Buenos Aires.

cribirse y que en su lugar necesitara obtener invariablemente esta respuesta. ¿Dónde está inscripto el significante?: sobre ninguna superficie material. Nosotros podemos inventar que se graba en alguna parte del cerebro, pero basta con hablar de un espacio trascendental, o de lo que Freud tenía por lo inmemorial. Trato de transmitir lo que llamamos la forclusión de un significante. Hablar de la inscripción o no de un significante me parece más próximo a lo que observamos en la clínica que las hipótesis pseudoneurofisiológicas con las que no tenemos nada que ver.

**Etchegoyen:** No las necesitás porque sos psicoanalista como yo. Pero los neurofisiólogos las necesitan y en eso creo que hay una diferencia muy grande, porque yo pienso que las preocupaciones de los neurofisiólogos son tan respetables como las nuestras.

**Miller:** Tienen derecho a todo mi respeto.

**Etchegoyen:** Más o menos (Risas).

**Miller:** ¡Prefiero escucharte decir que los dos somos psicoanalistas, a que me engañes con un neurofisiólogo! Amémonos nosotros, pero no te vayas con un neurofisiólogo (Risas).

**Vertex:** *Vemos dos posiciones distintas. En un caso, se consideraría la posibilidad de correlatos entre el discurso psicoanalítico y el discurso neurobiológico, y en el otro, y forzando un poco los términos de Thomas Kuhn, habría una suerte de inconmensurabilidad entre el psicoanálisis y las neurociencias, es decir que no habría posibilidad de correlato o comparación.*

**Miller:** Me gusta esa palabra: "inconmensurabilidad".

**Etchegoyen:** Ahí tenemos una diferencia básica. Me alegro de tenerla y que, sin embargo, no nos hayamos tenido que pelear.

Creo que sería extremadamente útil si pudiéramos establecer un diálogo de este tipo en el cual pudiéramos contemplar los fenómenos, y en donde de pronto discrepáramos radicalmente sin perder la posibilidad de intercambio. Lo que acaba de pasar me parece importante: pudimos fijar dos posiciones muy distintas que marcan una diferencia nítida y, sin embargo, esto no implica una ruptura del diálogo, una imposibilidad de seguir discutiendo. A mí me gustaría debatir este tema y quiero decir que, si bien yo sé poco y

nada de neurociencias, como psicoanalista las considero desde una perspectiva muy diferente a la tuya. Podría hablar mucho sobre este tema. Podría recurrir, por ejemplo, al canallesco argumento de decir que Freud estaría más de acuerdo conmigo que contigo en este punto. Porque todo a lo largo de su obra sostiene que hay una correlación, como pienso yo; pero también es cierto que, cuando creó el psicoanálisis, rompió con esa correlación, porque se dio cuenta de que no le servía para nada, que en el fondo es lo que vos decías. Es decir que tanto vos como yo podríamos apoyarnos muy consistentemente en Freud para sostener uno u otro punto de vista. He allí un espacio para el debate.

**Miller:** En cuanto a la pregunta de *Vertex* yo me inclino a acentuar todo lo específico del psicoanálisis, a tener su bandera bien alta, y no a buscar pseudoalianzas.

**Etchegoyen:** Una cosa es buscar pseudoalianzas y otra es respetar los campos de cada ciencia sin perder las propias banderas. El psicoanálisis tiene un ámbito que se ha ganado, y eso no lo puede perder, porque no es sustituible.

**Vertex:** *Vos Horacio tenés esa idea porque sos argentino, pero ¿qué pasa en los Estados Unidos con el psicoanálisis? ¿Tiene la misma vigencia que aquí o en otras partes? ¿No te parece que está más cuestionado en ese país?*

**Etchegoyen:** Ustedes están hablando del presente, pero yo estoy hablando del futuro. Digo que, por muy grande que sea su desarrollo, las neurociencias nunca van a poder abarcar lo que es específico de la experiencia analítica, eso es lo que quiero decir. Únicamente el método psicoanalítico puede permitirle al hombre una libertad interior que no puede venir de otra parte; pero, y acá está la discrepancia, yo digo que esa libertad interior que le da al ser humano el psicoanálisis se registra en un cambio molecular del cerebro.

**Miller:** Cuando el coche anda mal, uno va al mecánico, y quizás en el futuro la gente cuando no se sienta bien se va a interpretar como si fuera un coche: querrán hacerse tratar como una máquina que no anda. O bien se negarán a interpretarse de esa manera, pensarán que su mal tiene un sentido, e irán a ver a un analista. Aun cuando se trate de una enfermedad orgánica, nada impide preguntarse so-

bre el sentido que ella tiene en un destino. Toda la causalidad molecular que tú quieras no impedirá la búsqueda de sentido. Lo que da su base a nuestra práctica es la búsqueda de sentido. Esto es también lo que nos emparenta con la religión que también vive de la búsqueda de sentido, pero también es lo que nos distingue: nosotros ayudamos a los sujetos uno por uno, a buscar, a inventar su propio camino, su propio sentido y también a encontrar un cierto sinsentido que es su sinsentido más íntimo. En resumen, el porvenir dependerá de la manera en que la gente interprete sus síntomas.

**Vertex:** Obviamente, esta posición suya no puede negar la existencia del cerebro. Parece imposible retornar a la teoría angélica.

**Miller:** Me parece difícil negar la existencia del cerebro... salvo bajo la forma acefálica de Georges Bataille, cuando su emblema era un hombre sin cabeza.

**Vertex:** Primeramente, formulado el problema de la manera en que usted lo hace, el lugar que puede quedar como espacio para la psiquiatría, tironeada por las neurociencias por un lado, y la gerencia de la Salud Mental por el otro, parecería muy estrecho, casi inexistente. Sólo habría una manera de comprender la enfermedad que es el psicoanálisis. Luego, ¿no deja eso un flanco muy abierto a la crítica de una suerte de reduccionismo espiritualista del psicoanálisis?

**Miller:** No toda enfermedad mental se presta a la operación analítica, hay estados que son rebeldes a ella. Existen también los estados de urgencia que usted señalaba, aunque hay que saber reconocerlos, evaluarlos, lo cual exige del terapeuta una atenta escucha.

¿Qué vamos a ver en Francia en poco tiempo? Habrá una nueva ley que obligará a la gente a consultar primero con médicos clínicos antes de ir a los especialistas, para reducir los costos de la Seguridad Social. El clínico deberá ser capaz de apreciar, por ejemplo, el peligro en ciertos estados depresivos; es por eso que tenemos la idea de formar generalistas para esta tarea, sobre la base de la clínica analítica. Es un ejemplo que le muestra que yo no estoy en favor de retirarnos sobre el Aventino del psicoanálisis. Una actitud de tipo Vaticano I –“la iglesia católica no se debe reconciliar con el mundo moderno”– no tiene porvenir.

## Segunda Parte

**Vertex:** Habíamos interrumpido el otro día, cuando comenzábamos a enfocar esa tercera parte, que nosotros llamábamos el futuro. ¿Cómo ven el futuro de las asociaciones psicoanalíticas? ¿Ven acaso un riesgo de “babelización”, es decir de diversificación, de multiplicación de instituciones, de discursos psicoanalíticos complementarios, opuestos, etc.? Era un interrogante que se planteaba el mismo Wallerstejn, en el seno de la IPA. Otra pregunta: ¿Se puede leer a Lacan dejando de lado sus textos institucionales, es decir aquellos textos que hablan de la organización interna del movimiento analítico y de la formación del psicoanalista? Para terminar, ¿cuáles serán los grandes debates del futuro en psicoanálisis? ¿Cómo se situaría el psicoanálisis en la cultura con esta segregación social creciente que anuncia Lacan? ¿El psicoanálisis puede ser un arma para luchar contra ella?

**Etchegoyen:** ¿En qué sentido segregación?

**Vertex:** Segregación social en el sentido de la existencia en aumento de más marginados, de la gran desocupación en el mundo, de la situación del postmodernismo de fin de siglo, y de las consecuencias de todo eso.

**Etchegoyen:** En cuanto teoría que ofrece una perspectiva integral del ser humano, creo que el psicoanálisis algo puede decir de esa segregación.

**Vertex:** ¿Y respecto del riesgo de babelización?

**Etchegoyen:** Soy muy partidario de que haya organizaciones psicoanalíticas fuertes, porque me parece que es necesario un *establishment* que permita la conjunción de esfuerzos. Soy muy partidario de respetar esas organizaciones y pienso, también –y este es un pensamiento muy firme, que probablemente muchos colegas míos no compartan– que en esta organización es conveniente que haya instituciones fuertes, no pequeñas instituciones. En ese sentido, veo con simpatía el intento de crear la Asociación Mundial de Psicoanálisis, lo cual no quita que también tenga mis paranoias. Me parece, entonces, que es bueno que exista una institución como la que, en parte, ya ha formado Jacques-Alain, que haya un lugar de encuentro de los psicoanalistas que reciben y reconocen la influencia de Lacan, para poder establecer un diálogo; porque mi idea personal es que deberíamos

tender hacia una mayor unidad, un mayor diálogo, respetando las posiciones de estas grandes instituciones. Esa es mi opinión, que deberíamos, en lo posible, tratar de cooperar y no de luchar entre nosotros, porque me parece que esa lucha no ayuda al psicoanálisis, sino que en realidad lo debilita. Comprendo que las discrepancias a veces pueden ser muy grandes, y no sé si podrán resolverse. Eso depende de la actitud de los hombres, de los dirigentes, en cuanto a que estén dispuestos a aceptar que ningún grupo puede arrogarse la representación total del psicoanálisis, máxime con la influencia que ha tenido el pensamiento de Lacan. Lacan podría haberse quedado en la Internacional, como se quedaron los kleinianos, que también estuvieron a punto de salir, de ser expulsados por la Internacional. Con Lacan ese acuerdo no se pudo lograr por culpa de ambos. En esto estoy seguro que discrepo totalmente con Jacques-Alain, porque yo pienso que es más por culpa de Lacan, y él piensa que es más por culpa de la Internacional...

**Miller:** No estoy tan seguro de que sea más por culpa de la Internacional.

**Etchegoyen:** Es bueno que no estés tan seguro, porque ha habido participación de ambas partes.

**Miller:** Creo que Lacan estaba dividido, usted conoce la famosa oposición...

**Etchegoyen:** Vieron, ¡soy más importante que él! Yo lo tuteo y él me trata de usted, y eso marca una diferencia: la IPA es mucho más importante (Risas).

**Miller:** Por supuesto que la IPA es verdaderamente mundial.

**Etchegoyen:** Tal vez sea solamente porque soy más viejo (Ríe). Bajemos el narcisismo.

**Miller:** La IPA es verdaderamente mundial, mientras que la Asociación Mundial es mucho más pequeña, pero también más compacta, y con un dinamismo a veces juvenil que promete. Pero para volver a Lacan, vos conocés la famosa oposición que hace Lacan entre la demanda y el deseo, y no hay duda de que él demandó volver a la Internacional. En primer lugar porque nunca quiso salir de la misma: sólo había presentado su renuncia, en el '53, ante el grupo francés de la Sociedad de París y pensaba seguir como

miembro de la IPA. Al enviar su inscripción al Congreso Internacional, recibió sin embargo, para su sorpresa, la carta que he publicado (tengo el original) en la que le decían: "Estimado Dr. Lacan, desgraciadamente, como usted ha renunciado al grupo que representa a la IPA en Francia, usted no es más miembro de la IPA, y por ello no puede concurrir al Congreso". El grupo al que pertenecía Lacan presentó durante diez años varias demandas de readmisión, al tiempo que Lacan dictaba sus grandes Seminarios, hoy tan leídos. Lacan era un personaje que no encajaba para las autoridades de la Internacional de la época, tus predecesores. No querían echarlo, sino simplemente cortarle las bolas, que no fuera más didacta. A su vez Lacan pasaba su tiempo atacando en sus Escritos y Seminarios a la corriente principal de la IPA, de tal suerte que a mi criterio, si bien su demanda era volver a la Internacional, no estoy seguro de que su deseo lo fuese. Finalmente, en el '63 se dio a conocer el texto de la Internacional que Lacan llamó "la excomunión".

Vi a Lacan por primera vez en enero del '64, en la primera lección de *Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis*. Era un hombre enfrentado a una ortodoxia oscurantista, y que seguía su camino con valentía. Su discurso ha tenido resonancia en toda una generación.

**Etchegoyen:** Fuera y dentro de la IPA, no hay ninguna duda.

**Miller:** Quedan aún en Francia algunas personas que fueron heridas por Lacan. Lo cierto es que estoy más cómodo aquí con ustedes en Buenos Aires hablando de él que con tus colegas parisinos, salvo con mi madrastra que es miembro titular de la Sociedad de París...

Si quisiera hacer un poco de humor, recordaría que luego de algunos siglos, el Vaticano terminó por excusarse de las maldades que le había hecho a Galileo. Podemos imaginar que un día la IPA reconsidere los acontecimientos de la época. Pero no tengo ninguna duda de que Lacan supo sacar provecho de su posición de excomulgado, que ésta dio a su discurso una fuerza, una intensidad incomparables, que permitió convocar a las jóvenes generaciones; en este sentido, doy gracias a la IPA...

**Vertex:** Respecto de esto que decía el Dr. Etchegoyen acerca de la relación entre fuertes asociaciones psicoanalíticas a nivel mundial, de ese diálogo con res-



*peto por la diferencia ¿Usted cómo lo ve?*

**Miller:** Agradezco a Horacio esas palabras, son de una generosidad y de una apertura que me conmueven, y por supuesto puedo coincidir sobre ese punto.

Hace 15 años, cuando vine por primera vez a Buenos Aires por invitación de algunos amigos, la primera persona que vino a verme fue Horacio, a quien no conocía, y él me propuso dictar un seminario en AP-deBA (Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires), porque había leído un librito mío. Un pedido así hubiera sido inimaginable en París. Pedí un tiempo para pensarlo; durante toda la semana que siguió pensé que no quería entregar el saber que yo podía tener sobre Lacan, sobre la obra de Lacan, no lo quería entregar a la Asociación Internacional. Quería construir un espacio propio para los lacanianos, a la vez teórico, práctico e institucional, en el cual poner a prueba las consecuencias de su enseñanza que ustedes llaman institucionales, aquellas relacionadas con la formación y la organización de los psicoanalistas. Después de una semana le dije que no a Horacio, a pesar de la simpatía inmediata que despertó en mí, por su cortesía, y por la amabilidad de su invitación. Después hubo una pequeña correspondencia entre los dos. Hemos aquí, 15 años después, exactamente 15 años –nuestro encuentro tuvo lugar en el 81–. Desde entonces se ha extendido el espacio del Campo Freudiano, se ha construido lo que se llama la Asociación Mundial, y retomamos ahora la discusión.

Si bien es cierto que no todo el mundo reconoce al otro como analista, también lo es que la duda sobre quiénes son psicoanalistas está presente en el psicoanálisis desde sus comienzos, y también está presente en cada analista. Es una disciplina en la cual la pregunta "¿qué es un analista?" es central. Se lo puede definir por coordenadas externas, pero lo esencial sería definirlo por coordenadas inconcientes, y eso escapa a los métodos definicionales habituales, de modo que

no lo considero como un obstáculo. Creo que, a condición de proceder con prudencia y método, y también con simpatía, podemos empezar a discutir.

Quisiera agregar que no desconozco la importancia de los pequeños grupos; a veces son capaces de lograr lo que no pueden hacer los grandes grupos, los elefantes. Lo que quisiera conservar en la Asociación Mundial es la agilidad, la movilidad, la rapidez y la intensidad de los pequeños grupos, de modo que no me molesta decir que la Asociación Mundial es mucho más pequeña que la Asociación Internacional.

**Vertex:** *Se podría pensar que el modelo de organización de las decisiones y del poder en las asociaciones psicoanalíticas puede constituir un buen campo de experimentación para la cultura actual sobre la manera de organizarse y tomar decisiones. Ni el sistema liberal ni el marxismo pudieron incluir en su forma de organización para manejar el poder a los sujetos, entendidos como sujetos del inconciente. ¿No sería este un buen laboratorio?*

**Etchegoyen:** Ése es un tema de enorme importancia, yo no lo tengo claro, no sé cómo se puede hacer. Me despierta interés, pero creo que es muy complejo.

**Vertex:** *Sin duda. Digamos que fue una acotación al margen, quizás planteada de una manera demasiado sucinta, pero es un tema sin duda interesante en este fin de siglo, en el que el psicoanálisis podría aportar algo a ciertas aporías de la filosofía política actual. Ustedes hablaban de la definición de quién es analista, o de qué es un analista. Centremos la pregunta en el marco de los intereses de nuestra revista y de la mayoría de nuestros lectores. Es vital para los psiquiatras que esto pueda dilucidarse y que puedan darse estas discusiones teóricas entre psicoanalistas, por sus posibles repercusiones tanto en el psicoanáli-*



*sis aplicado al campo de las enfermedades mentales, como en la articulación del trabajo del psiquiatra clínico con el del psicoanalista y también en el modelado del rol y de la posición del psiquiatra frente al paciente, teniendo en cuenta las coordenadas inconcientes.*

**Miller:** Una de nuestras fuerzas es la diversidad. Paralelamente a la AMP hay una cantidad de grupos, sin duda menos importantes, que también tienen como referencia a Lacan, y esto me parece fecundo. No me parece necesario mezclarse en una misma organización. La Internacional también es diversa, pero esta diversidad en el seno de una misma organización debe hacer las cosas más difíciles. Es una suposición, porque de la vida interna de la Internacional sé tan poco que me asombra.

La Internacional ha logrado disimularse en una envoltura de silencio, de misterio, de secreto que me parece verdaderamente única en el mundo contemporáneo; no sé si será algo bueno para ustedes, ni para el psicoanálisis, la AMP, en cambio, tiene una política de transparencia. El secreto estaba justificado para los Carbonari en Italia, pero no lo veo necesario para los analistas del siglo XXI.

**Etchegoyen:** Yo creo que la política de la IPA tiene que cambiar en ese sentido, y de hecho lo está haciendo, aunque no lo veo como algo fácil; y en segundo lugar, la estructura general de la IPA reconoce razones históricas muy fuertes, que evidentemente fueron dictadas por Freud. En este sentido, la IPA ha seguido la tradición freudiana, porque él entendió, en un momento dado, que la categoría de psicoanalista debía restringirse a la gente que él reconocía como tal.

**Miller:** Ésa es una definición impecable aunque un poco tautológica.

**Etchegoyen:** Totalmente tautológica, pero no estoy justificando esa circunstancia, sino que estoy señalando un hecho histórico. Hay antecedentes que, indudablemente, provienen de Freud, y gravitaron mucho en el desarrollo de lo que él mismo llamaba el movimiento psicoanalítico.

A mí me costó mucho llegar a discriminar entre el movimiento psicoanalítico y el psicoanálisis como disciplina científica; en realidad, son dos cosas completamente distintas. Me parece que Freud no discriminaba bien en este punto, y diría que lo comprendo, en el sentido de que, por diversas razones, él tenía la idea de que nadie mejor que Freud –Lacan también lo dice– para dar cuenta de la experiencia analítica. Vergüenza es decirlo, creo que nadie es propietario ni de la ciencia ni de la cultura. Belarmino y Apolonio, los que condenaron a Galileo, fueron tipos nefastos para la cultura y la ciencia; pero si uno estudiara aquel momento, vería en qué sentido también Galileo participó en ese nefasto acontecimiento; aunque de Belarmino y Apolonio nadie se acuerda, de Galileo nos acordamos todos. Entonces, más concretamente, Freud entendía que había algo que no era negociable: su gran descubrimiento de la sexualidad infantil. Freud no estaba dispuesto a negociarlo, y yo tampoco, conservando las pequeñas distancias que hay entre Freud y yo (Sonríe). Entonces, cuando Freud se enfrenta a Adler y a Jung, no digamos a Stekel que no fue una figura de tanta trascendencia, dividió las aguas entre los que aceptaban su teoría de la sexualidad infantil y los que la combatían. Esta tajante división lo llevó inexorablemente a una situación de enfrentamientos, por la cual tuvo que pagar un precio muy alto. Porque uno siempre tiene que pagar un precio por cada decisión importante. Por otras también. De allí que, por ejemplo, Freud pretendiera que ni Jung ni Adler usaran más el calificativo de psicoanalistas; Adler optó por la psicología individual y Jung por la psicología compleja, y Freud logró así que no se arrogaran más el título de psicoanalistas. Eso planteó, de 1910 en adelante, una política del psicoanálisis que ha sido como una especie de columna vertebral de la IPA. Fue así históricamente, podría no haberlo sido. Freud habría podido asimilar un poco más las disidencias de Jung y de Adler.

Aquí viene un tema del cual hablabas: cómo Freud mismo nos permite comprenderlo, cosa que no se da con Galileo ni con Darwin. La posibilidad de estudiar a Freud con la perspectiva del psicoanálisis es única, también cabe para Lacan o para otros grandes pensa-

dores. Pero con Freud es notorio, porque él, además, escribía muchas cartas.

La IPA ha seguido esa tradición freudiana cuyo máximo exponente es el "Comité de los Siete Anillos". Estoy diciendo lo que pienso, aunque si llevara esto al *Council*, probablemente obtendría dos o tres votos a favor y quince en contra. No sé si me iría muy bien con este planteo, aunque —la verdad sea dicha— ya lo he llevado y no me ha ido mal. El "Comité de los Siete Anillos" fue la respuesta adecuada de aquellos tiempos; creo que ahora ya no nos sirve. Más aún, haciendo una infidencia, diré que el enfoque fundamental de mi presidencia ha sido decir que el "Comité de los Siete Anillos" ha terminado, y que tenemos que vernos como una organización distinta a aquella que, en los años '12 o '13, era necesaria, comprensible. A la sazón estaba el problema de Jung y de Adler. Y se reunió un núcleo de personas muy confiables, de gran talento, Rank, Ferenczi, el mismo Jones, Abraham, todos eran personas de primera, no hay ninguna duda de ello. Tal vez Ferenczi haya sido de ese grupo el más genial y el más maltratado. La cuestión fue que ellos crearon un grupo alrededor de Freud a la manera de los paladines de Carlomagno para protegerlo o defenderlo, tal vez porque pensaban, como yo, que Freud era mucho mejor teórico que político; Jones, por ejemplo, sin desmerecer sus grandes trabajos, era mejor político que teórico. De modo que el Comité quedó constituido por Jones, Ferenczi, Rank, Abraham y Sachs; más tarde se incorporó Max Eitington. En total siete con Freud.

Esa tradición ha seguido durante muchos años, se aplicó a Lacan, más allá de las discrepancias que podamos tener sobre la responsabilidad del mismo Lacan en la ruptura —y vos mismo decís que la ha habido—; más allá de todo eso, es evidente que esta tradición de designar quién es psicoanalista y quién no, ha sido muy fuerte. Nadie va a dudar de que yo repudio las posiciones de Jung con respecto al nazismo, y jamás en la vida podría tolerarlas, pero tal vez para el desarrollo de la ciencia, o de la cultura, son sólo contingencias. Por ejemplo, nadie piensa que Heidegger deba ser puesto en el Index, aunque haya sido un nazi reconocido; o Hegel, que al ver pasar a Napoleón a caballo, decía que ésa era el alma del mundo; entonces más allá de sus desvíos, Jung podría haberse quedado, Adler también. La historia, sin embargo, no fue así. Por tanto, para concluir este largo y apasionado discurso, yo diría que el siglo XXI, al cual por suerte no voy a pertenecer, va a permitir un reordenamiento de esa divisoria de aguas, una reacomodamiento del pensa-



miento psicoanalítico con mayores acercamientos y también con mayores confrontaciones, que van a ser útiles para el psicoanálisis y también para la cultura. Porque la cultura del siglo XXI, por más postmodernismo que pueda haber, va a tener que recurrir al psicoanálisis como un instrumento irremplazable. Nuestra reunión de hoy, por ejemplo podría ser comprendida a otro nivel: el del complejo de Edipo, el de la angustia de castración, o, para los analistas kleinianos, la relación con el pecho. Lo cual no quita los demás niveles de análisis que puedan existir. Esa posibilidad que tenemos los psicoanalistas de reentender las cosas es muy específica del psicoanálisis. Creo, deseo, que el siglo XXI no la pierda.

**Miller:** Agradezco este discurso, para mí apasionante y que da un recorrido de la historia íntima orientativa de la Asociación Internacional. Desde afuera puedo testimoniar que se percibe otra cosa. Una vez creada por la voluntad de Freud y por razones que sería interesante desarrollar...

**Etchegoyen:** Todo esto es materia de gran discusión...

**Miller:** Por supuesto. Freud decía —es una frase que me señaló recientemente mi amigo Germán García— que la soledad no convenía al analista, y que el psicoanálisis era una empresa "exquisitamente colectiva". Hubo seguramente en Freud el deseo de dar una extensión internacional al psicoanálisis, y el hecho de pertenecer él mismo a una raza perseguida tuvo que ver con esto. Freud deseó la Asociación Internacional, es su hija legítima sin duda, pero a veces los hijos decepcionan a los padres. Visto desde afuera, parecería que, a partir de los años '20, Freud sintió ante su propia descendencia y la evolución de la práctica analítica, un malestar al cual debemos la segunda tónica (Yo, Ello, Superyo). Esto no constituyó un borramiento de la primera (Inconciente-Preconciente-





Conciente) sino una tentativa para salvar lo esencial de la primera. Nuestra impresión es que Freud quedó cada vez más aislado en su esfuerzo y podemos demostrar, según creo, que hubo un malentendido creciente entre él y sus alumnos. En el seno de la Asociación Internacional, mantuvo cierto silencio. A veces sucede que los fundadores son expulsados de las instituciones que crearon. Quizás sea romántico, pero pienso que hubo, antes de la de Lacan, algo así como la expulsión de Freud de la IPA, o al menos una expulsión del espíritu freudiano. Esto se hizo patente después de la Segunda Guerra Mundial, cuando el eje del psicoanálisis se desplazó desde Europa Central hacia New York y Chicago.

**Etchegoyen:** Y a Londres.

**Miller:** El caso de Londres es más complejo por Jones.

**Etchegoyen:** ¿Hacia New York y Chicago qué quiere decir? ¿En qué nombres pensás? Brill, Alexander, Rado, Hartmann, Kris. Los nombres son esenciales en ese razonamiento.

**Miller:** El eje se desplazó. Y todo demuestra que los analistas de la época lo sintieron así. El inconciente que había surgido con Freud, un inconciente muy astuto, diablito, que siempre se escapa, que a veces hace reír, a veces aparece como pesadillas, que también pone en contacto la experiencia analítica con la creación, con la literatura, con la mitología, desapareció en las manos de nuestros colegas devenidos residentes de los EE.UU. después de la Segunda Guerra. Primero se dejó de hablar del inconciente, se hablaba sólo de la segunda tópica.

**Etchegoyen:** Especialmente se hablaba del funcionamiento yoico.

**Miller:** Sí, y el inconciente parecía un concepto antiguo, inadecuado para la práctica, y se buscaba una convergencia con la psicología general.

**Etchegoyen:** Eso en Hartmann.

**Miller:** Hartmann era casi el hijo adoptivo de Freud, es lo que Lacan decía. En esa época los analistas experimentaron ese cambio de atmósfera, desde el inconciente freudiano de los primeros tiempos, hasta la psicologización del psicoanálisis. Fue en ese momento que Lacan empezó su enseñanza bajo la bandera del "retorno a Freud", es decir, retorno al Freud del descubrimiento del inconciente. Él consideraba que el verdadero espíritu del psicoanálisis, para hablar como Hegel, el "alma" del psicoanálisis se había perdido en el movimiento internacional. Fue combatido tanto en Francia como a nivel internacional por los mismos adversarios de Melanie Klein quienes por una maña administrativa, lograron echarlo con Dolto, con Lagache... cuando en realidad no era esto lo que él quería. Fue el resultado de lo se llama en francés "*une fausse manœuvre*". En una ocasión le dije a Lacan que había sido una tontería renunciar de ese modo, sin pensar en las posibles consecuencias; y él me dijo que eran los otros quienes habían presentado sus renuncias, y que, al día siguiente, también él presentó la suya por solidaridad. Eso no es lo importante, sino que para Lacan y para nosotros, que lo seguimos, el alma del psicoanálisis había desertado de la IPA.

**Etchegoyen:** Es un punto de vista muy comprensible, desde luego, yo lo comprendo muy bien y no lo desestimo del todo, aunque no lo comparto.

**Miller:** Y lo digo yo mismo con cierta ironía, porque el espíritu del psicoanálisis sopla donde quiere.

**Etchegoyen:** Nosotros siempre escribimos a favor o en contra de alguien. Lacan indudablemente escribe siempre contra Hartmann, Kris y Loewenstein.

**Miller:** Es cierto para los primeros años de su enseñanza; después no tanto.

**Etchegoyen:** Sí, no tanto porque ya él también se sintió más lejos, o más independiente.

**Miller:** Para el punto de partida de lo que él llamaba su enseñanza, que fue a partir del '53, se trataba de limpiar el psicoanálisis de la psicología del yo, para retomar la inspiración auténtica de Freud.

**Etchegoyen:** Sí, yo creo que sí. Es indudable que Hartmann, Kris y...

**Miller:** Admirables por el rigor que querían tener, por la precisión de su estilo...

**Etchegoyen:** ... Loewenstein siempre se sintieron como herederos de Freud. De esto ellos no tenían la más mínima duda; y durante años en los Estados Unidos todos los siguieron. Como tú mismo dices, eran tres pensadores de un gran rigor intelectual, de una enorme coherencia.

**Miller:** Comprobé hace tiempo en los EE.UU. una notable sordera en relación con Lacan, al menos en el medio analítico. Al único a quien escuché hacer un elogio de él fue a Merton Gill. Una amiga de Otto Kernberg me confió hace tiempo que él aprendía el francés para leer a Lacan, no sé si es una leyenda...

De todos modos, hay una diferencia entre nuestra facilidad de discusión -hace quince años que no hemos hablado y recomenzamos como si nos hubiéramos encontrado ayer- y los obstáculos que encontré para comunicarme con nuestros colegas de los EE.UU. Hay, a mi criterio una distancia entre los analistas de cultura latina y los norteamericanos.

**Etchegoyen:** Tal vez haya algo de eso.

**Miller:** La apertura que tu manifiestas tan amablemente hacia mí será bien recibida por los miembros de la IPA en Argentina y en América del Sur, pero ¿lo será en Estados Unidos? Yo dudo que lo sea en Francia, donde quedan los que llamé antes "heridos por Lacan" en quienes es como si la herida sangrara todavía

**Vertex:** ¿Se puede extender esto al conjunto de las culturas latina y anglosajona? ¿O debemos en este caso restringirnos a esa región muy particular que concierne al desarrollo del psicoanálisis en los EE.UU.? Es sabido que hubo una influencia importante sobre los psicoanalistas provenientes de Europa -deseosos de insertarse con reconocimiento en el nuevo país- de parte de Adolf Meyer y del conductismo watsoniano, con el telón de fondo de la filosofía de Peirce. Quizás todo ello dejó una impronta que hoy vemos presentarse como un fenómeno bifronte, la psicología del yo como expresión en el psicoanálisis por un lado, y el pensamiento plasmado en el DSM IV por el otro, que finalmente confluyen en una cierta perspectiva terapéutica de predominio psicofarmacológico en sus métodos y adaptativa en sus objetivos. ¿No puede percibirse en todo esto el sello del pragmatismo anglosajón?

**Etchegoyen:** Yo creo que hay varios factores. Que hay diferencias, indudablemente, entre el mundo latino y el mundo anglosajón, eso es cierto, y que el traspaso de Freud a la lengua inglesa no se hace sin algunas fallas, es inevitable. Pero no diría que esto es lo más importante. Freud tenía un gran prejuicio con respecto al inglés y a Norteamérica...

**Miller:** ... y un gusto juvenil por el castellano.

**Etchegoyen:** Hay un gusto juvenil de Freud por el castellano, exactamente. La correspondencia con Silberstein lo prueba. León Grinberg hizo un trabajo precioso sobre el Quijote, en colaboración con Juan Francisco Rodríguez. Allí se muestra nítidamente la influencia de Cervantes sobre el creador del psicoanálisis. Yo creo que ese es un factor importante; pero hay otros.

Me parece que Hartmann debió adaptarse a Estados Unidos y, junto con Loewenstein y Kris, tuvo el deseo de lograr una mayor aceptación en la cultura norteamericana, una mejor inserción académica. Eso influyó sin duda en su idea del área libre de conflictos del yo. En Estados Unidos, a Melanie Klein no se le prestó ninguna atención. Un hombre que admiro mucho, Charles Brenner, acaba de decir, sin embargo, que no hay nada que esté fuera del conflicto, es decir que ha roto de manera decidida con la idea hartmanniana de la esfera libre de conflicto, de la autonomía secundaria y todo eso. Creo que ya poca gente la menciona en Estados Unidos, de modo que, todo ese gran edificio que construyó Hartmann varió substancialmente, por ende tampoco se puede luchar contra algo que evolucio-

nó en forma notable. El heredero más lucido de Hartmann es, para mí, Leo Rangell, un hombre a quien también admiro enormemente y cuyo pensamiento coincide notablemente con el mío. Leo piensa que la teoría psicoanalítica crece por acumulación, por integración. De este modo en el eje que va de Freud a Hartmann, Rangell puede ir acrecentando armoniosamente el edificio doctrinario del psicoanálisis. De todos modos con la bandera del retorno a Freud, Lacan está luchando contra Hartmann, Loewenstein y Kris.

**Miller:** Nadie lucha ya contra la psicología del yo, se estudia como un momento de la historia del psicoanálisis ya superado.

**Etchegoyen:** Entonces, aquella organización monolítica que había en Estados Unidos tampoco está, y ahora hay...

**Miller:** Lo único que queda son los Estados Unidos mismos, menudo detalle...

**Etchegoyen:** Es un detalle importante, que no es fácil de modificar, nadie ha podido hacerlo. Lo que quería decir es que ha habido muchos factores para que se desarrollara la psicología del yo en la forma en que Hartmann la concebía, a partir de la idea de un área libre de conflicto. Algo digo de esto en mi libro cuando hablo de la interpretación y el yo; digo también que hay una vieja lucha entre Hartmann y Wilhelm Reich, porque la autonomía secundaria puede entenderse como un intento de dar una versión más, no diría más freudiana, porque no lo es, como una nueva versión de los aportes de Reich sobre el análisis del carácter.

Anna Freud, dicho sea de paso, no era tan enemiga de Reich y de Fenichel, como lo fue después Hartmann, y eso por diversos motivos, algunos en relación con el marxismo, es decir, con el freudomarxismo que abrazaban Reich, Fenichel y también Siegfried Bernfeld; pero de esto se podría hablar largo y tendido.

**Vertex:** *¿Cuáles son los grandes debates futuros que pueden presentarse en el psicoanálisis? ¿Qué resonancias tendrán en el campo de la salud mental? y por fin ¿podrían decirnos algo sobre la segregación social creciente?*

**Miller:** Ya estamos trabajando con Horacio para la salud mental de los analistas, lo cual ya es mucho.

**Vertex:** *¿Y sobre los grandes debates?*

**Miller:** Los vamos a organizar.

**Etchegoyen:** Si, y esto tal vez podría ser el punto culminante de esta reunión. Deberíamos tomar una iniciativa compartida, que no puede ser unilateral. Esta iniciativa debería tener una incidencia nueva en la cultura, la psiquiatría, la biología, con una propuesta que señale que el psicoanálisis tiene realmente un lugar y que no se lo puede desconocer, porque sólo él puede darnos una perspectiva y una explicación de una serie de fenómenos humanos que siempre van a pertenecer a nuestra área, y que no van a poder ser reducidos, ni a la sociología, ni a la filosofía, ni a las neurociencias. Aunque yo diría, y puede ser que en este punto no estemos de acuerdo, con un acercamiento creciente a todas ellas. El gran debate de los años próximos, que ya van a pertenecer al tercer milenio, se va a dar, creo yo, en la difícil articulación de los distintos campos del saber, que en cierto modo hoy hemos discutido. La democracia es ahora un valor al que ya nadie se opone. El gran debate del siglo XXI será entre los que la conciben como una responsabilidad compartida y los que tratan de usarla en su propio beneficio. La salud mental volverá a ser un bien apreciado y el psicoanálisis será entonces un instrumento insustituible para afianzar esa libertad que viene de adentro, que fluye del inconciente, que recupera el dominio de la razón haciendo conciente lo inconciente.

**Miller:** En cuanto a darle al psicoanálisis un lugar en la cultura, nosotros no podemos hacer mucho desde nuestra calidad de dirigentes de nuestras respectivas instituciones. Un hombre solo puede más que las más vastas organizaciones del mundo, como lo muestra el ejemplo de Lacan; pero en lo que concierne a la IPA y a la AMP, sí podemos hacer algo: intentar poner un punto final a un período de la historia organizativa del psicoanálisis que fue marcado, del lado de la IPA, en relación con la obra, con la práctica y con la Escuela de Lacan, por una censura impresionante, increíble, eclesiástica. Esto está cambiando y quizás cambie un poco más rápido de ahora en más. Veremos... ■

# EL PSICOANÁLISIS EN LA ENSEÑANZA DE LA SALUD MENTAL EN LA FACULTAD DE MEDICINA

Lía Ricón

Médica Psiquiatra. Ex-Prof. Titular del Dpto. de Salud Mental de la Facultad de Medicina (UBA). Ex-Directora de la U.D.H. Hosp. Italiano de Buenos Aires (UBA). Directora de la Carrera de Médico Especialista en Psiquiatría (UBA). Ex-Prof. Titular de la U. N. de Salta. Miembro Titular y Docente del Instituto de Psicoanálisis la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA).

"Mi participación personal en esa aplicación del psicoanálisis ha sido muy escasa.

Tempranamente había hecho mío el chiste sobre los tres oficios imposibles –que son: educar, curar, gobernar, aunque me empeñé sumamente en la segunda de estas tareas"

Freud S. *Prólogo a August Aichorn, Verwahrloste Jugend* (1925)

Como podía suponerse, la cita de Freud era ineludible para una psicoanalista. El objetivo de este trabajo es mostrar las similitudes y diferencias entre dos de estas tareas "imposibles" y, especialmente, el enriquecimiento de la actividad docente a partir del autoconocimiento inherente a la tarea del psicoanalista y del concepto de proceso psicoanalítico que tiene analogías y diferencias con el proceso de aprendizaje.

Entendiendo que algunos de los lectores pueden no estar familiarizados con una o ambas de estas dos tareas "imposibles" voy a mencionar brevemente los aspectos de ellas que tienen importancia para lo que me propongo desarrollar y también lo que implica la enseñanza de Salud Mental en la Facultad de Medicina.

Un psicoanalista, *artífice del proceso psicoanalítico*, es una persona que ejerce el psicoanálisis con quienes se lo solicitan. Este método fue inventado por Freud como correlato y al mismo tiempo origen de su teoría general del funcionamiento del psiquismo. La teoría tiene un concepto básico, fundamental, fundante, que es el descubrimiento freudiano del inconsciente categorizado como una estructura, como una

organización con elementos covariantes, que está presente en la actividad psíquica y en las conductas humanas.

El objetivo de la aplicación de este método es el autoconocimiento a través del desarrollo en el analizante del proceso psicoanalítico con la finalidad mediata de mejorar la posibilidad de conseguir el bienestar de aquel que lo solicita. Este último concepto referido a la potencialidad curativa del psicoanálisis, puede ser a veces descalificado por algunos autores. Quiero dejar claro que si trabajamos con personas, el desconocimiento de este aspecto es absolutamente antiético. Personalmente también me resisto a no tener en cuenta el sufrimiento de otras especies tal como se plantea en la investigación con animales.

Otro aspecto del pensamiento de Freud, a veces no suficientemente tenido en cuenta, es la posibilidad de entender la formación del psiquismo "normal" a través de mecanismos que se encuentran también en las estructuras neuróticas y aun psicóticas y perversas. Esto nos permite la utilización del modelo en áreas que no impliquen patología.

El maestro, *artífice del proceso de aprendizaje*, es una persona que puede despertar, enriquecer o crear en el educando engramas, improntas (en el sentido de Lorenz), en los cuales se inscribieron e inscriben a lo largo de la vida futura el resto de los estímulos, conocimientos, experiencias, resignificaciones de situaciones del pasado que permanentemente reorganizan los conocimientos teóricos racionales, la práctica y el amplio campo de los afectos del educando. A partir de este concepto es claro que la información ocupa *un lugar*, no *el lugar*, ya que no siempre es por el monto o la

calidad de la información que se brinde que se despiertan los engramas. Transcribo una definición de Ernest Hilgard: "El aprendizaje es el proceso por el cual se origina o cambia una actividad mediante la reacción a una situación dada, siempre que las características del cambio en curso no puedan ser explicadas con apoyo en tendencias reactivas innatas, en la maduración o por cambios temporales del organismo (por ejemplo la fatiga, las drogas, etc.)". Lo que faltaría explicitar en esta definición es la función del docente en la "reactivación de tendencias innatas".

La enseñanza de la Salud Mental en la Facultad de Medicina merece un comentario referido a las dificultades que le son inherentes. Me refiero especialmente a lo que podríamos categorizar como dos discursos diferentes. Por una parte el discurso iluminista, racionalista, que implementa hasta consecuencias no deseables las tesis del positivismo y por otra un discurso de la subjetividad.

El primero está fuertemente presente en el *curriculum* de la Facultad de Medicina, empezando por las asignaturas que se proponen como materias básicas en el ciclo biomédico: física, química, anatomía, histología, anatomía patológica y otras. Si pensamos que se está capacitando a futuros médicos y que la Medicina es una práctica, parecería que no se piensa que esta práctica se ejerce con seres humanos y que entonces nos falta "alguna" mención a disciplinas como antropología, sociología, lingüística, cultura general. Si se hace consciente que el hombre vive en un medio cultural y físico, también importaría la geografía y algún aspecto de la política. Después de esta enumeración podría esperar un comentario referido a que no se está preparando un erudito sino un médico. Respondo que no se trata de ser un especialista en cada asignatura, sino más vale de tener presente la existencia de estos otros ámbitos. Por otra parte entiendo que el lugar ocupado por la cantidad de información parásita, inútil y hasta nociva que se pretende acumular en la memoria de los estudiantes de medicina podría ser ocupada por conocimientos vivenciales sobre la naturaleza humana y su entorno. Me parece interesante mencionar lo que se dice con respecto a los tres *curricula* de la Facultad de Medicina; el explícito que está en los programas, el oculto que se transmite por tradición oral en las guardias y en los pasillos y el negado al que pertenecen fundamentalmente temas como la muerte, el dinero y la sexualidad. Creo que estos dos últimos, de referencia obligada, son "materias básicas" que no figuran en el *curriculum* explícito.

Introducir en estos *curricula*, especialmente en el

explícito, un discurso de subjetividad inherente a nuestra práctica como psicoanalistas, choca con resistencias que aparecen como descalificación de nuestra tarea por considerarla no científica, críticas por nuestra modalidad de cobro de honorarios, burlas por considerarnos emparentados con prácticas shamanísticas y de distintas magias, aprovechadores de la seducción y sugestión que podemos ejercer sobre las personas, etc., etc.

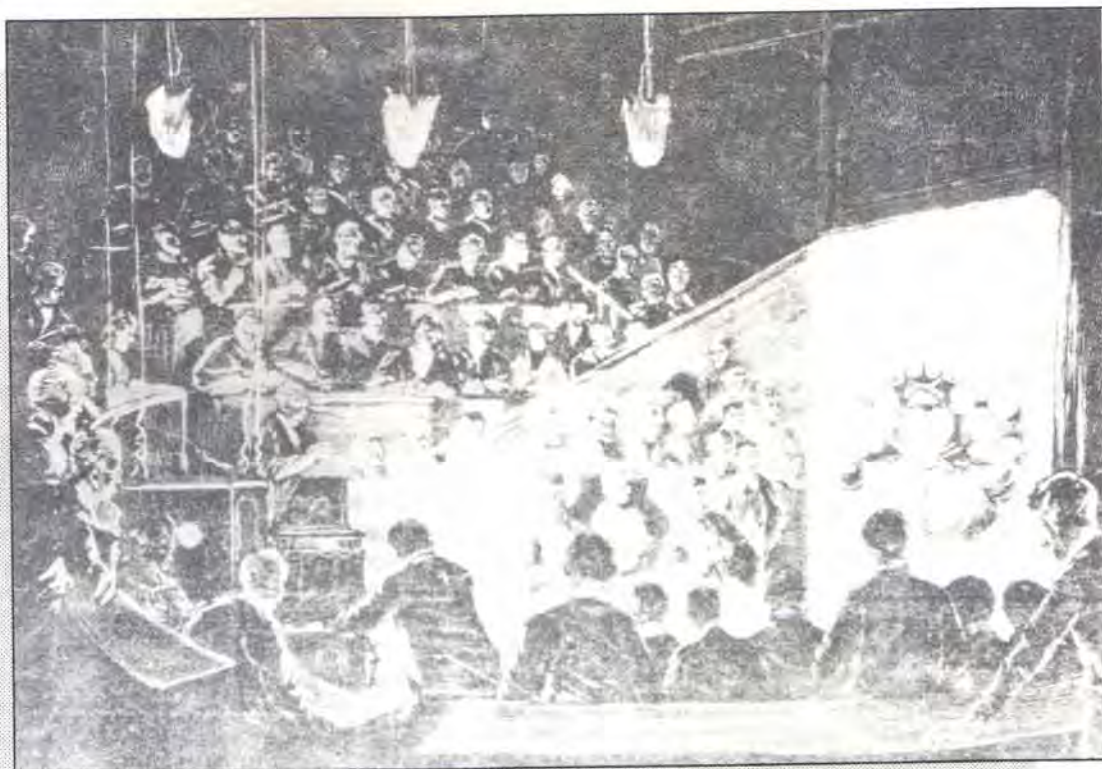
Es así como a veces, después de años de colaboración con clínicos de distintas especialidades, ocurre que si desaparece nuestra presencia física, las figuras de identificación representantes del discurso racionalista vuelven a ignorarnos y hemos de preguntarnos dónde quedó lo que compartimos. Por suerte podemos creer que está en alguna parte y que en algún momento volverá a aparecer.

Pasemos ahora a relacionar la tarea en las áreas que termino de mencionar. El proceso psicoanalítico es también un proceso de aprendizaje. Así como en la tarea de promover el desarrollo de un proceso psicoanalítico sería impensable algo como "clase magistral", o "entérese Ud., sobre el Edipo a través de este texto", también en el proceso de aprendizaje resulta inoperante la clase magistral o el texto que pretenda suplir lo que el vínculo organizador del proceso puede dar. Entendemos por proceso un desarrollo singular e intransferible que se desarrolla según una constelación particular, que lo es muy especialmente por el saber previo de quien está experimentando el proceso. No me pasa inadvertido que el proceso en los autodidactas se desarrolla, al menos, sin maestro presente como persona.

Es así como el lugar supuesto de la "clase magistral" puede ser ocupado por un gesto, un silencio, una sonrisa, la repetición de una frase, la repuntuación de una formulación hecha por el estudiante, una pregunta, la indicación de un texto, una mirada, el modo de escanciar las palabras de una frase, el tono de voz y también la síntesis de un tema, la transmisión de la propia teoría sobre un asunto, dejando claro que es *la del docente no la teoría válida en ese momento*.

Lo que importa esencialmente es ver las semejanzas y diferencias entre ambos procesos, el psicoanalítico y el de aprendizaje.

1. En primer lugar, discriminemos información y aprendizaje. La primera hipostasia el dato y el archivo descontextualizado de conocimientos, obstaculizando el desarrollo de un pensamiento creador en el que lo posible será mas importante que la realidad objetiva (Marcusse). El proceso psicoanalítico implica una



información sobre sí mismo, y el proceso de aprendizaje una información sobre diversos asuntos que no puede excluir el autoconocimiento si es que aceptamos la dificultad para ser objetivos y exactos aun al medir un segmento de recta.

El aprendizaje apunta a un cambio de estructura con una resignificación de los contenidos previos afectados por la inclusión de un nuevo dato.

Es útil en este punto mencionar que un equipo docente necesita especialmente tener acuerdo sobre la metodología y el concepto de aprendizaje. Los distintos docentes de un grupo de trabajo pueden exponer teorías diferentes sobre la disciplina que se está enseñando, más aún, es útil que así sea para que el estudiante pueda tener más elementos para elaborar su propia teoría sobre el tema. La transmisión de una teoría monolítica con aspiraciones a gran dosis de verdad puede obstaculizar el pensamiento creador. Recuerdo lo dicho por el astrofísico Richard Feinman en un reportaje: "... Quizás por eso es que los jóvenes tienen éxito. Ellos no saben lo suficiente. Parecería que a partir de cierto nivel de conocimiento, ninguna idea que se tuviese sería suficientemente buena"<sup>1</sup>.

Es muy importante que el docente pueda transmitir información sobre su propia experiencia en un tema, pero consciente de que esta no es, en todo caso "la única verdad". El psicoanalista va más allá de esta propuesta ya que no solamente no proporciona información, ni da directivas, ni propone soluciones, sino que más vale intenta develar un aspecto de esa verdad "entre dos" que es el inconsciente en el proceso analítico.

1. Traducido del artículo de James Gleick: "Actor en parte, genio total". New York Times Magazine, Setiembre 20, 1992.

Una consecuencia de este lugar dado a la información es privilegiar la formación asistemática, en la que a partir de la experiencia concreta con pacientes, el estudiante debe recibir datos sobre teorías que sean pertinentes al aspecto de la práctica con la que se conectó en ese momento. En mi tarea docente, privilegio dar pantallazos sobre teorías para que cada quien arme la propia. La información que se da para completar una teoría, en función de la teoría y no de quien es receptor, no tiene sentido, se descompone, se deteriora, se inutiliza, como un archivo que no se consulta y que se enmohece, esperando tal vez un tiempo de resignificación.

La individualidad y el carácter de ser pensante del educando corren paralelos con el respeto por la axiología y el deseo del paciente.

2. Teniendo en cuenta lo dicho sobre el aprendizaje como cambio de estructura, resulta clara la inoperancia de dar directivas cuyo cumplimiento, si no es adecuadamente incluido en la organización intelectual y afectiva de quien las cumple, será un parche que ocultará la autenticidad en beneficio del "seguimiento" del supuesto "maestro".

3. El proceso psicoanalítico apunta a la desaparición de un síntoma o a un cambio que permita la utilización plena de las capacidades del analizando, a través de la incorporación de datos sobre sí mismo (autoconocimiento).

El proceso de aprendizaje apunta a un cambio en la estructura del campo cognitivo, afectivo y conductual que se alimentará tanto de datos que vienen del mundo externo como del mundo interno.

Ni el docente ni el psicoanalista pueden esperar un resultado inmediato. En el objetivo entendido como *cambio estructural* "el tiempo" es el de quien va a experimentar el cambio, de quien es protagonista del proceso.

4. Como ya ha sido mencionado, el psicoanalista ubicado sin deseo y sin axiología frente al analizando defiende desde esta posición los valores y deseos de éste, que tal vez no le son totalmente conocidos y que necesitan de los esclarecimientos producidos por las interpretaciones transferenciales.

El docente debe obligatoriamente usar el saber previo del educando, ubicándose en un lugar de respeto por su condición de ser pensante, cuyos caminos a seguir estarán determinados por la complejidad de su psiquismo que ya estaba presente en el momento en el que se accedió al aprendizaje. No es un auténtico maestro quien tiene seguidores que se parecen como botones de una misma fábrica.

5. El psicoanalista está permanentemente luchando para salirse del lugar de Sujeto Supuesto Saber que podría adjudicarle el analizando. El maestro debe estar consciente de no ser el depositario de todo saber en ningún área. La verdad será siempre tan inalcanzable y escurridiza como el deseo. El dato tan caro al positivismo debe dejar su lugar de privilegio al de la actividad creadora de un individuo singular en su mismidad como el *do kamo* del canaco<sup>2</sup>.

6. Si la tarea docente consiste en promover el aprendizaje, se hace indispensable conocer las características de la persona en la que se intentará producir el cambio de conductas, implícito en la efectivización del proceso de aprendizaje.

La teoría psicoanalítica nos ha proporcionado un modelo de funcionamiento del psiquismo a través del cambio de nivel que fue el paso de lo descriptivo, fenomenológico y apariencial a lo conjetural y modelístico propuesto en la metapsicología a partir de la conceptualización del inconsciente como una estructura.

Las hipótesis conjeturales sobre un psiquismo entendido como una caja negra cuyo funcionamiento puede entenderse a partir de los puntos de vista tópicos, dinámico y económico (analogía tomada de la teoría estímulo-respuesta), posibilitan tanto al psicoanalista como al docente adecuación y precisión de intervenciones.

2. Leonhardt M., *Do Kamo*. N. R. F. 1947. El título de este texto es una voz canaca que expresa justamente, 'el hombre en su mismidad'. El autor hizo un estudio sobre el mundo mítico, todavía presente en una isla de la Polinesia, en el momento en que él la estudió. Teniendo en cuenta la perspectiva del mundo mítico, esta mismidad surge de la visión cosmocéntrica cerrada. Se pierde con el advenimiento del sujeto discriminado de su medio, con una visión antropocéntrica. Mi referencia remite a conseguir un desarrollo singular.

Quiero hacer mención a un planteo de Freud en relación a nuestro tema que fue dado en otro contexto, por lo que puede pasar inadvertido su valor pedagógico. Me refiero a los tiempos supuestos en el desarrollo del yo ("Pulsiones y los destinos de la pulsión" y "La negación"). Allí se habla de tres etapas en la formación del yo: yo real inicial, yo placer y yo placer purificado que preceden a la organización del yo real definitivo. Importa enfatizar la mención de un yo de placer que implica considerar que mientras lo externo se constituye por expulsión del objeto displacentero, lo interno se organiza como representación de la superficie corporal, que sería así el primer objeto de amor. La relación entre este aspecto de la teoría freudiana y la tarea pedagógica surge clara si recordamos la pedagogía imperante en Viena en tiempos de Freud, caldo de cultivo del nazismo, conocida como pedagogía negra. Estos "pedagogos", entre los que estaba el médico Schreber, padre de quien a través de sus memorias fue utilizado por Freud en uno de sus "casos", pretendían educar al cachorro humano a través del sometimiento, del dolor, de los castigos y de las sanciones corporales que podían comenzar a los tres meses de edad. Esta propuesta no podría haber avalado ninguna conducta que tendiera a promover la constitución del yo sobre la base de vivencias placenteras.

Todo lo dicho para enunciar que la condición de psicoanalista que tiene su campo específico en el ejercicio profesional, puede también utilizarse exitosamente en la tarea docente, no sólo teniendo en cuenta los fundamentos de la teoría, sino también en la elaboración de estrategias y tácticas en la enseñanza.

A manera de síntesis podemos decir que la identidad del psicoanalista en la tarea docente se evidencia particularmente en la comparación entre el proceso psicoanalítico y el proceso de aprendizaje. El primero implica un desarrollo singular, un develamiento, un cambio estructural que tendrá como consecuencia determinadas conductas. Análogamente el proceso de aprendizaje tendrá como objetivo no la acumulación de datos en un archivo, no la copia de teorías, sino el desarrollo de una identidad particular del educando en quien el docente—si cumple con su tarea—habrá, como ya se dijo, despertado, descubierto, organizado, resignificado engramas en los que se inscribirán los estímulos futuros. Esta nueva estructura se evidenciará en cambios conductuales que serán la consecuencia del aprendizaje. De aquí que puede decirse que en el aprendizaje puede ser más difícil desactivar estructuras perimidas que deben ser reemplazadas por las que surjan del cambio actitudinal. Esta desactivación es

equivalente a lo que se pretende conseguir con las interpretaciones transferenciales. Del mismo modo y por razones similares se hace dificultoso y al mismo tiempo inoperante, retener datos que no formen parte de ningún sistema y por lo tanto se almacenen en archivos inútiles. Lo que termino de decir muestra un aspecto de la riqueza de sistemas de enseñanza como son el aprendizaje a través de la solución de problemas que pude implementar durante el período en el que fui Directora de una Unidad Hospitalaria de la Facultad.

La condición de psicoanalista incorporada como parte de un aprendizaje, es una convicción que organiza de un modo particular toda la vida y no es sólo información sobre un tema, sino que nos lleva obligatoriamente a entender la tarea docente como una actividad que debe promover y desarrollar el proceso de aprendizaje. La identidad de psicoanalistas no guarda coherencia con una modalidad pedagógica que privilegie la acumulación de datos, que descuide el desarrollo de un proceso, que desaproveche el saber previo del educando, que pretenda la incorporación de conocimientos aislados, no incluidos en alguna estructura, sea esta afectiva, intelectual o motora.

Falta hacer una referencia más a lo enunciado en el título, referido a la Facultad de Medicina. La práctica

médica, como ya dije está basada fuertemente en las llamadas ciencias duras que implementan las tesis del positivismo, con un discurso iluminista, racional, cartesiano. Nuestra práctica como psicoanalistas y también la práctica pedagógica necesitan de otro discurso que podemos entender tal vez mas claramente a partir de Kierkegaard. Si recordamos la crítica de Kierkegaard a la sólida lógica hegeliana a la que justamente le faltaba Hegel, podremos -haciendo una paráfrasis- decir que a la Medicina tal como se nos presenta en un ateneo anatómico-clínico le falta el hombre, el ser humano que antes de morir se sintió enfermo o lo que hace más evidente la paradoja, que tal vez nunca se sintió enfermo aunque murió de alguna enfermedad.

No suele ser fácil sacar a los médicos de la sobrestima del dato y de las consideraciones acerca de la contribución al progreso de la ciencia, que pueden hacer descalificar los cuidados referidos a los sufrimientos de las personas, que pueden no ser muy intensos pero que no tenemos derecho a provocar. En esta misma línea se hace a veces difícil priorizar una enseñanza singular que utiliza el saber previo de cada futuro médico y tenga en cuenta la necesidad de considerar las características del par: personal de salud-paciente, en cada acto médico ■

## Bibliografía

- Asúa J. C. de M., — *Evolución de los planes de estudio de las Facultades de Medicina de Argentina*. 1918-1982. Medicina y Sociedad N° 3. 8. Mayo-Junio. 85  
— *Evolución de la formación médica en las Facultades de Medicina. Argentina 1900-1982*. Educación médica y salud. (PSOMS) N° 2. 20. 1986.
- Ball S. J. (comp.), *Foucault y la educación. Disciplinas y saber*. Morada. Madrid. 1993.
- Barrows, H. S., *Problem-Based Learning/ An approach to Medical Education*. Springer Publishing Company. N. Y. 1980.
- Berner Ela S., Berner Eta S., Ed. D. *Paradigms and Problem-Solving: A Literature Review*. Journal of Medical Education. 59. August 1984.
- Bloom B. S., Hastings J. T., Madaus G. F., *Evaluación del aprendizaje*. Troquel. 1975.
- Cirigliano G. F. J., Villaverde A. *Dinámica de grupos y educación*. Humanitas. Buenos Aires, 1971.
- Coli C., *La construcción de esquemas de conocimiento en el proceso de enseñanza/aprendizaje*. Reunión de I. P. Murcia, 1982.
- Dewey John. *La ciencia de la educación*. Lozada, Buenos Aires, 1968.
- Ferreira J. R., Formación de recursos humanos para la medicina del año 2000. *Educ. Med. Salud*, 171, 1983.
- Freire P., *La educación como práctica de la libertad*. Siglo XXI. Buenos Aires, 1985.  
— *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI. Buenos Aires, 1985.
- Freud S., *Pulsiones y destinos de la pulsión* (1915). Amorrortu. Bs. As. V. XIV, 1986.
- *La negación* (1925). Amorrortu. Bs. As. Vol. XIX, 1986.
- Hilgard E. R., *Teorías del aprendizaje*. Fondo de Cultura Económica. México. 1961.
- Marshall, J., *Assessment of Problem-Solving Ability*. Med. Educ. 11. 1977.
- Obiols G. A. Gallo M. F. de, *La enseñanza filosófica en la escuela secundaria*. A-Z. ed. S. A. Buenos Aires. 1991.
- Piaget J., *Seis estudios de Psicología*. Seix Barral. Barcelona. 1972.
- Ricón L., *Técnicas para la enseñanza de la Salud Mental*. Lugar Ed. Bs. As. 1993.
- Université de Laval., Québec. Canadá. Les objectifs terminaux du Programme des études Médicales. 1976, Roneo.
- Whitcomb, M. D., *Medical Education Refim: What is the Goal?* Mayo Clin. Proc. 64. 1989.



# INVESTIGACION DE RESULTADOS EN PSICOTERAPIA Y PSICOSOMATICA\*

Hans Kordy

Diplomado en Psicología. Doctor en Filosofía y Matemáticas. Colaborador del Laboratorio de Investigación en Psicoterapias, Stuttgart, Alemania.

Horst Kaechele

Psicoanalista. Prof. y Director de la Sección de Psicoterapia de la Universidad de Ulm. Director del Laboratorio de Investigación en Psicoterapias, Stuttgart, Alemania. Director ex officio del "Proyecto de Investigación en Psicoanálisis", Consejo Multicéntrico, Buenos Aires

## 1. Introducción: La investigación de resultados, una "historia interminable"

Psicoterapia y medicina psicosomática no sólo se deben ver como una complementariedad sino también como una alternativa fundamental y un desafío para la medicina. "Reclamamos tomar en consideración al hombre total y no sólo su cuerpo, en favor de una medicina bio-psico-social, en vez de una

técnica de reparación de cuerpos; por una medicina "que hable" (y también, y ante todo, una medicina "que escuche") (37). Esta forma tradicional de ver las cosas –planteada aquí con una formulación actual– es una de las causas por las que la investigación de resultados en este campo no resulta fácil, y por las que muchos psicoterapeutas encuentran la tarea de probar resultados terapéuticos como algo que se les hace cuesta arriba. Sin embargo el deseo de ofrecer a los pacientes una terapia adecuada a muchos, o una terapia que comparada con otras sea mejor, hace inevitable preocuparse por la cuestión de los resultados.

\* Los conceptos centrales del presente texto se corresponden con los expuestos en el Cap. 37 de *Psychosomatische Medizin*, Thure von Huexküll, Urban & Schwarzenberg, Munich, 1996. Traducción René Epstein. Miembro de APdeBA y Secretario Coordinador del "Proyecto de Investigación sobre Psicoanálisis" del Consejo Multicéntrico (IPA).

La tarea no es sencilla ni agradable. Las respuestas se dirigen tanto a los colegas del mismo esquema referencial como a los terapeutas de la competencia; están tanto dirigidas a los beneficiarios (p. ej. pacientes o sus allegados) como a quienes pagan (p. ej. pre-pagos de sa-

Este artículo marca una época para el desarrollo del reconocimiento del campo de lo psíquico en la cultura, la salud y la prevención, al exigir a las psicoterapias y al psicoanálisis someterse al "lecho de Procusto" de lo que habitualmente se llama investigación "empírica". Eso que también fuera y es llamado, a mi juicio más adecuadamente, investigación sistemática. Estamos hablando de investigaciones sobre muestras o grupos de pacientes y /o tratamientos, y con "técnicas interdisciplinarias".

Este proceso ha sido motivo de algunas notas en *Vertex*, mostrando ciertos capítulos del mismo, los más cercanos a nosotros. Uno, sobre las sesiones dedicadas a la investigación en psicoanálisis durante el 37º Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional, *Vertex*, 1991, II(5), 243-244, el otro sobre la creación del capítulo latinoamericano de la *Society for Psychotherapy Research*, *Vertex*, 1992, IV(10) 318-319.

En psicoanálisis los planteos han sido ya antiguos, como por ejemplo el de Glover en 1951, pero su realización se produce varios años después. ¿Qué ha mo-

tivado el cambio? Diversas necesidades de una mejor inserción del psicoanálisis en el proceso social, y quizás también una cierta "revolución científica" en el sentido de Kuhn, si consideramos algunos desarrollos tales como los vinculados al estudio del mensaje pre y paraverbal. El texto sobre investigación de resultados que presentamos aquí, pretende dar cuenta de la complejidad de la investigación sistemática en psicoterapias. Esta es aún mayor en el caso de los tratamientos psicoanalíticos, pero no imposible, y recientemente, luego de la época de los grandes proyectos como el de la clínica Menninger, el de la universidad de Columbia (N. York), el del Instituto Psicoanalítico de Nueva York o el de Boston, nuevos proyectos están en desarrollo, por ejemplo en Estocolmo y en Amsterdam, como también aquí, en el cono sur latinoamericano. Uno de los problemas más arduos de la investigación sistemática en psicoterapias, es que no tienen una teoría de la técnica tan especificada y diferenciada.

René Epstein

lud), o a los que son responsables de la provisión adecuada de terapéuticas (p. ej. políticos de la salud, obras sociales). Estos beneficiarios tienen bastantes diferencias entre sí en sus intereses. De acuerdo con ello la investigación de resultados pone a disposición, y así debe hacerlo, una multiplicidad de informaciones(52). La consideración explícita de quién será el receptor de la información implica varias cosas de importancia:

1. Los resultados terapéuticos y su valoración no son "calidades objetivas" de la terapia; habitualmente se negocian entre los participantes.
2. Los resultados terapéuticos y su evaluación son fenómenos "históricos"; siempre se refieren a los valores aceptados y al estado de la prestación de salud de una época determinada.
3. Los diversos beneficiarios requieren formas de argumentación adecuadas. Esta dinámica del campo de estudio hace que la investigación de resultados constituya una "historia sin final".

Con el creciente reconocimiento de que se trata de una forma de terapéutica y de una ciencia aumenta tanto la atención crítica externa como la percepción autocrítica desde el interior del campo. Cada paso fuera del nicho, en el que nuevos y diversos esquemas pueden surgir protegidos o por lo menos al abrigo de la observación, da a las preguntas que se plantean un sesgo crecientemente determinado por el interés público: "La psicoterapia no es más simplemente un contrato entre dos partes, paciente y terapeuta"(25). La "nueva" reputación resulta del profesionalismo acrecentado –y esto tiene su "precio"–. "Como 'profesionales' los terapeutas deben aprender a pensar críticamente y a evaluar con exactitud la calidad de su actividad como tal y la del producto terapéutico". Para los terapeutas, que están identificados en lo fundamental con una posición humana y que para cada paciente desean el mejor resultado posible, es en verdad



un reto fuerte enfrentarse además con las condiciones macro-económicas de la prestación de salud. La interdisciplina – y también la división del trabajo– facilitan el trabajar en ambas direcciones.

## 2. Un resumen histórico

Es habitual dividir en fases el desarrollo de la investigación en psicoterapias(39, 14, 21). La historia de aproximadamente cien años de psicoterapia y medicina psicósomática no muestra un desarrollo constante o simplemente lineal.

### 2.1. Los informes de caso único en la búsqueda de descubrimiento

Fue en especial en la primera fase en la que con la presentación de casos individuales, "exitosamente" tratados, se demostró la posibilidad de actuar de la psicoterapia (en el sentido de "Hay tratamientos psicoterapéuticos exitosos"). Un caso típico es el informe sobre Ana O. en los *Estudios sobre la Histeria* de Freud y Breuer: "Ana O. consultó con hidrofobia, trastornos del habla, parestesias por contracturas: fue tratada y los síntomas desaparecieron"(37). Este procedimiento es muy apropiado para la etapa inicial de in-

tentos terapéuticos de "nuevo tipo". La recolección de casos únicos y su discusión clínica son una base "natural" y útil para las postulaciones y diferenciaciones. Para una forma terapéutica y una ciencia viva este proceso de desarrollo no puede ser cerrado. Por eso es que la estrategia de descubrimientos mantiene su trascendencia, especialmente cuando la presentación científica de casos únicos va incluyendo nuevos desarrollos metodológicos(33, 29).

Los informes de casos documentados sistemáticamente, en el Instituto de Berlín por Fenichel (1930) o en el Instituto de Chicago(1) o en la Clínica Psicosomática de Heidelberg(4), han estabilizado ante todo la joven terapia "psicoanálisis" hacia "adentro".

## 2. 2 La investigación de validación

Con los primeros pasos exitosos hacia una forma terapéutica establecida creció simultáneamente la atención del mundo externo. La psicoterapia es tomada científicamente en serio y con ello se vuelve merecedora de crítica. Eysenck y Rachman(10, 11, 42) con una fuerte polémica pusieron en duda la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica y exigieron pruebas científicas.

Hasta fines de los años '70 dominaron la investigación de resultados dos preguntas directrices:

1. Los cambios que se logran en una psicoterapia ¿sobrepasan los que se podrían atribuir al simple transcurrir del tiempo o a la capacidad de autocuración del paciente? ¿Como debe evaluarse la importancia de la remisión espontánea?

2. ¿Los efectos de la psicoterapia resultan de la aplicación de técnicas psicoterapéuticas específicas y pueden por lo tanto diferenciarse claramente del influjo de factores inespecíficos como p. ej. La sugestión y consejos basados en el sentido común (efecto placebo)?

Todavía bajo la estimulación de la pasión de los descubridores y desafiados por los provocadores como Eysenck, en los años '50 se iniciaron ambiciosos proyectos de grandes objetivos. Dos de estos clásicos, muy representativos del espectro de los estudios de esta fase, todavía hoy ejercen su influencia.

En los años '50 la Fundación Menninger inició el llamado Estudio Menninger. El psicoanalista Wallersteim, que ha trabajado más de 30 años en este estudio, lo caracteriza del siguiente modo:

"El resultado de este ambicioso proyecto no fueron sólo las numerosas publicaciones durante más de 40 años –se publicaron varios libros(23, 2)– sino la colaboración en el proyecto que llevó a varios de los hoy

renombrados investigadores en psicoterapia a la investigación empírica".

Más pragmática y explícitamente dirigida hacia el desafío lanzado por Eysenck si bien comenzado unos cuantos años más tarde, por el gran estudio catamnético que Duehrssen y cols., realizaron en colaboración con la AOK-Berlin(7, 6), este trabajo en colaboración posibilitó demostrar la efectividad de la psicoterapia en un grupo de 1004 pacientes, lo que constituye un conjunto enorme para esta especialidad. Los autores pudieron en especial mostrar que el tratamiento psicoterapéutico podía tener un rédito monetario. Este resultado fue uno de los argumentos decisivos para que la psicoterapia psicoanalítica fuera incorporada al servicio social y aseguró la asunción de los costos por parte de los prepagos de la República Federal Alemana.

## 2. 3 Investigación de resultados de proceso

Desde los años '30 paralelamente a la psicoterapia de orientación psicoanalítica se han desarrollado otros modelos de tratamiento psicosocial. Debido en buena medida a la desembozada crítica de Eysenck comenzó una dura competencia entre los diversos modelos. La fase de los estudios comparativos de terapias alcanzó su clímax en los años '70 y en el comienzo de los '80. De todos modos la pregunta global acerca de cuál era la terapia más efectiva evidenció rápidamente ser infructuosa y por el contrario se vio que la pregunta estaba mal formulada(15). Los interrogantes se ampliaron al tema de una investigación diferencial sobre la eficiencia de la psicoterapia:

¿Qué medidas terapéuticas, implementadas por quién, en qué momento?, llevan en este individuo con este problema específico a la cuestión de ¿en qué condiciones, con qué resultado y en qué tiempo?(21). El estudio de Temple, el experimento de terapias breves de Hamburgo(38), las Penn-Study (35), el proyecto catamnético de Heidelberg(3, 27, 46), o el estudio de Berna(15) son ejemplos de esta diferenciación. Si bien todavía había una tendencia a poner el peso en la diferencia de las condiciones iniciales de los pacientes o en la forma especial del modelo terapéutico, la atención se trasladó en la mitad de los '80 con más énfasis al proceso terapéutico.

Orlinsky y Howard en el "*Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*" ("Manual de Psicoterapia y Cambio"), la "Biblia" de la investigación empírica en psicoterapia han reunido cientos de estudios individuales acerca de la relación entre las características sa-

lientes de procesos terapéuticos y su resultado terapéutico. Sobre esta base y con el trasfondo de su añosa experiencia propia en Clínica e Investigación desarrollaron un modelo que han denominado "Modelo Genérico de Psicoterapia". Este modelo no sólo integra un enorme monto de resultados parciales sino que formula simultáneamente un marco teórico para un programa de investigación para los años '90.

El complejo conjunto que plantean, describe al proceso psicoterapéutico como un sistema retroalimentado. El resultado de una sesión influye el desarrollo y con ello el resultado de las sesiones subsiguientes.

En la investigación del proceso se examina el micro-campo. Lo tradicional ha sido que la investigación evaluativa ha tenido como objeto los resultados del tratamiento. La investigación de los resultados del proceso reúne ambas perspectivas. Uno de los problemas clave para entender la efectividad de una psicoterapia es la cuestión de como los micro-resultados se transforman en macro-resultados. Para este problema no hay hasta el presente un modelo definitivo y los datos con que se cuenta son más bien escasos. Lo que se sabe, basado empíricamente en numerosos estudios es que las perspectivas de resultado están asociadas positivamente con la duración de la terapia y el número total de sesiones (41, 28). Esto apoya la idea de que los micro-resultados se acumulan de un cierto modo en macro-resultados. Si esta acumulación corresponde a una suma simple o si es necesario construir un modelo más complejo es un problema que queda abierto. La primera aproximación al mismo es un modelo dosis-efecto (17, 26).

### 3. ¿Que es éxito terapéutico? Acerca del problema de los criterios en la investigación de resultados.

¿Cuáles son los resultados de una psicoterapia? ¿Cómo se los conceptualiza? Estas son obviamente las preguntas centrales de toda investigación de resultados. Pero a pesar de ello la discusión sobre los criterios de resultados está relegada. La pregunta es reducida a su dimensión abstracta "Éxito-fracaso" o -como variante moderna- "Dimensión del éxito". Queda a criterio de los diversos grupos de investigadores cuáles son los criterios que eligen y cómo miden (o no miden) su dimensión. En principio parece bastante adecuado como Westmeyer (54, 27) lo fundamenta metodológicamente bajo el concepto de "inmanencia del modelo". De todos modos es un sobreentendido pre-

vio que es posible tratar el tema del contenido concreto de "éxito" en un "diálogo racional", es decir, que los contenidos pueden por lo menos ser enumerados. El problema no es nuevo: "¿Que significa una mejoría del .85 por encima de la desviación standard en un paciente?"

El legitimar científicamente a la psicoterapia no es una de las menores motivaciones para la investigación de resultados o de efectividad. De esta orientación han surgido muchos impulsos de importancia pero también la tentación de decidir "científicamente" cuestiones no científicas.

#### 3. 1. Estrategias de la recolección de datos (estrategias de medición)

Hoy día se ha logrado un acuerdo (40) acerca de que la recolección de datos debe ser planteada de una manera multidimensional, modal y metódica, es decir que los puntos de referencia cubren un espectro amplio, involucran diversas perspectivas de valoración y aprovechan diversas fuentes de datos.

#### 3. 2. Estrategias de evaluación

Parece algo obvio el preguntar directamente a los pacientes por el resultado de su tratamiento y el valor del mismo. Pero lamentablemente sus respuestas no son igualmente aceptables para todos los interesados en la cuestión de los resultados. Algunos se dejarán impresionar justamente por el peso subjetivo, otros por su discreción llamarán la atención sobre la falta de objetividad, otros más dudaran de que los resultados informados y su importancia deban vincularse con las metas/problemas enfocados al comienzo de un tratamiento o que los mismos puedan ser referidos a la terapia.

Desde el punto de vista histórico -pero todavía muy extensamente- la estrategia de evaluación se dirige a los efectos "medios": se levanta un indicador de resultados (p. ej. una lista de síntomas) al comienzo y al final del tratamiento. Los valores medios previos y posteriores son comparados estadísticamente (muchas veces sin duplicación controlada de las preguntas), y en el caso de ser significativos (muchas veces sin fundamento en  $\alpha=5\%$ ) se afirma la eficacia de la terapia presentada para el estudio. Este procedimiento incluso puede ser aceptable en ciertas circunstancias pero es riesgoso en cuanto a la trascendencia de lo clínico y los contenidos en cuanto a la trascendencia de las conclusiones.

Existe una serie de propuestas, tanto desde la perspectiva teórico-clínica(47, 24, 32) como desde la estadístico-metodológica(31, 20, 44, 30), de cómo llegar a conclusiones de importancia sobre los efectos de la psicoterapia. Los déficits mencionados se fundamentan también en que justamente en la explicación de los objetivos terapéuticos aparecen particularmente evidenciadas las diferencias de los puntos de partida de las terapias. Así es que cada estandarización debe ser un compromiso entre ideales terapéuticos y resultados simples, así como una descripción sencilla orientada hacia lo fáctico, de resultados alcanzables y de existencia convincente.

Debe elegirse la teoría de la enfermedad, es decir, de los cambios de los participantes, la evaluación de la significación de los distintos dominios para cada paciente en particular, es decir, sus interpretaciones subjetivas que tienen capacidad de decisión acerca de que terapia en que encuadre (en el marco de condiciones de contexto no directamente influenciadas por el participante) ha de ser elegida. Indicadores de éxito, que deben sostener una fundamentación racional de la práctica clínica, también exigen un acuerdo acerca de las posibilidades generales e individuales de los procesos de enfermedad y de curación. Es justamente en las psicoterapias de los pacientes con síntomas corporales importantes que se plantea especialmente la relación con criterios de éxito referidos a lo corporal y a lo psicológico.

#### 4. Resultados

Las revisiones de la bibliografía(36, 35, 37) muestran consistentemente la eficacia de la psicoterapia para muchos grupos de pacientes o enfermedades. Los resúmenes producidos hasta el final de los '70 padecían el depender fuertemente de la elección subjetiva de los autores y su "autoridad". Un paso importante hacia la verificabilidad y con ello hacia el punto de vista de una evaluación pasible de ser discutida científicamente fue el Método de Box-Scoring(34). Pero éste tampoco permitió una ponderación del efecto global de una psicoterapia. La brecha fue abierta por Smith, Glass y Miller con su monografía "*The Benefits of Psychotherapy*" ("Los Beneficios de la Psicoterapia") [N. d. T. ](49). Este libro fue saludado como la "revolución meta-analítica de la investigación de resultados"(12). Los autores compaginaron la vista global más completa hasta ese momento: incluyeron 475 investigaciones controladas de psicoterapia y unos

25000 pacientes. Dichos autores, por medio del meta-análisis por primera vez utilizado en la psicoterapia(13, 43), estuvieron en condiciones de integrar los 1766 resultados de tratamiento informados en los 475 estudios, en una evaluación del efecto global de la psicoterapia. Encontraron una intensidad promedio del efecto de 0.85; es decir, que al 80 % de los pacientes que habían sido receptores de una psicoterapia les iba mejor que al promedio de los pacientes no tratados (grupo control).

Al mismo punto llegaron Grawe y colaboradores, que analizaron todos los estudios controlados sobre psicoterapia en lengua alemana publicados hasta 1983, hechos con grupos de pacientes clínicos(15), considerando ante todo la calidad metodológica de los estudios. Este meta-estudio fue la base científica para una certificación que Meyer y cols.(37), confeccionaron para el gobierno federal alemán. En la certificación se trata de evaluar la necesidad de tratamiento psicoterapéutico o psicosomático de los pacientes y hacer propuestas para una atención adecuada de los mismos:

"Una gran cantidad de los esquemas, métodos y técnicas terapéuticas que tienen mucha prensa en el mercado psicológico carecen de toda prueba de efectividad... Por fin, hay un grupo de tres esquemas terapéuticos en los que se ha vuelto sumamente evidente, sobre la base de una gran cantidad de investigaciones controladas sobre su eficacia, que deben ser reconocidos como poseedores de una indudable y probada eficacia"(37).

#### 5. Investigación de resultados de los años '90

A fines de los años '80 se extinguió la investigación de resultados dirigida exclusivamente a la determinación de efectividad. La disponibilidad para investigar los resultados terapéuticos de un modo empírico-científico, y especialmente los numerosos hallazgos positivos, han contribuido mucho a que la psicoterapia y la medicina psicosomática sean contadas en la mayoría de los países entre las formas terapéuticas establecidas, que este medio terapéutico sea reconocido y que sea financiado por los sistemas de seguro de salud. Este éxito libera simultáneamente la mirada para dirigirla a otros interrogantes, tanto nuevos como otros que hasta el momento habían sido dejados de lado.

La investigación de resultados de los años '90 se caracteriza por una creciente variedad de desarrollos de investigación. Se observa en esta transición la investi-

gación de sistemas de provisión del servicio, del análisis de costos-efecto, o la incorporación rutinaria de "know how" científico en forma de medidas de control de calidad. Al mismo tiempo se profesionaliza la investigación se inician macroproyectos y programas de investigación que exigen presupuestos de una magnitud así como una logística de investigación desconocidas hasta el presente para la investigación en psicoterapias.

### 5. 1. Investigación de las bases fundamentales

#### 5. 1. 1. El análisis detallado de los procesos psicoterapéuticos

A pesar de los resultados predominantemente positivos de la investigación en psicoterapia en general y la investigación de resultados en particular, esquematizados durante los años '80, se fortaleció la queja acerca de que los múltiples elementos obtenidos contribuían poco a la comprensión científica del modo de acción, del "modus operandi", de la psicoterapia. El análisis intensivo de los procesos psicoterapéuticos considera a esto el desafío de los años '90.

En 1988 Kaechele y otros investigadores iniciaron una sociedad internacional de Investigación, la PEP (Análisis Psicoterapéutico de Individuos y Procesos). Treinta científicos se reúnen bianualmente con la meta de describir desde diversas perspectivas teóricas, sobre la base del ejemplo de registros videográficos de dos psicoterapias breves, la forma de acción de la psicoterapia, y así promover el camino hacia una modelización de base empírica(22).

Este análisis sistemático de la investigación de resultados es actualmente motivo de gran atención. Otro ejemplo prominente es el "Program on Conscious and Unconscious Mental Processes" ("Programa sobre Procesos Mentales Conscientes e Inconscientes") de la Universidad de California(16).

#### 5. 1. 2. Especificidad: La eficacia en grupos homogéneos de pacientes

La cuestión sobre el tratamiento diferencial adecuado para distintos grupos de pacientes o enfermedades, tiene una importancia tradicional en medicina. Con el establecimiento de la psicoterapia y la medicina psicopatológica como una especialidad y campo "habitual" de la medicina, esta cuestión también adquiere importancia para ellas. Esto no es una cosa obvia, pues la me-

dicina psicopatológica misma no quiere ser reducida a una medicina especial para determinadas enfermedades.

La modestia no ayuda en estos temas. La investigación en muestras demasiado pequeñas –a pesar de lo útil que pueda ser para la formulación de hipótesis– es en todo caso un primer paso. Los resultados no son vinculantes. Una solución posible la ofrecen los proyectos cooperativos: se trata de desarrollar el "know-how" necesario para el gerenciamiento de la investigación y la logística correspondientes. Para ello son necesarios recursos en personal y financieros enormes. Desde esta perspectiva no es de sorprenderse que estudios gigantes como éstos comiencen frecuentemente en el marco de programas gubernamentales. Esto aumenta la disposición –o la presión– a hacerse cargo de los modelos de investigación clínico-médica. En la misma existe desde hace tiempo una experiencia positiva con los así llamados "Estudios Multicéntricos".

Ya en 1977 el *National Institute of Mental Health* (NIMH)<sup>3</sup> bajo la dirección de Morris Parloff e Irne Elkin inició el "Programa de Investigación Colaborativo sobre Tratamiento de la Depresión". Tuvo bastante influencia sobre la investigación de resultados, la promoción de la investigación y la provisión de terapéutica en los EE. UU. e, indirectamente, tuvo influencia mundial. La experiencia con la estrategia y el gerenciamiento, el diseño y por último los resultados(8, 9, 19, 50, 48), constituyen un capital del cual la investigación de resultados de los '90 puede sacar mucho rédito.

El gobierno federal alemán, en forma independiente y al principio –lamentablemente– sin reflexionar sobre las experiencias de este gran estudio del NIMH, inició un programa de investigación para el mejoramiento de la provisión de servicios a los enfermos mentales en Alemania.

### 5. 2. Investigación aplicada en psicoterapia

#### 5. 2. 1. Análisis de costos-beneficio

¿Cuánta terapia es suficiente, y para qué paciente, para alcanzar los resultados deseados? Preguntas de este tipo acerca de la eficiencia y con ello dirigidas a las bases económicas de la provisión psicoterapéutica han

3. Instituto Nacional de Salud Mental estadounidense, una oficina de alto nivel gubernamental.



### 5. 2. 2. Modelos Dosis-Efecto

En el contexto de la investigación de proceso-resultado (v. 2. 3) ya se mencionó el problema de la acumulación de micro a macro-resultados. Una alternativa de solución para este relevante problema tanto en relación a la teoría como la economía de la psicoterapia está en la investigación de la vinculación entre la dimensión y los resultados de la terapia realizada. Esta cuestión tiene aspectos cualitativos: ¿Qué es lo que se administra? así como cuantitativos: ¿Cuánto se ha administrado? Hasta el presente el único aspecto que se inves-

sido ampliamente ignoradas hasta el presente por lo que carecemos de respuestas fundamentadas. Los programas de investigación se dirigen en dos direcciones:

- a. Análisis de costo-beneficio (CBA)
- b. Análisis de costo-eficiencia (CEA)

También en la investigación de CBA/CEA se involucran diversos intereses: p. ej. los pacientes y sus allegados, los seguros, los empleadores, etc. A pesar de su enorme importancia sólo hay muy pocas investigaciones utilizables(55, 5). En la actualidad es muy tenido en cuenta el "EAP-Financial-Impact-Study", que se llevó a cabo en la famosa McDonald Douglas Corporation conocida como productora de aviones. El estudio demuestra muy impresionantemente los beneficios económicos de un programa de psicoterapia: "La Relación Costo-Efecto (suma invertida /ahorros) es de 4:1, el ahorro de cuatro años para los miembros de la EAP es de 5,1 millones de dólares. En esta suma ahorrada se incluye muy especialmente el monto equivalente de los días de trabajo que no se perdieron equivalentes a 762.526 dólares. De especial importancia es que no sólo descienden los gastos por enfermedad de los miembros de la EAP sino también los costos de los familiares que deben ser tomados a cargo.

tiga es el cuantitativo. Howard y cols. proponen adoptar el modelo conocido en la medicina de Dosis-Efecto, particularmente en forma del modelo de *probit*. De acuerdo a esta elección de modelo se calcula la mejor adaptación lineal (curva de regresión) para la relación entre el log. de la transformación de la "dosis" y la tasa de éxito. "Esta transformación logarítmica expresa que con tratamiento creciente se necesitan cada vez más sesiones para obtener un incremento perceptible del porcentaje de pacientes mejorados"(17).

Estas investigaciones de los aspectos económicos son imprescindibles para la optimización de la provisión psicoterapéutica y la provisión psicosomática. En el "National Care Utilization and Expenditure Survey" (NMCUES<sup>4</sup>, 1980/81) se informó que del 44 % de las personas que tomaban una hora con un "mental health specialist" concurrían menos de cuatro veces y requerían el 6,7 % de los gastos. En contraposición, el 16,2 % de los pacientes hacían más de 24 entrevistas y requie-

4. NMCUES. "Estudio Nacional de la Utilización y el Gasto de los Servicios".

rían el 57,4 % de los recursos. Estas investigaciones del sistema de provisión tienen gran significación clínica. Estudios epidemiológicos sobre extensión, padecimientos psíquicos, psicopatológicos o somatopsíquicos, posibilitan estimar los requerimientos de prestación psicoterapéutica. La investigación de la praxis terapéutica permite estimaciones de las posibilidades terapéuticas disponibles; estudios sobre las conductas de utilización por parte de los pacientes y de las "conductas terapéuticas" de los terapeutas mejoran la distribución y el aprovechamiento de recursos escasos (37, 18, 45).

### 5. 2. 3. Control de calidad

Debido a los nuevos objetivos político-económicos planteados por el tema del pago así como la calidad de la terapia, se desarrolla un nuevo punto de aplicación de la investigación de resultados, conocido actualmente bajo el título de "Control de Calidad" (CC), que genera intranquilidad. De lo que se trata es de investigar la calidad de procedimientos terapéuticos aceptados en la rutina clínica. En la cotidianidad clínica por ejemplo se amplían los campos de indicaciones, se modifican las técnicas terapéuticas o se prueban nuevos encuadres. La tarea central del CC es desarrollar para estas ampliaciones los estándares y

acompañar su introducción en la praxis (Consejo General de Peritos, 1989).

El CC es una rama relativamente nueva de la investigación de resultados. Puede basarse en desarrollos metodológicos y experiencias organizativas de la investigación de resultados. Una masa de determinaciones de detalle permite formular estándares provisionarios. Sin embargo en el tiempo transcurrido todavía se necesita una masa de investigación de los fundamentos. La función central del CC es de señalización, debe posibilitar el rápido retorno de situaciones fuera de lo usual y no ser la justificación de sanciones para la calidad "deficiente". Es decir que un instrumento adecuado para CC debe:

- identificar pacientes "excepcionales", reconocer cambios en el perfil cualitativo (¿qué pacientes son tratados por quién, a través de qué medios terapéuticos, con qué resultado?) y en qué referencia temporal (p. ej. anual).

- integrar en un perfil general perfiles cualitativos específicos, que en general son diferenciados sobre la base de puntos específicos locales y de presupuestos terapéuticos, de modo que puedan ser localizados los déficits potenciales del sector (p. ej. en relación a determinados grupos de pacientes), o clínicas o terapeutas que se desvíen llamativamente del perfil general ■

### Referencias bibliográficas

1. Alexander, F., Five-years report 1932-1937. *Institute for Psychoanalysis*, Chicago, 1937.
2. Appelbaum, S. A., *The anatomy of change*. Plenum Press, New York, 1977
3. Bräutigam W., Senf W., Kordy H., Wirkfaktoren Psychoanalytischer Therapie aus der Sicht des Heidelberger Katamneseprojekts. In: Lang H., *Wirkfaktoren der Psychotherapie*, Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1990, S. 189-208.
4. de Boor C., Künzler E., *Die Psychosomatische Klinik und ihre Patienten*. Klett, Stuttgart, 1962.
5. Deter H-C., Kosten-Nutzen-Analyse der tiefen-psychologisch-orientierten Gruppentherapie bei Patienten mit Asthma bronchiale. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 1989, 2:154-162.
6. Dührssen A., Jorswieck E., Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt*, 1965, 36:166-169.
7. Dührssen A., Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Z. Psychosom. Med.* 1962, 8:94-113.
8. Elkin I., Parloff M. B., Hadley S., Autry J., NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Background and research plan. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1985, 42:305-316.
9. Elkin I., Shea M. T., Watkins J. T., Imber S. D., Collins J. F., Glass D. R., Pilkonis P. A., Leber W. R., Docherty J. P., Fister S. J., Parloff M. B., NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: General Effectiveness of Treatments. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1989, 46:971-983.
10. Eysenck H. J., The effects of psychotherapy: An evaluation, *J. Consult. Clinica Psychol.*, 1952, 16:319-324.
11. Eysenck H. J., *The effects of psychotherapy*. Internat. Science Press, 1966, New York.
12. Fiske D. W., The meta-analytic revolution in outcome research. *J. Consult. Clinica Psychol.* 1983, 51:65-70.
13. Fricke R., Treinies G., *Einführung in die Meta-Analyse*. Huber, Bern, 1985.
14. Grawe K., Psychotherapieforschung der neunziger Jahre. *Psychol. Rundschau*, 1992, 43:132-162.



15. Grawe K., Caspar F., Ambühl H., Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich. *Z. Klin. Psychol.* 1990, 19:292-376.
16. Horowitz M. J., Person schemas and maladaptive interpersonal behavior. *Univ. Chicago Press*, Chicago, 1991.
17. Howard K. I., Kopta S. M., Krause M. S., Orlinsky D. E., The dose-effect relationship in psychotherapy. *Amer. Psychol.*, 1986, 41:159-164.
18. Howard K. I., Lueger R. J., Schank D., The Psychotherapeutic service delivery system. *Psychother. Research*, 1992, 2:1-17.
19. Imber S. D., Pilkonis P. A., Sotsky S. M., Watkins J. T., Shea M. T., Elkin I., Collins J. F., Leber W. R., Glass D. R., Mode-specific effects among three treatments for depression. *J. Clinical and Consult. Psychol.*, 1990, 58:352-359.
20. Jacobson N. S., Truax P., Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1991, 59:12-19.
21. Kächele H., Kordy H., Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung. *Nervenarzt*, 1992, 63:517-526.
22. Kächele H., Une nouvelle perspective de recherche en psychothérapie: le projet PEP. *Psychothérapies*, 1992, 2:73-77.
23. Kernberg O. F., Burstein E. D., Coyne L., Appelbaum A., Horwitz L., Voth H., Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bull. Mem. Clin.*, 1972, 36:1-275.
24. Kish J., Kroll J., Meaningfulness versus effectiveness: Paradoxical implications in the evaluation of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1980, 17:401-413.
25. Korchin S. J., Nonspecific factors in psychotherapy. In: Minsel W.-R., Herff W., (eds.), *Methodology in psychotherapy research*. Peter Lang, Frankfurt/M S., 1983 1-30.
26. Kordy H., von Rad M., Senf W., Empirical hypotheses on the psychotherapeutic treatment of psychosomatic patients in short-and long-term time unlimited psychotherapy. *Psychother. Psychosom.*, 1989, 52:155-163.
27. Kordy H., von Rad M., Senf W., Success and failure in psychotherapy: hypotheses and results from the Heidelberg Follow-Up Project. *Psychother. Psychosom.* 1983, 40:211-227.
28. Kordy H., von Rad M., Senf W., Time and its relevance for a successful psychotherapy. *Psychother. Psychosom.*, 1988, 49:212-222.
29. Kordy H., Norman D., Psychische und körperliche Faktoren des Krankheitsverlaufs bei Morbus Crohn. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 1992, 42:141-149.
30. Kordy H., Scheibler D., Individuumorientierte Erfolgsforschung: Erfassung und Bewertung von Therapieeffekten anhand individueller Therapieziele. *Zschr. Klin. Psychol. Psychiatr. Psychother.*, 1984, 32:218-233, 309-318.
31. Kordy H., Senf W., Überlegungen zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen. *Psychother. Psychosom. Med. Psycho.*, 1985, 35:207-212.
32. Kordy H., Senf W., Evaluationsforschung: End oder Anfangspunkt empirischer Ergebnisforschung? In: Lamprecht F., (Hg) *Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1987.
33. Leuzinger-Böhleber M., Kächele H., Von Calvin zu Freud: 5 aggregierte Einzelfallstudien zur Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. *Zschr. Klin. Psychol.*, 1990, 19:111-122.
34. Luborsky L., Singer B., Luborsky L., Comparative studies of psychotherapy: Is it true that "everyone has won all must have prizes? *Arch. Gen. Psychiatry*, 1975, 32:995-1008.
35. Luborsky L., Crits-Cristoph P., Mintz J., Auerbach A., *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes*. Basic Books, New York, 1988.
36. Meltzoff J., Kornreich M., *Research in psychotherapy*. Atherton Press, New York, 1970.
37. Meyer A-E., Richter R., Grawe K., Graf von der Schulenburg J.-M., Schulte R., *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*. Univ. Krankenhaus Hamburg-Eppendorf, 1991.
38. Meyer A-E., et al., The Hamburg Short Psychotherapy Comparison Experiment. *Psychother. Psychosom.*, 1981, 35:81-207.
39. Meyer A-E., Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. *Z. Klin. Psychol.*, 1990, 19:287-291.
40. Newman F. L., Therapist's evaluation of psychotherapy. In: Lambert M. J., Christensen E. R., DeJulio S. S. (eds.), *The Assessment of psychotherapy outcome*. Wiley, New York, 1983.
41. Orlinsky D. E., Howard K. I., The relation of process to outcome in psychotherapy. In: Garfield S. L., Bergin A. E. (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 3rd ed. Wiley: New York, 1986.
42. Rachman S., *The effects of psychotherapy*. Pergamon Press, Oxford 1971.
43. Rosenthal R., Meta-Analysis: A review. *Psychosomatic Medicine*, 1991, 53:247-271.
44. Saunders S. M., Howard K. I., Newman F. L., Evaluating the clinical significance of treatment effects: norms and normality. *Behavioral Assessment*, 1988, 10:207-218.
45. Schepank H., Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. *Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1987.
46. Senf W., Kordy H., von Rad M., Bräutigam W., Indication in psychotherapy on the basis of a follow-up project. *Psychother. Psychosom.*, 1984, 42:37-47.
47. Senf W., von Rad M., Ergebnisforschung in der Psychosomatischen Medizin. In: von Uexküll T. H. (Hg), *Psychosomatische Medizin*. Urban & Schwarzenberg, München, 1990, S. 382-399.
48. Shea M. T., Elkin I., Imber S. D., Sotsky S. M., Watkins J. T., Collins J. F., Pilkonis P. A., Beckham E., Glass D. R., Dolan R. T., Parloff M. B., Course of depressive symptoms over follow-up. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1992, 49:782-787.
49. Smith M. L., Glass G. V., Miller T., *The benefits of psychotherapy*. John Hopkins, Baltimore, 1980.
50. Sotsky S. M., Glass D. R., Shea M. T., Pilkonis P. A., Collins J. F., Elkin I., Watkins J. T., Imber S. D., Leber W. R., Moyer J., Oliver M. E., Patient predictions of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am. J. Psychiatry*, 1981, 138:997-1007.
51. Speer C. D., Clinically significant change: Jacobson and Truax (1991) revised. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1992, 60:402-408.
52. Strupp H. H., *Wahrnehmung und psychotherapeutische Gestaltung*. Pöschel, 1978, 14:73-87.

# EL PSICOANALISTA, EL AMBITO DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL Y SUS REGLAS

**Eric Laurent** *Psicoanalista. Presidente de la Ecole Européenne de Psychanalyse. Director de Mental? Revue Internationale de Santé Mentale et Psychanalyse appliquée, Paris, Francia*

**E**n materia de Instituciones en los ámbitos de la Salud Mental, de la Psiquiatría y de la Medicina, podemos adoptar una doctrina de prudencia: no intentar demasiado saber qué son, admitir su existencia como un hecho o tener cierta desconfianza –en esta área o en el área social general– la desconfianza del sabio. El psicoanálisis puede alentarnos en esta empresa, en la medida en que desconfía de las identificaciones. Llegaríamos así a la indiferencia.

## La posición de Freud

Freud apuntaba a otro lado. Rápidamente establece una doctrina de las instituciones sociales, como tal. Precizando los trabajos de la sociología francesa, y en particular las consideraciones de Tarde sobre las masas, muestra los desmanes de los procesos de idealización que fundan la autoridad del líder. Le parece que el papel del partido bolchevique en la revolución rusa confirma lo que anunciaba en su *Tótem y tabú*. De allí deduce una fórmula sorprendente: lo que comenzó por el padre se termina por las masas(1). El capítulo sobre la identificación del *Yo y el Ello y el Malestar en la cultura*, anunciarán el papel que pronto desempeñará el partido único en las sociedades europeas.

La indiferencia de Freud se manifestó sólo en relación con la filantropía, ya que siempre desconfió de esta práctica, por encontrarla justificada por el ideal. Sin embargo, su desconfianza respecto del mandamiento cristiano formulado por Pablo de amar al prójimo como a uno mismo, no lo lleva a querer liberar al hombre de la ley.

En un primer sentido, podemos decir que Freud da muestras de una desconfianza propia a la tradición judía respecto de los desbordes del amor que designan a aquéllos que resisten a su extensión universal como

objetos particulares de masacre. En otro sentido, podemos decir que es el cientificismo del maestro de Viena lo que lo protege de la tentación universalizante y lo lleva a sostener que es la ley la que puede romper el sometimiento al ideal.

## Ciencia y escepticismo

Para ello, es menester establecer los profundos vínculos que relacionan ciencia y ley. Jacques Lacan, en su *Ética del psicoanálisis*, sigue a A. Kojève al admitir que es el corte del monoteísmo y de su ley lo que dio lugar a la ciencia, si bien enfatiza más que Kojève el origen propiamente judaico de esta última<sup>1</sup>. Si lo seguimos, podemos entender que la ley no lleva al ideal sino a lo real. Si lo olvidamos, llegamos a una variante del amor universal tan perniciosa en sus efectos como su primera versión: el ideal científico. Deberíamos constituir conjuntos cada vez más amplios de casos cuyo único valor sería que responden a la regla que los constituye por su aplicación.

Se trata de un ideal terrible donde pueden confluír la voluntad de resultado científico y el uso político para establecer un mundo donde la razón justificaría que las reglas sean verdaderos dogmas. Desde Hume en adelante, una tradición escéptica y científica nos enseña a desconfiar de esta concatenación. La escuela de la razón debe separarnos del asentimiento espontáneo que le damos a las reglas. Esto es lo que la lectura de Wittgenstein que realizara S. Kripke nos transmitió a nuestra visión contemporánea. La introducción en el psicoanálisis de la paradoja escéptica de Kripke, que realizara Jacques-Alain Miller en su curso del año 1993-1994 llamado "Donc", nos abrió los ojos a esta distinción entre la aplicación de la regla y el acto de fe necesario para atravesar cada etapa<sup>2</sup>.

## Despotismo del universal

Todo aquel que trabaja en esta zona de actividades designadas con el término general de "instituciones", en el área de la psiquiatría, de la salud mental y de la medicina, debería cultivar esta desconfianza. En la sociología contemporánea los trabajos de Pierre Bourdieu son los que más han contribuido para abordar el área de las instituciones como área electiva de aplicación de una regla que los agentes sociales desconocerían<sup>3</sup>. A partir de esta perspectiva, la desconfianza respecto de las instituciones, y la vigilancia democrática, se ordena como desconfianza respecto del todo universal que pretenda adueñarse de antemano del campo de aplicación de la regla. Es aquí donde esta preocupación se asocia con la orientación lacaniana en la *Ética del psicoanálisis*, que interroga a la ética kantiana sobre el todo que supone la máxima de actuar de tal modo que la acción pueda valer en todos los casos.

## Alcance(s) de la regla

¿Qué es entonces un procedimiento y su aplicación? Hay varias maneras de orientarse. En primer lugar, es lo que hay que seguir, lo que nos da una guía, pero es también lo que debe permitirnos resolver las situaciones nuevas, los disfuncionamientos e, incluso, las crisis que sacuden a las diversas instituciones. La regla no es independiente de una práctica regular de la misma. No se halla en el "cielo de las reglas" y su aplicación práctica divorciada de ella. Esto quiere decir también: no hay regla sin infracción a las reglas; o aun, no hay reglas sin una práctica viva de la interpretación de las reglas.

Las instituciones actúan como los mortales, quienes para hacer vivir a su sociedad deben infringir sus reglas. ¿Acaso sabemos lo que nos hace respetar una regla? Lacan, en la época en la que ya no enfatizaba la palabra verdadera, sino los mandamientos de la palabra, subrayaba la relación de la regla y de su aplicación como bordes recíprocos<sup>5</sup>, la regla y la transacción con la regla se anudan necesariamente. El que no sepamos nada acerca de lo que nos hace respetar la regla, puede enunciarse al extremo a través del moralista con la forma de la famosa paradoja: "cómo los vicios privados forman la virtud pública". Lacan cita al respecto *La fábula de las abejas*, de Bernard Mandeville, quien como su nombre no lo indica es inglés y escribía en el siglo XVIII, para recordar algunos comentarios del gran moralista que seguía la línea de Montaigne...

"Las leyes y el gobierno son a las corporaciones políticas de las sociedades civiles, lo que el espíritu vital y la vida misma son al cuerpo natural de las criaturas animadas... Lo que hace que el hombre sea un animal social no es su deseo de compañía, su bondad natural, su piedad, su carácter afable y otras gracias de hermosa apariencia, sino que más bien sus características más viles y odiosas, son las perfecciones más necesarias para equiparlo para las sociedades más vastas, y como va el mundo, más felices y más florecientes".

## Secuelas del utilitarismo

He aquí un pasaje digno del mejor humor inglés. Y por otra parte, para todos los anglófilos, empezando por Voltaire, existe algo como un arte de vivir inglés, muy distinto de la cortesía francesa, que transmite, como el humor, una posición subjetiva del ser. Fueron los ingleses los que aportaron al mundo de las luces la gran revolución en materia de moral que sigue haciendo sentir sus consecuencias: el utilitarismo, como el polígrafo Bentham lo soñó. La prueba es el último libro, o la última meditación de Soljenitsyne sobre la historia de Rusia. Para él, el mal que Occidente habría transmitido al alma rusa, mucho antes del comunismo, tiene un nombre: utilitarismo.

Esto hace que la enseñanza de las ciencias morales en Inglaterra sea algo muy delicado. La filosofía de la moral y las cátedras de ética han quedado agotadas, dejando estos temas para el clero anglicano, siempre en pugna con Roma, siempre al menos evitando una conversión como lo muestra la edificante historia del cardenal Manning narrada de manera sorprendente por Lytton Strachey<sup>(3)</sup>. Un profesor de moral contemporánea, uno de los pocos que aceptaron el desafío, Bernard Williams, comprobó que si bien el tema siempre había molestado, los modernos habían innovado muy poco en la materia, salvo en un punto. Su nueva manera de molestar era no hablar nunca de eso. El tema se mezcló con el tema utilitario (maximizar la felicidad de todos considerada como una función calculable), o también con el tema político (la felicidad es sólo la suma de los derechos reales de cada uno). Así pues, es imposible plantearse la cuestión de la felicidad legítima de cada uno fuera de ciertos modelos econométricos. Por ende, se discuten los modelos econométricos en las facultades de economía, el debate pasa de Harvard a Chicago, y mientras tanto, el tiempo pasa, puntuado por lamentos sobre la ausencia de nobles intenciones. ¡Ah! las nobles inten-

ciones, todo el mundo está a favor de ellas, con la condición de tener el modelo econométrico apropiado, y así volvemos al punto de partida.

### Lo universal y lo particular

Este malestar, Jacques Lacan lo diagnosticó ya en los años cincuenta con una frase que marca el momento actual: "No podría haber satisfacción para nadie fuera de la satisfacción de todos"<sup>4</sup>. Al menos este es el resumen que nos da cuando vuelve a poner el problema sobre el tapete, diez años más tarde en su *Ética del psicoanálisis*. Entonces nota la dificultad central de esta perspectiva que pone a la comunidad en la posición de brindar la solución: "el objetivo parece indefinidamente lejano. No es culpa del análisis si el tema de la felicidad no puede articularse de otra forma hoy en día... Dado que la felicidad entró en la política, para nosotros el tema de la felicidad no tiene solución aristotélica posible...". Ubiquemos el diagnóstico de Lacan en este punto. La dificultad moderna que enuncia Bernard Williams por otras vías, reside en que la solución se encuentra a nivel de todos, lo que, para Lacan en 1960, deja el problema para cada cual en el Estado, hundiendo en la irrealdad cualquier "disciplina de la felicidad" individual como Aristóteles intentaba proponerle al Amo de la antigüedad. Lo único que queda disponible es recurrir a la disciplina de los consumidores, a veces señalados con el dedo por consumir demasiado y por ende despreocupados y viviendo a crédito, a veces atrapados por la dificultad económica, consumiendo demasiado poco pues están demasiado preocupados por un futuro al que no hay por qué temer. Estas oscilaciones se resuelven por un llamado moral hacia una nueva forma de consumir, más moral, donde en el mismo acto de comprar se asociarían misteriosamente la virtud más cívica y la decisión más individual. El *marketing*, la macro-economía y las ciencias morales podrían al fin medir los grados de satisfacción de la manera más operatoria posible. Entonces sí, se podrían aumentar los salarios sin más preocupaciones, o bajarlos con otras consecuencias, se los gastaría de la mejor manera posible y el tema de la felicidad y, al mismo tiempo, el de la política, se borrarían de nuestro horizonte, tan negro. Un consumo verdaderamente moral y una empresa ciudadana nos librarían de muchas preocupaciones. Vemos una vez más el retorno del Superyo que sigue al período permisivo precedente: éxito de edición de los

libros que tratan la moral y la virtud—la lista sería demasiado larga, y habría que hacerla en todos los países de Europa—; retorno del tema kantiano para restaurar el imperativo categórico; denuncia del período estructuralista que habría dejado sin orientación moral a una generación entera; sueño del reemplazo de la política por el gobierno de los sabios o de los jueces. Los síntomas no faltan. Es nuestra responsabilidad interpretarlos de manera activa.

### Pulsión y fracaso

A veces hablamos tan confusamente en términos de pulsión de la satisfacción individual y de la satisfacción colectiva que no comprendemos cómo Lacan pudo hablar, en un momento de su enseñanza, de "¿cómo una época vive la pulsión?" Lacan no perdió nunca de vista esta perspectiva freudiana, siempre reformulada. Mientras que en la lógica colectiva que trazaba entre 1946 y 1949, le parecía que el cálculo colectivo hallaba sin problema una salida posible, incluso en la perspectiva del juicio final, ve un obstáculo en *Kant avec Sade* (1960) y retoma el tema a partir de la sublimación y de lo que ésta revela sobre el color de vacío de las pulsiones. Se trata siempre de describir las seducciones del Superyo que se ofrecen en cada época.

Hay otras maneras de ser sensible al anudamiento de la regla y de la práctica, puede ser la manera en que Wittgenstein critica la idea del lenguaje como cálculo, la suposición que "el que enuncia una frase y la piensa o la comprende efectúa de este modo un cálculo según reglas determinadas... El empleo de una palabra puede ser regular sin por ello estar "limitado por reglas por todas partes" (4). Esto es válido para el uso del lenguaje pero la crítica de Wittgenstein se refiere también a una concepción mecánicamente inductiva de lo que es un cálculo. Lo que trae en cada etapa de aplicación de la regla la certeza de su efectación, sigue siendo un enigma. Cualesquiera sean las reglas, no nos liberan de lo que nos lleva entre líneas a querer aplicarlas y así, a darles consistencia.

La hipótesis del psicoanálisis se refiere no sólo a las relaciones de la identificación y de la regla social, sino también al hecho de que, entre las líneas de la regla se satisface la pulsión. Esta hipótesis se llama teoría del Superyo. Es así como la *Ética del psicoanálisis* se presenta como una lucha precisa contra el ideal, acompañada por un uso y no por un desprecio de la regla. La enseñanza de J. Lacan quiso ayudar a romper los en-

cantos de la deducción errónea. Él opone la falsa universalidad de la regla(5) a lo que hace ley para cada uno, es decir lo particular del fracaso(6).

### El secreto de la regla

La desintegración del Otro, su alejamiento, que deja al sujeto cada vez más en su auto-erotismo(7), lleva al amo a crear dispositivos para detener la fuga del sentido, y asegurarse así un universo de discurso sólido, o una comunidad viable. Se trata siempre de restaurar la falsa perspectiva de una regla universalmente válida. Ciertos filósofos pragmáticos, como Richard Rorty, se consideran cercanos a las investigaciones del primer Heidegger sobre el rechazo de la transcendencia kantiana, y sólo le ven una salida racional a los conflictos de valores a través del debate democrático infinito entre estilos de vida. Esta yuxtaposición desemboca en una desaparición de un lugar del otro que sirva de referencia para todos. Los estilos de vida aparecen como el triunfo del neo-utilitarismo. El álgebra de los placeres modernos se reduce así a las yuxtaposiciones de estos estilos, habiendo abandonado cada uno la esperanza de hablar con otros, y el vínculo sólo queda asegurado por un principio de maximización derivado del pensamiento de John Rawls. Esta comunidad humana, esta institución, puede funcionar, para estos autores, sobre el modelo de la comunidad científica. La solidaridad que demuestra alrededor de la prueba parece ser suficiente. Los comunitaristas (Charles Taylor y sus amigos) se oponen a esta perspectiva intelectualista: las reglas suponen una "comprensión incorporada" de la cual esta perspectiva no da cuenta. Para nosotros, esto quiere decir que  $S_1$  es ineliminable, como guía para interpretar la regla, la jurisprudencia infinita del debate democrático no es separable de una teoría política del Amo. El debate progresista alrededor del "comunitarismo" parte del sujeto aislado, el de la óptica liberal, más o menos identificado con el yo del cognitivismo, singular o plural (Dennett, Fodor) poco importa, ¿no sería mejor situar el debate centrándolo de otra manera, como por ejemplo a partir de los intentos de hacer vivir comunidades como la de las mujeres, o bien la de los sujetos que hablan idiomas minoritarios (catalán, bretón, etc.)? El "mentalés" es contemporáneo a la multiplicación de los idiomas minoritarios, forma actual de la investigación de la lengua donde se diría el goce (U. Ecco generalizado). Frente a la regla artificial y la "comprensión incorporada", el gran secreto de la

regla es que cada etapa de su aplicación esconde una elección de goce.

### Institución y particular

La perspectiva cognitivista, no más que la comunidad pragmática, no logra detener la fuga del sentido. Al querer aislar la instancia que comprende, produce sujetos que ya sólo están unidos por una referencia que siempre se escapa, actitudes proposicionales siempre en fuga, sujetos que no hablan ya ningún idioma conocido. Podemos examinar cómo Davidson quiere resolver el problema y la versión del psicoanálisis que da su mujer, Martia Cavell. También les podemos oponer a los cognitivistas, y a las soluciones que proponen, las objeciones de los que parten del hecho, diametralmente opuesto, de que el mundo sólo puede conocerse con certeza para una ínfima parte de nuestra presencia en el mundo. Se trata del desafío escéptico, para retomar el título de un reciente coloquio en el Collège de France. Es así como, para luchar contra el imperio del Superyo y la falsa ideología de la causalidad, queremos instituciones en el campo de la salud mental y de la medicina, que le den su lugar a la particularidad, y que desconfíen de la masificación por identificación. La hipótesis freudiana del inconsciente implica que la particularidad no sólo se alcanza respetando los derechos de la persona, lo que es un requisito necesario, sino dejando hablar al sujeto. Primero no hay que hablarlo, o someterlo a la regla, aunque fuera la mejor de las reglas.

Para ir contra la agregación institucional, es menester darle su lugar a la palabra del sujeto, ya sea a través de la entrevista clínica, el diálogo constante con el enfermero o el educador, o, inclusive, el pequeño grupo. También hay que saber lo que se oye en la palabra, sobre todo porque el sujeto tratado de este modo no habla enseguida, ya sea niño psicótico o autista, adulto en crisis o toxicómano. A partir de la palabra, de la defensa original que le da lugar a un primer desplazamiento, se puede construir con paciencia la cadena inconsciente, entre lo que siempre vuelve al mismo lugar y el sujeto que responde por ello. Sin embargo, nadie debe idealizar este esfuerzo y todos deben saber en este campo que el pasaje al acto es también una manera de fijar el sentido que se desvanece. Orientarse en el campo abierto entre silencio y pasaje al acto sólo es posible siguiendo el hilo de la cadena. Se necesitan instituciones particulares para darle lugar al inconsciente. Más allá del ám-



bito de las instituciones especializadas, esto puede no ser bien tolerado pues se prefiere reducir la palabra al mensaje, sin pasar por el código particular que permite descifrarlo.

Más allá del ámbito de las instituciones psiquiátricas, en el vasto ámbito de la práctica médica, se interroga al sujeto y a sus particularidades de otro modo. El sujeto se sitúa por su cuerpo, sus límites, sus pertenencias, lo que puede perder y por lo que debe responder. El sujeto del derecho y el sujeto del inconsciente mantienen allí proximidades muy extrañas. Querer instituciones particulares no es querer un área reservada más, una nueva segregación, es querer que en cada espacio constituido por una determinación institucional nos orientemos, en lo que respecta al sufrimiento psíquico, hacia la existencia de la cadena inconsciente, huella del fracaso propio a cada uno, y no hacia la identificación común.

### El "impasse" de los post-freudianos

¿Qué formación queremos para un psicoanalista a la altura de sus responsabilidades en el área de la salud mental? Se necesita la misma formación que para ejercer la cura psicoanalítica misma. Ya conocemos las palabras de Jacques Lacan: "No hay formación del psicoanalista, hay sólo formaciones del inconsciente". Hoy más que nunca debemos apreciar el alcance de esta frase. Hoy en día, cuando múltiples poderes desearían legislar en lugar de las sociedades psicoanalíticas, sobre los títulos que éstas otorgan, y cuando la multiplicación de las fuentes de legitimación institu-

cionales (desde la universidad hasta las instituciones asistenciales) conduce a la autorización salvaje.

En un primer sentido, la frase de Lacan significa que el analista debe formarse ante todo para comprender la retórica del inconsciente. En un segundo sentido, significa que debe acostumbrarse a las formaciones de su propio inconsciente y así, debe analizarse. En un tercer sentido, que el analista forma parte del inconsciente y que debe darse cuenta de ello. La frase de Lacan se comprende mejor a partir de la tesis formulada por J.-A. Miller quien nos dice que el inconsciente interpreta. El analista sólo interpreta porque forma parte del inconsciente y porque se ha vuelto el producto de esta operación. Cómo adaptarnos a ese ser, eso es la formación del psicoanalista.

En cada país, el psicoanálisis se instaló en relación con y como derivación de las homologaciones sociales del deseo de curar. Freud se mostró dispuesto a negociar con los poderes públicos la salvaguarda de la dimensión terapéutica del psicoanálisis con la condición de no renunciar a su misión más elevada: la que atribuye a la ciencia psicoanalítica. No deja de alertarnos contra la ideología terapéutica. Lo formula, de manera decisiva en su texto de 1926, *El análisis profano*. "Sólo quiero estar seguro de que no dejarán que la terapéutica mate a la ciencia" (8). También evoca el contrapunto de esta derivación terapéutica del psicoanálisis. "Los representantes de las diversas ciencias del espíritu deben aprender psicoanálisis... Es menester que aprendan a comprender el análisis... sometiéndose ellos mismos a análisis" (9). El analista didáctico, el *lehranalytiker*, no es en un principio el formador de los analistas terapeutas sino el analista de estos representantes de las ciencias humanas. Debe haber

tenido una "cuidada formación" para dedicarse a aquél que eligiera el psicoanálisis como disciplina para investigar la civilización. Comprendamos bien la paradoja, no se trata de enseñar psicoanálisis, sino un tipo de cura, una por una, con el objetivo de transmitir a otros el aporte del psicoanálisis sobre la civilización como tal, algo como una transferencia de trabajo. Para la "cuidada formación" estos analistas, sin embargo, deberían hacer sus primeras armas en el ámbito de la terapéutica. Freud no está a favor de que existan dos categorías de analistas. "Todo esto requiere cierta dosis de libertad de movimiento y no tolera ninguna restricción mezquina" (10).

Ya sabemos cómo se recibieron las propuestas de Freud en las sociedades psicoanalíticas existentes. La apertura hacia los no-médicos, es decir el acotamiento del aspecto terapéutico iba a ser muy mal recibido. Desde el rechazo más contundente por parte de los norteamericanos, hasta la aceptación a regañadientes de los ingleses<sup>5</sup>, pasando por la entusiasta adhesión de los húngaros encabezados por Ferenczi, aun siendo representante de su conocido activismo terapéutico. El modelo del Instituto de Berlín en cuanto a la habilitación iba a imponerse y transmitirse luego en forma adaptada a los países anglosajones. El no-médico tenía su lugar en el curso de forma excepcional o transitoria.

La esperanza de prevenir las neurosis con el análisis infantil haría nacer muy pronto una categoría inédita, la de los psicoanalistas infantiles, sobre todo formada por no-médicos, como A. Freud o M. Klein. Más aún, durante la posguerra, en Europa, en América Latina, en el Brasil y los EE.UU. se ve desarrollarse un pacto tácito. Los evidentes beneficios que brinda el psicoanálisis, su alcance terapéutico, probado por la importante cantidad de médicos con formación psicoanalítica, eran reconocidos a través de una tolerancia de hecho de las actividades terapéuticas de los psicoanalistas. La psicología universitaria quiso también tomar el camino que Freud había abierto y que se reconociera así el título y la práctica de psicólogo universitario clínico. Algunos psicólogos se unieron a las sociedades de psicoanálisis y las filas de los no-médicos pronto se dividirían entre psicólogos como paramédicos y los otros. El problema que planteaba Freud tenía de esta forma una aparente respuesta práctica. ¿Pero esta asociación es una respuesta satisfactoria para la pregunta de Freud? Es necesario preservarla en el seno de las sociedades psicoanalíticas para asegurar su legitimación necesaria en la organización social del deseo de curar -y así evitar las "restricciones mezquinas" que no tardarían en surgir- pero no es suficiente

para cumplir con nuestras obligaciones para con el psicoanálisis.

Para Freud se trataba de otra cosa: de la inserción del psicoanálisis en la civilización. Lacan comprobó primero que el sistema funcionaba al contrario de aquello por lo que Freud lo había imaginado: el sistema se dejaba ir cada vez más por la pendiente terapéutica. La ideología espontánea del terapeuta se revelaba siempre más: pensar que lo individual no es lo colectivo, pensar que el individuo no es lo social y otras concepciones derivadas de un atomismo que se niega a ver que el otro, el vínculo social, la identificación, están primero<sup>6</sup>. Lejos de cimentar el vínculo entre el psicoanálisis y las ciencias sociales, la clase de los analistas "mejor formados" se dedicaba a afianzar una extraterritorialidad para el psicoanálisis. Lejos de seguir al movimiento de renovación profunda de las ciencias sociales a través de los modelos formalistas, lejos de seguir el "viraje lingüístico" de nuestro siglo, los psicoanalistas se atrincheraban en una vaga referencia biologicizante que sólo les permitía acceder a una posición excepcional en el seno de las ciencias humanas en nombre de la ficción biológica de la "pulsión", y una posición excepcional en la medicina, en nombre del inconsciente. Después de haber intentado redefinir en el marco de las sociedades IPA, de los *currícula* y de las jerarquías existentes, programas de estudio abiertos a las ciencias humanas y a la literatura concebida como compendio de los dichos sobre el amor y las aventuras fálicas, Lacan llegaba a un *impasse*. Era necesario volver a fundar para hacer funcionar el sistema.

### El analista según Lacan

Mientras que Freud distinguía dos niveles de funcionamiento, la terapéutica y la civilización, Lacan distingue tres. Aísla en el acto de fundación de su Escuela, una primera sección que debe investigar sobre el psicoanálisis puro, es decir el verdadero problema del psicoanálisis didáctico: cómo definir al analista sin pasar por un rasgo de ideal. El mecanismo del pase se deducirá de esto. Con la sección de psicoanálisis puro tienen que ver todavía los controles, abiertos a todos desde el momento en que tenían una práctica que conllevara efectos transferenciales.

La sección de psicoanálisis puro no es la única. Se articula con la segunda, la de psicoanálisis aplicado, "lo que quiere decir de terapéutica y de clínica médica". Lacan distingue cuidadosamente la terapéutica y la psicoterapia, práctica de la que destacaba que no es-

taba tan desarrollada en Francia como en los países anglosajones<sup>7</sup>, pero que allí donde prima la perspectiva psicoterapéutica, los efectos son "conformismo de la intención, barbarismo de la doctrina, acabada regresión a un psicologismo puro y simple"(11). Por el contrario, en cuanto a la sección de psicoanálisis aplicado, Lacan habla de manera muy distinta y articula psicoanálisis y "proyectos terapéuticos". Tal vez para Lacan hay una única forma de terapéutica y, para él, la psicoterapia no existe.

La tercera sección retoma claramente el proyecto del *lehranalytiker* freudiano, adaptándolo a la situación de los años sesenta. El proyecto freudiano era contemporáneo a cierta forma de la universidad y a una forma particular de los *drop-out* del sistema, la *intelligentsia* donde el psicoanálisis reclutó a sus primeros partidarios. Los estudiantes de los años sesenta eran distintos. Esta sección debe presentar, a partir de las publicaciones psicoanalíticas, los principios de su práctica que deben alcanzar un estatus científico, instruirse con las renovaciones de las ciencias humanas y, más ampliamente, "conjeturales" y recordar los aportes del psicoanálisis, ya sean de conocimiento o éticos. Se trata

así de recordar en todo el ámbito de la cultura este aporte irreductible del psicoanálisis: la consideración de la particularidad subjetiva, que va más allá del respeto de los derechos humanos(12). De este conjunto y de esta reconstrucción del proyecto freudiano retengamos los elementos entre los que debe circular el analista en formación. Se le puede exigir que responda a interrogantes sobre el psicoanálisis puro, es decir el final del análisis, la necesidad de las supervisiones, o la adaptación de la cura al caso, etc. También es necesario que, médico o no, pueda tener una formación de psicoanálisis aplicado, conocer las indicaciones del psicoanálisis, sus límites, formarse en la disciplina de la entrevista clínica, en la necesidad de saber orientarse en el diagnóstico y adaptar la cura a los distintos proyectos terapéuticos. Finalmente, debe poder responder por la ética del acto analítico, por su lugar entre las acciones y las instituciones humanas. Debe existir un equilibrio, necesariamente, ningún elemento debe sobresalir de manera desequilibrante, lo que llevaría a una pérdida de orientación en las diversas tareas de la acción psicoanalítica. Formarse implica familiarizarse con este proyecto y hacerse responsable de él ■

#### Referencias Bibliográficas

1. Freud S., *Malaise dans la civilisation*, Presses Universitaires de France, 1971, p. 91.
2. Lacan J., *Le Séminaire*, livre VII, Seuil, 1986, p. 85.
3. Strachey L., *Eminent Victorians*, Penguin Books, 1971.
4. Wittgenstein L., *Recherches Philosophiques*, párrafos 80 a 84, citados en Bouveresse J., *Règles, Dispositions et Habitus*, in *Critique* N° 579/580, Agosto-Septiembre 1995, p. 574.
5. *Scilicet* N° 2/3, Seuil, 197, p. 6.
6. Lacan J., Prefacio de l'éveil du printemps de Wedekind, Gallimard, 1974. El curso de J.-A. Miller del 7 de febrero 1996, en prensa.
7. Miller J.-A., Intervención en La Coruña, Marzo 1996.
8. Freud S., *El tema...*, op. cit. p. 147
9. *op. cit.*, p. 137
10. *op. cit.*, p. 138
11. Lacan J., *Préambule*, op. cit., p. 12.
12. Ver el editorial de *Mental* N° 2.

#### Notas

1. Milner J. C., *L'oeuvre claire*, Seuil, 1995, mantiene como válida esta herencia sin destacar la diferencia.
2. Se pueden hallar las referencias anglosajonas de este curso que sitúa el interés para el psicoanálisis de las paradojas lógicas de la inducción, en particular la llamada paradoja de Wittgenstein aislada por S. Kripke, en *L'archive* N° 1, publicado por la sección clínica de Angers, Asociación Matema, otoño de 1994.
3. Cf. el número especial de la revista *Critique*, dedicado a Pierre Bourdieu, *Critique* N° 579/580 Agosto-Septiembre 1995.
4. Lacan J., *Le Séminaire*, libro VII, *L'éthique de la psychanalyse*, Seuil, 1986, p. 338. Todas las citas de este párrafo se refieren a esta página o a la siguiente.
5. He aquí las palabras de Jones: "un analista no-médico puede, en muchos casos -pero seguramente no en todos- llevar un análisis casi tan bien como un médico, y por ende, con ciertas precauciones y de manera subordinada, hallar su lugar en la

organización psicoanalítica. Citado en Schneider M., el tema debatido, en Freud S., op. cit. p. 166.

6. Seguimos aquí el movimiento de los textos de Lacan. No ignoramos que se puede objetar que para el Lacan de los años '70, el goce está primero. La dialéctica impone partir del Otro para ir al otro. Luego se hace el camino inverso.

7. "El mensaje freudiano supera largamente en su radicalismo al uso que de él hacen los prácticos angloparlantes. Aunque en Francia, como en otros lugares, se favorezca una práctica mitigada por el desbordamiento de una psicoterapia asociada a las necesidades de la higiene social..." Lacan J., *Préambule*, en *Acte de fondation et autres textes*, extraído del anuario 1982 de la Ecole de la Cause freudienne, p. 12.



---

# PRESENCIA DE LAS IDEAS PSICOANALITICAS EN LA PRACTICA HOSPITALARIA EN SALUD MENTAL EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. COMENTARIOS SOBRE UN ESTUDIO\*

---

René Epstein *Psicoanalista. Miembro de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA). Secretario Coordinador del "Proyecto de Investigación sobre Psicoanálisis" del Consejo Multicéntrico (IPA).*

Esta presentación se refiere a una encuesta que se encuentra en vías de realización. La misma es producto del interés de un grupo de trabajo de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires por tener una mayor información sobre las bases ideológicas de la atención hospitalaria y la presencia de las ideas psicoanalíticas en los colegas que realizan esa tarea.

Sabemos que la teoría psicoanalítica se refiere al funcionamiento de la mente en toda circunstancia (recordemos, por ejemplo, los trabajos de Freud sobre la Psicopatología de la vida cotidiana). Desde el punto de vista práctico, sin embargo, la metodología psicoanalítica de tratamiento propone una técnica que no se corresponde con los encuadres psicoterapéuticos que, de hecho, existen en nuestros hospitales. En general inclusive se considera que esa metodología no se podría aplicar en los hospitales por razones ya no solamente prácticas sino también teóricas.

Partimos pues, para la reflexión, desde una posición que contrapone en forma dinámica, o procesalmente, no sólo teoría y técnica, si no también los conceptos de tratamiento psicoanalítico y tratamiento psicoterapéutico. Es decir, tomamos los conceptos de

"psicoterapia" y "psicoanálisis" en sus sentidos más restringidos. Ahora bien, no podemos dejar de consignar explícitamente que en el campo de las psicoterapias hay distintas propuestas teórico-técnicas, con diferentes posiciones, y que constituye una totalidad compleja de conceptualizar, ya que estas propuestas y posiciones pretenden ser excluyentes entre sí. Como en el campo del psicoanálisis las distintas posiciones se confrontan sin jugarse tan taxativamente a la inconmensurabilidad, se puede plantear una dimensión ideológica psicoanalítica a ser investigada.

También debemos considerar el hecho de que las investigaciones en psicoterapia desarrolladas hasta el momento, en gran medida base de existencia de la *Society for Psychotherapy Research*(1), no han dado lugar a una clarificación deseada en cuanto a criterios de elección entre las propuestas terapéuticas investigadas(2). Debe considerarse entonces que, desde el punto de vista de las teorías, hay un campo de trabajo, poco reconocido quizás por lo poco deseable (por razones más bien de la práctica profesional), para un análisis meta-teórico(3).

La encuesta, destinada a llegar a la totalidad del personal activo en los hospitales de la ciudad de Buenos Aires –que según la información facilitada por la Dirección de Salud Mental de la Municipalidad de Buenos Aires a fines de 1995 llegaba a unos 3000 colegas(4)– fue distribuida hasta el presente a más de la mitad de los posibles encuestados, con una tasa de retorno del 25%, disímil para distintas instituciones.

Es anónima, pero las respuestas se agrupan de hecho según instituciones, y consta de 32 ítems de distinto formato. Los primeros 12 ítems representan datos biográficos y los 20 siguientes remiten a la tarea hospitalaria.

El presente comentario abarca una primera aproximación a los datos que se están obteniendo en dicha

\* Este estudio ha sido realizado por los miembros del Grupo de Trabajo de Jefes y Coordinadores de Servicios de Salud Mental, dependiente de la Comisión de Hospitales e Instituciones de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA): Dres. S. Blanco, O. Castro, C. Coquet, R. Epstein, B. Gutkin, S. Mohadeb, J. C. Rosenthal y la Lic. M. del Rosario Gómez. En un trabajo preparatorio de este estudio participaron también las Lic. M. de la Peña, S. Rabinovich y el Dr. E. L. Zayas†: "Informe Introductorio sobre los Resultados de la Encuesta: Bases Teórico-Ideológicas de la Atención Hospitalaria en Salud Mental", 2das. Jornadas de Salud Mental, Psicoanálisis e Instituciones, APdeBA, Buenos Aires, 1994.

**Cuadro 1. Títulos habilitantes**

<i>Servicio</i>		<i>Hospital</i>	
Psicólogos	60%	Psicólogos	50%
Médicos	2%	Médicos	20%

**Cuadro 2. Situación profesional institucional**

<i>Servicio</i>		<i>Hospital</i>	
Profesionales de planta	53%	Profesionales de planta	57%
Concurrentes	47%	Concurrentes	30%

**Cuadro 3. Tiempo de actividad institucional**

<i>Servicio</i>		<i>Hospital</i>	
Menos de 5 años	43%	Menos de 5 años	33%
De 5 a 10 años	20%	De 5 a 10 años	43%
Más de 10 años	37%	Más de 10 años	23%

**Cuadro 4. Relación entre psiquiatría y psicoanálisis  
"Disciplinas"**

<i>Servicio</i>		<i>Hospital</i>	
Complementarias	53%	Complementarias	70%
Concurrentes	23%	Concurrentes	10%
Paralelas	7%	Paralelas	10%
Divergentes	7%	Divergentes	10%

**Cuadro 5. Actividad central del profesional de Salud Mental  
"Disciplinas"**

<i>Servicio</i>		<i>Hospital</i>	
Medicación y terapia	27%	Medicación y terapia	47%
Terapia	27%	Terapia	20%
Terapia y orientación	33%	Terapia y orientación	10%
Medicación y orientación	7%	Medicación y orientación	13%

**Cuadro 6. Lugar de la medicación  
"Disciplinas"**

<i>Servicio</i>		<i>Hospital</i>	
Acorde a las circunstancias o complementario	93%	Acorde a las circunstancias o complementario	60%
Esencial	7%	Esencial	33%

encuesta. Para ir avanzando en la preparación de la metodología de análisis del contenido para el estudio total, se tomaron al azar 30 encuestas de colegas pertenecientes a un Servicio de Salud Mental de un Hospital General o Polivalente (S) y 30 encuestas elegidas en forma similar, pertenecientes a un Hospital Especializado o Monovalente (H). La información que se presenta a continuación refleja lo que se puede deducir de una primera observación.

Está claro que la población de la encuesta estará sesgada de un modo no predecible por la selección que significa el parámetro "Quiénes eligen contestar", sobre el que por el momento no hay ningún control. Es de suponer que el grupo que responde tiene por lo menos cierta cercanía con el psicoanálisis, mayor que la de los que no contestan. Quizás más hacia el final de la encuesta se podrá tener cierta aproximación, al evaluar, por ejemplo, las características de los distintos lugares y el perfil de sus respuestas.

A continuación se consignan algunos datos, en principio casi más que por los datos en sí por dar una idea de la encuesta. Como la información completa no ha sido aún elaborada los comentarios se basan, en muchas instancias, simplemente en las respuestas más frecuentes. Cuando no figura la indicación de porcentaje, se trata del número de las menciones o respuestas totales, a veces discriminadas por Servicio (S) y Hospital, (H) cuando se considera de interés resaltar diferencias obvias.

Los datos demográficos generales que se encontraron fueron que el promedio de edad es de aproximadamente 40 años, con una distribución por sexos marcado por el 73% de mujeres en Hospital y el 90% en Servicio (Ver también cuadros 1, 2 y 3).

**Cuadro 7. Frecuencia de mención individual**

<i>Servicio</i>		<i>Hospital</i>	
Medicación	30%	Medicación	77%
Psicoterapias	37%	Psicoterapias	53%
Terapias psicoanalíticas	7%	Terapias psicoanalíticas	33%
Terapias breves	33%	Terapias breves	43%
Grupos de autoayuda	20%	Otras	30%

**Cuadro 8. Combinaciones más frecuentes**

<i>Servicio</i>	<i>Hospital</i>
* Psicoterapias y terapia psicoanalítica	* Terapia breve, psicoterapias y medicación
* Terapia breve, terapia psicoanalítica y grupo de autoayuda	* Psicoterapia, terapia psicoanalítica, y medicación

Las tres cuartas partes de los profesionales tienen estudios de postgrado que juzgan como trascendentes. Considerando los cursos más generales o completos, la mención más frecuente es la de estudios de psicoanálisis, y la que le sigue, la de psiquiatría.

Las respuestas al pedido de nombrar los cuatro autores que tuvieron la mayor incidencia en la formación de los colegas ponen a Freud en primera lugar en dos tercios de los casos, junto con una serie de otros autores. Lacan aparece en el segundo lugar, como el autor más consignado, en un tercio de las encuestas. En segunda mención también aparece Freud, en 5 encuestas (16%). Winnicott suma, sin consideración de lugar del ordenamiento, 20 menciones, siendo el autor que sigue a Freud, que tuvo en total 50 y Lacan 29; ya bastante menos mencionada y en rápido descenso sigue luego M. Klein con 9 menciones. Aparecen además en total otros 59 autores, pero llama la atención que entre ellos no figura ninguno de los conocidos por desarrollos en el tema específico de psicoterapias psicoanalíticas o psicodinámicas.

El 73% de los profesionales recurre a la supervisión siempre o frecuentemente, y lo hacen como "norma" en un 40% (Servicio) y un 57% (Hospital) y "según el caso" en un 43%.

Muy llamativo es que entre 5 alternativas de auto-definición profesional (psicoanalista, psiquiatra, psicoterapeuta, psicólogo, trabajador de la Salud Mental y otros), con posibilidad de elegir hasta dos definiciones, "trabajador de la salud mental" es la definición aislada más frecuente. En las combinaciones, en Servicio aparece "psicólogo y psicoterapeuta" y en Hospital "psicoanalista y psicoterapeuta" o "psicoterapeuta y psiquiatra", y sólo el 17% de los colegas se considera no "adscripto" a la teoría psicoanalítica ni "psicoanalista" (Ver también cuadros 4, 5 y 6).

Cuando se pregunta acerca de las "modalidades técnicas más apropiadas para el Hospital", que en buena medida reformula la anterior acerca de la "actividad central del profesional de Salud Mental en el Hospital", resulta llamativa la distribución de respuestas de los colegas del Servicio, en diferenciación

de los colegas del Hospital. En esta pregunta se mencionan diversas variantes de terapia (breve, focal, psicoanalítica, psicoterapia) junto con terapias sistémicas, gestálticas, expresivas, neurolingüísticas, medicación, grupos de autoayuda y otras, pudiendo el encuestado señalar hasta tres (Ver cuadros 7 y 8).

Hay una cierta imprecisión en cuanto a las técnicas dinámicas o psicoanalíticas a emplear en la situación hospitalaria, que es coincidente con lo mencionado de la ausencia de menciones a nombres de autores, muy conocidos en otra época, en este campo. Un comentario que viene a la mente: en general la enseñanza de la psicoterapia no ha sido nunca una inclusión sistemática en los programas de formación del personal hospitalario, como por ejemplo, los cursos de las Residencias.

En esta imprecisa imagen de la inclusión de lo terapéutico psicoanalítico en la atención en la práctica de los Hospitales, podemos agregar los siguientes datos:

Hay un 83% de los encuestados que contestan afirmativamente a la pregunta de si se puede implementar la técnica psicoanalítica en el Hospital. Luego, entre los recursos técnicos que se deben aplicar para conservar la esencia del abordaje psicoanalítico figura en primer término el encuadre (73%), seguido de la atención flotante (65%), y el señalamiento (34%), pero entre el Servicio y el Hospital hay una diferencia en cuanto al lugar que se le adjudica a la interpretación, que es incluida por el 27% de los encuestados en el primero y por un 70% en el caso del segundo. Al mismo tiempo el grupo del Servicio define en un 73% al encuadre como "un contexto para el desarrollo de una actividad compartida para poner lo inconciente en palabras" mientras que la respuesta predominante (60%) entre los miembros del Hospital, es que se trata de "un contrato con cláusulas a cumplir".

Llama la atención lo que parece un desconcierto a la hora de sintetizar una idea psicoanalítica para la atención hospitalaria, a pesar de la alta presencia de la concepción del psicoanálisis como una teoría y una técnica integradas (65%). Esto se complementa con que el 25% piensa al psicoanálisis como una concepción del hombre.

**Cuadro 9. "Áreas influidas por la teoría y la práctica psicoanalítica"**

Servicio		Hospital	
Psiquiatría	40%	Psiquiatría	83%
Psiquiatría e interconsulta	30%	Psiquiatría e interconsulta	33%
Interconsulta	10%	Interconsulta	63%
Clínica general	3%	Clínica general	37%

La mayoría piensa que es alto el nivel de integración del psicoanálisis en el Hospital (53%) e incluso un 79% cree en la utilidad de la teoría psicoanalítica en el Hospital. Pero con una visión de la influencia del psicoanálisis acantonado en el servicio de Salud Mental, y en la interconsulta, y sin perspectivas de una inclusión en la clínica general.

Es de todos modos llamativa la diferencia de concepto de la integración entre el Servicio y el Hospital, que se debe probablemente a que sea justamente un Hospital monovalente, con una presencia más homogénea de la problemática de lo mental (Ver cuadro 9).

Es decir, que la posición sobre lo psicoanalítico en el medio hospitalario parece bastante abstracta. Parece haber cierta idealización que impide ver lo ya dicho sobre lo impreciso de la postura referente a los aspectos técnicos.

Sobre este trasfondo puede resultar comprensible una respuesta tan ambigua sobre: "¿Qué tipo de actividades prefiere Ud. desarrollar en el Hospital?", con la posibilidad de elegir hasta dos de las siguientes alternativas:

- a. administrar psicoterapia,
- b. contribuir a adecuar las técnicas al contexto en que se aplican y
- c. escuchar contener y orientar.

Las opciones más veces marcadas son las inespecíficas: a.: 21; b.: 32 y c.: 31.

Esto se confirma en las combinaciones (de hasta 2 actividades), donde las que incluyen las intervenciones menos específicas están muy representadas: b+c: 12; a+c: 11 y a+b: 10.

Si estas respuestas son tomadas al pie de la letra, habría que pensar, como ya se consideró, que la institución hospitalaria genera una idea ambivalente, quizás justamente por la gran contradicción entre teoría general y técnica no adecuada al

**Cuadro 10. "Conceptos psicoanalíticos a privilegiar en la práctica hospitalaria" (hasta cinco conceptos) Menciones totales más frecuentes:**

<b>Transferencia</b>		
Servicio	Hospital	Total
17	24	41
<b>Teoría del inconciente</b>		
Servicio	Hospital	Total
18	16	34
<b>Concepto de neurosis y psicosis</b>		
Servicio	Hospital	Total
12	24	36
<b>Concepto de síntoma</b>		
Servicio	Hospital	Total
15	20	35

(Otros conceptos: sexualidad infantil, psicogénesis y evolución de la libido, teoría del conflicto, series complementarias, presencia de la psicopatología en la vida cotidiana.)

**Combinaciones más frecuentes**

<b>Teoría del inconciente y Transferencia</b>		
Servicio	Hospital	Total
14	10	24
<b>Teoría del inconciente y Concepto de neurosis y psicosis</b>		
Servicio	Hospital	Total
8	15	23
<b>Transferencia, Concepto de neurosis y psicosis, Concepto de síntoma</b>		
Servicio	Hospital	Total
5	18	23
<b>Transferencia, Concepto de síntoma y Teoría del inconciente</b>		
Servicio	Hospital	Total
8	9	17
<b>Concepto de neurosis y psicosis, Concepto de síntoma y psicosis, y Teoría del inconciente</b>		
Servicio	Hospital	Total
5	11	16
<b>Transferencia, Concepto de neurosis y psicosis, Concepto de síntoma y psicosis, Teoría del inconciente</b>		
Servicio	Hospital	Total
5	9	14
<b>Transferencia y otros</b>		
Servicio	Hospital	Total

contexto hospitalario: ¡la mayoría quiere contribuir a adecuar las técnicas al contexto!

**Cuadro 11: "Aspectos centrales de la técnica psicoanalítica en la práctica hospitalaria"**  
Menciones totales más frecuentes:

	Hospital	Total
<b>Transferencia</b>		
Servicio		
17	20	37
<b>Señalamiento</b>		
Servicio		
11	19	30
<b>Interpretación</b>		
Servicio		
15	7	22
<b>Construcción</b>		
Servicio		
3	12	15

(Otros conceptos: análisis de los sueños, atención flotante, encuadre, asociación libre).

#### Combinaciones más frecuentes

	Hospital	Total
<b>Transferencia y señalamiento</b>		
Servicio		
8	14	22
<b>Transferencia e interpretación</b>		
Servicio		
11	3	14
<b>Transferencia y encuadre</b>		
Servicio		
4	6	10
<b>Transferencia y construcción</b>		
Servicio		
1	8	9

Las anotaciones correspondientes a los "Conceptos psicoanalíticos a privilegiar en la práctica hospitalaria" marcan nuevamente, por su nitidez, en contraste con los "Aspectos de la técnica psicoanalítica centrales -de hecho- en la práctica hospitalaria", la diferencia en lo teórico y en lo técnico (Ver cuadros 10 y 11).

#### Comentarios

Los datos aquí vertidos sobre la consideración de los conceptos psicoanalíticos teóricos y técnicos, de como se ubican, e, inclusive, se privilegian, y la definición del tipo de actividad que se prefiere desarrollar en el ámbito hospitalario hace pensar que, a pesar de que se sostiene mayoritariamente que el psicoanálisis es una teoría y técnica integrada, no hay una clara conciencia de que no existe un desarrollo técnico-psicoanalítico obvio, equivalente al de la terapia individual, para contextos y encuadres como el hospitalario. Y, como dijimos, en la larga lista de 63 autores no aparecen privilegiados, ni siquiera mencionados, ninguno de los autores que se han dedicado al tema de las psicoterapias, ni argentinos ni extranjeros. Algunos de ellos, unos decenios atrás, eran motivo de reconocimiento público (entre los argentinos, Fiorini y Braier, además de extranjeros como Malan, Bellak, etc.).

Se considera que, en este sentido, la carencia es

importante, a pesar de que hay una idea de encuadre bastante buena, es decir, que se tiene en cuenta en forma consistente la necesidad de una enmarcación teórico-práctica de lo que se hace en el Hospital. En este aspecto los colegas del Hospital de la especialidad, tiene una definición más formal. Podemos pensar que la existencia de la internación en este Hospital, se traduce en una ideología bastante clara acerca de las características especiales que ello promueve, con una integración de lo psicoanalítico y lo psiquiátrico. Así lo muestran ciertas respuestas donde el perfil diferencial entre ambos grupos, Servicio y Hospital es definido.

Y, desde una orientación psicoanalítica, lo que surge en el campo de la atención en los Hospitales públicos es un hiato importante entre

el nivel teórico y el nivel técnico. Aparece entonces una situación general de adherencia a los planteos teóricos y una dificultad para reencontrarlos con nitidez en la realidad práctica. Esto se traduce en falta de perspectiva (por ejemplo la referencia a diversas formas de psicoterapia dinámica sin que haya distinción entre ellas), y del lugar de los distintos instrumentos técnicos.

Se plantea la necesidad de un desarrollo que profundice el estudio de esta discontinuidad, que desde una posición psicoanalítica -y esto es una idea personal- no puede pasar por los entrenamientos basados centralmente en los manuales de tratamiento, como se viene preconizando en algunos países.

Para los encuadres distintos al encuadre del psicoanálisis individual y ortodoxo, dirigido definidamente a pacientes adultos neuróticos o de alteración sintáctica según Liberman, deberemos ir desarrollando elementos teóricos y metodológicos que nos permitan cerrar una brecha conceptual, que no descarta la necesidad de una consideración de elementos éticos acerca de la analizabilidad.

Como otro plano a desarrollar aparece también el de lograr en un adecuado nivel teórico, la complementariedad metodológica entre la atención psicoanalítica psicoterapéutica y otras intervenciones terapéuticas necesarias, en primer lugar la medicación, pero también las terapias grupales, conductuales, etc.(5) ■



## Notas

1. La *Society for Psychotherapy Research* (SPR) fue constituida hace unos 25 años por un grupo de unas 40 personas interesadas en la investigación sistemática en psicoterapia. Constituye hoy una institución de más de mil miembros, y su Capítulo Latinoamericano fue fundado en 1992 (v. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiatría*, 1992, 3, 318-319).

2. Sobre este punto del desarrollo de la investigación en psicoterapias véase en artículo de H. Kordy y H. Kächele "Investigación de Resultados en Psicoterapia y Psicosomática" en este mismo número. El "*Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*", de A. E. Bergin y S. Garfield (4ta. Edición), J. Wiley Sons, New York, 1994, es una obra muy completa en este campo.

3. Con lo de "meta-teórico" se alude a una posible confrontación con objetivo de síntesis entre las diversas "teorías" psicoterapéuticas, lo que implicaría generar un conjunto de categorías generales de un nivel de abstracción mayor para ver si no se detectan en realidad comensurabilidades entre esas "teorías", que en general son presentadas como mutuamente excluyentes, tanto de contenidos como de organización de los conceptos.

4. El grupo que está realizando este trabajo agradece el apoyo recibido del Dr. R. Soriano, ex titular de la Dirección de Salud Mental de la Municipalidad de Buenos Aires, y el auspicio de *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiatría*.

5. Pueden verse intentos en este sentido en, por ejemplo: Epstein, R. y Rozensztroch, C. (1992): "Intervención Psiquiátrica en el Tratamiento de Pacientes Límitrofes". En: "Pacientes Límitrofes: Diagnóstico y Tratamiento"; Ed: Beatriz Dorfman Lerner, Lugar Editorial, Bs. Aires; Epstein, R. (1993): "Algunas Ideas sobre el Hospital de Día: Su Estructura y su Especificidad como Espacio y Dispositivo Terapéutico", *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiatría*, 6, 121-127.; Carlino, R., Epstein, R. y Rosenthal J.C. (1994): "La Terapia Psicoanalítica como Base de la Atención Hospitalaria en Salud Mental. Metapsicología de la Mente del Paciente y su Terapeuta". II das. Jornadas de "Salud Mental, Psicoanálisis e Instituciones", APdeBA, Buenos Aires



## Posiciones

**A** lo largo del siglo XX los cruzamientos de la Psiquiatría con el Psicoanálisis dieron lugar a encendidas polémicas cuyas conclusiones oscilaron entre las que sostenían una absoluta independencia entre ambos y las que postulaban diversos modelos de articulación.

*A continuación, intentamos poner en diálogo a grandes personajes de los dos campos a través de una selección de pasajes de sus obras referidos al tema.*

### Sigmund Freud



*Sigmund Freud (1856-1939)*

“**D**ebemos defendernos en este lugar del reproche, fruto de un malentendido, de que soslayamos la significación de los factores innatos (constitucionales) por haber puesto de relieve las impresiones infantiles. Semejante reproche brota de la estrechez de la necesidad causal de los seres humanos, que, en oposición al modo en que de ordina-

rio está plasmada la realidad, quiere darse por contenta con un único factor causal. El psicoanálisis ha dicho mucho sobre los factores accidentales de la etiología, y poco sobre los constitucionales, pero ello sólo porque acerca de los primeros podía aportar algo nuevo, mientras que respecto de los segundos en principio no sabía más que lo que corrientemente se sabe. Nos negamos a estatuir una oposición de principio entre las dos series de factores etiológicos, más bien, suponemos una regular acción conjugada de ambas para producir el efecto observado. Da mwn ca T uch [disposición y azar] determinan el destino de un ser humano; rara vez, quizá nunca, lo hace uno solo de esos poderes. La distribución de la eficiencia etiológica entre ellos sólo se podrá obtener individualmente y en cada caso. La serie dentro de la cual se ordenen las magnitudes cambiantes de ambos factores tendrá también, sin duda, sus casos extremos. Según sea el estado de nuestros conocimientos, apreciaremos de manera diversa la parte de la constitución o del vivenciar en el caso singular, y nos reservamos el derecho de modificar nuestro juicio cuando nuestras intelecciones cambien. Por otro lado, uno podría atreverse a concebir la constitución misma como

el precipitado de los efectos accidentales sufridos por la serie infinitamente grande de los antepasados".

*Sobre la dinámica de la transferencia (1912)*  
*Obras Completas. T. XII. Amorrortu Ed.,*  
*Buenos Aires, 1986*

"Hay una segunda dificultad en la relación de ustedes con el psicoanálisis de la que no puedo hacer responsable a este, sino que debo achacarla a ustedes mismos, mis oyentes, al menos en la medida en que hayan cultivado hasta ahora estudios de medicina. Esa formación previa ha imprimido a la actividad de pensamiento de ustedes una determinada orientación que ha de apartarlos mucho del psicoanálisis. Se les ha enseñado a buscar un fundamento anatómico para las funciones del organismo y sus perturbaciones, a explicarlas en términos de física y de química y a concebirlas biológicamente, pero ni un fragmento del interés de ustedes fue dirigido a la vida psíquica que, no obstante, corona el funcionamiento de este organismo maravillosamente complejo. Por eso les es ajeno un modo de pensamiento psicológico y se han habituado a mirarlo con desconfianza, a negarle carácter de cientificidad y a abandonarlo a los legos, a los poetas, a los filósofos de la naturaleza<sup>1</sup> y a los místicos. Esta limitación importa por cierto un perjuicio para la actividad médica de ustedes, pues el enfermo les presentará primero, como es la regla en todas las relaciones humanas, su fachada anímica, y yo me temo que en castigo se verán precisados a dejar una parte de la influencia terapéutica que ustedes<sup>2</sup> pretenden conseguir en manos de esos médicos legos, naturistas y místicos, a quienes tanto desprecian.

No ignoro la disculpa que puede hacerse valer respecto de esa carencia. Falta la ciencia auxiliar filosófica que pudiera servir a los propósitos médicos de ustedes. Ni la filosofía especulativa ni la psicología descriptiva, ni la llamada psicología experimental, que sigue las huellas de la fisiología de los sentidos, tal como se las enseña en las escuelas, son capaces de decirles algo útil acerca de la relación entre lo corporal y lo anímico o de ponerles al alcance de la mano las claves para la comprensión de una perturbación posible en las funciones anímicas. Dentro de la medicina, es cierto que la psiquiatría se ocupa de describir las perturbaciones del alma observadas y de reunir las en ciertos cuadros clínicos, pero por momentos los propios psiquiatras dudan de que sus clasificaciones meramente descriptivas merezcan el nombre de una ciencia. Los síntomas que componen esos cuadros clínicos no han sido individualizados en su origen, ni en su mecanismo, ni en su enlace recíproco; no les corresponden alteraciones registrables en el órgano anatómico del alma, o esas alteraciones son tales que a partir de ellas no podría explicárselos. Y esas perturbaciones del al-

ma sólo son susceptibles de influencia terapéutica cuando se las puede individualizar como efectos colaterales de una afección orgánica por lo demás. He ahí la laguna que el psicoanálisis se empeña en llenar. Quiere dar a la psiquiatría esa base psicológica que se echa de menos, y espera descubrir el terreno común desde el cual se vuelva inteligible el encuentro de la perturbación corporal con la perturbación anímica. A este fin debe mantenerse libre de cualquier presupuesto ajeno, de naturaleza anatómica, química o fisiológica, y trabajar por entero con conceptos auxiliares puramente psicológicos; por eso me temo que al principio les suene a cosa extraña".

*Conferencias de Introducción al Psicoanálisis*  
*(1916/17 - 1915/17)*  
*1ª Conferencia. Obras Completas. T. XV.*  
*Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1986*

"Lo hice con el fin de comparar la psiquiatría con el psicoanálisis. Pero hay algo que tengo derecho a preguntarles: ¿Han observado alguna contradicción entre ambos? La psiquiatría no aplica los métodos técnicos del psicoanálisis omite todo otro anudamiento con el contenido de la idea delirante y, al remitirnos a la herencia, nos proporciona una etiología muy general y remota, en vez de poner de manifiesto primero la causación más particular y próxima. Pero, ¿hay ahí una contradicción, una oposición? ¿No es más bien un completamiento? ¿Acaso el factor hereditario contradice la importancia de la vivencia? ¿No se conjugan ambos, más bien, de la manera más eficaz? Me concederán que en la naturaleza del trabajo psiquiátrico no hay nada que pudiera rebelarse contra la investigación psicoanalítica. Son entonces los psiquiatras los que se resisten al psicoanálisis, no la psiquiatría. El psicoanálisis es a la psiquiatría lo que la histología a la anatomía: esta estudia las formas exteriores de los órganos; aquella, su constitución a partir de los tejidos y de las células. Es inconcebible una contradicción entre estas dos modalidades de estudio, una de las cuales continúa a la otra. Como saben, la anatomía es hoy para nosotros la base de una medicina científica, pero hubo un tiempo en que estaba tan prohibido disecar cadáveres humanos para averiguar la constitución interna del cuerpo como lo parece hoy ejercer el psicoanálisis para averiguar la fábrica interna de la vida del alma. Y previsiblemente, en una época no muy lejana comprenderemos que no es posible una psiquiatría profundizada en sentido científico sin un buen conocimiento de los procesos de la vida del alma que van por lo profundo, de los procesos inconcientes".

*Conferencias de Introducción al Psicoanálisis (Parte III)*  
*Conferencia 16ª. Obras Completas. T. XVI.*  
*Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1986*

"Otras dificultades se suman para detener nuestro progreso. Las afecciones narcisistas y las psicosis relacionadas con ellas sólo pueden ser desentrañadas por observadores formados en el estudio analítico de las neurosis de transferencia.

1. En el sentido de los partidarios de la "filosofía de la naturaleza" panteísta de Schelling, que tuvo vigencia en Alemania en la primera parte del siglo XIX.

2. "Sie" (ustedes) en las primeras ediciones alemanas; "sie" (ellos) en GS y GW.



Pero nuestros psiquiatras no estudian psicoanálisis, y nosotros, los psicoanalistas, vemos muy pocos casos psiquiátricos. Primero tiene que surgir una raza de psiquiatras que haya pasado por la escuela del psicoanálisis como ciencia preparatoria. Los primeros pasos para ello se dan hoy en Estados Unidos, donde muchísimos psiquiatras de primera línea imparten a los estudiantes las doctrinas psicoanalíticas, y donde dueños de institutos y directores de asilos de insanos se empeñan en observar a sus enfermos en el sentido de estas doctrinas".

*Conferencias de Introducción al Psicoanálisis (Parte III)  
Conferencia 26ª (1916/17). Obras Completas.  
T. XVI. Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1986*

**"E**n primer lugar, cuenta el hecho de que el médico ha recibido en la universidad una formación que es casi la contraria de la que le haría falta como preparación para el psicoanálisis. Le han orientado la atención hacia hechos químicos, físicos, anatómicos, susceptibles de comprobación objetiva, de cuya correcta apreciación y adecuada modificación depende el éxito de la acción médica. Dentro de su círculo visual cae el problema de la vida, en la medida en que hasta hoy se nos aclarado a partir del juego de las fuerzas que también son registrables en la naturaleza inorgánica. No se despierta el interés por los aspectos anímicos de los fenómenos vitales; el estudio de las operaciones mentales superiores no atañe a la medicina, es el campo de otro departamento universitario. Es verdad que la psiquiatría debería ocuparse de las perturbaciones de las funciones anímicas, pero se sabe de que modo y con qué propósitos lo hace. Busca las condiciones corporales de las perturbaciones anímicas, y las trata como a cualquier otro ocasionamiento patológico.

La psiquiatría tiene razón en ello, y la formación médica es sin duda excelente. Cuando se dice que es unilateral, primero es preciso explicitar el punto de vista desde el cual se le reprocha esa característica. En sí, efectivamente, toda ciencia es unilateral; y debe serlo, pues se limita a determinados contenidos, puntos de vista, métodos. Es un contrasentido en el que yo no querría participar el de aducir una ciencia contra otra. La física no desvaloriza a la química, no puede sustituirla, pero tampoco puede ser subrogada por ella. El psicoanálisis es sin duda sumamente unilateral, en cuanto ciencia de lo anímico inconsciente. Entonces, no se puede impugnar a las ciencias médicas el derecho a la unilateralidad.

El punto de vista buscado sólo se halla si uno pasa de la medicina científica al arte práctico de curar. El hombre enfermo es un ser complejo, apto para advertirnos que no podemos eliminar del cuadro de la vida los fenómenos anímicos, tan difíciles de asir ■

*¿Pueden los legos ejercer el análisis?  
Obras Completas. T. XVI.  
Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1986*

## Karl Jaspers

**"F**reud ha hecho época en la psiquiatría por su nuevo ensayo de comprensión psicológica. Apareció en la época en que lo psíquico se volvió nuevamente visible, después de haber considerado a través de decenios casi sólo los contenidos racionales (doctrina de la paranoia), los síntomas objetivos y lo neurológico. A partir de entonces, el comprender se ha vuelto nuevamente evidente, aun entre los investigadores que nada quieren saber de las teorías de Freud. Incluso los adversarios de Freud hablan ahora de fuga en la psicosis, de complejos, de represión. Pero por nueva que fuese entonces la comprensión en psiquiatría, desde el punto de vista histórico espiritual no hay en Freud nada esencialmente nuevo, sino que lo suyo propiamente específico es visto con perspectiva histórica, la formación de teorías, la presentación de principios junto a la posibilidad de concepción del mundo de que hablaremos más adelante, Freud es el médico que sólo puede tratar el comprender, en lugar de hacerlo pura y libremente, en la forma teorizante, científico-natural.

Pero Freud mismo no ubica lo teórico en el primer plano, mantiene sus representaciones teóricas, fluidas, apelando en cambio a la experiencia que sería su única fuente y que no admite la fijación de un sistema teórico. Por eso es difícilmente captable un centro de su teoría, ya que en la masa de los escritos, se dicen muchas cosas. No se ve que sea afirmada una teoría, verificada en todos los puntos y claramente corregida. En caso de que de tal manera se procediese científico-naturalmente, la teoría sería en todo momento clara en cada punto y como conjunto.

Esto no fue nunca así en el psicoanálisis. De los numerosos conceptos teóricos de Freud, reproduzcamos algunos a modo de ejemplo.

Todo lo psíquico está, según Freud, "determinado", es decir, es comprensible en nuestro sentido. Ésta es una preocupación que se podría poner en paralelo con la presuposición de las ciencias naturales que dice que todo está dominado sin excepción por la causalidad. Hay una causalidad psíquica especial, justamente aquella determinabilidad comprensible. En la vida psíquica consciente, ésta se constantemente interrumpida y quebrantada. Se tiene que imaginar a este consciente un inconsciente que le sirve de base y de cuya existencia son pruebas las manifestaciones conscientes. Lo inconsciente es la verdadera vida psíquica, que no aparece directamente en la conciencia, sino tan solo después de modificaciones en su especie debi-



*Karl Jaspers (1883-1969)*

das a una censura en el paso por la esfera de lo preconscious. La conciencia es, por decirlo así, sólo un órgano de los sentidos para la aprehensión de cualidades psíquicas, dirigida ya sea a la percepción sensorial de lo externo o a los procesos mentales inconscientes internos. Los errores de esa autopercepción construyen la vida psíquica consciente.

En lo inconsciente hay una energía que tiene caracteres cuantitativos que fluye, que se transfiere, que se acumula. Esa energía es una energía efectiva y es reducida finalmente a una única fuerza, llamada sexualidad por Freud, libido por Jung, que es lo propiamente motor en lo psíquico y aparece en las múltiples formas de los instintos particulares, entre los cuales el instinto sexual es el principal (por tal motivo da él el nombre al todo).

Desde lo inconsciente no aparece lo psíquico, como es, en la conciencia (esto ocurre sólo en la temprana edad infantil ingenua), sino que realiza metamorfosis que ocultan su sentido propio. El psicoanálisis cree penetrar, atravesando las diversas censuras, hasta lo auténtico, al deducirlo de los distintos fenómenos de la conciencia, especialmente de los involuntarios. Por eso el sueño, los actos fallidos cotidianos, los contenidos de las neurosis y psicosis son las fuentes principales para el conocimiento de lo inconsciente y con ello del alma en general.

Sobre el contenido de los procesos en lo inconsciente pueden dar evidencia naturalmente sólo procesos comprensibles en la conciencia. La psicología comprensiva es la fuente de los contenidos teóricos. Lo que Freud describe como represión y censura, se puede experimentar comprensiblemente en la conciencia, lo mismo la fuga en fantasías e ilusiones, la realización de deseos por ellas. Los mismos procesos tienen lugar en lo inconsciente. Frente a ellos la única salvación es la claridad con respecto a sí mismo, el volverse transparente a sí mismo, la diversión de los autoengaños.

La posición crítica frente a las doctrinas de Freud se puede fijar más o menos en las siguientes tesis, que formulé en un trabajo anterior (1922):

1. En Freud se trata realmente de *psicología comprensiva y no de explicación causal*, como sostiene Freud.

2. Freud hace conocer en forma convincente muchas relaciones comprensibles *singulares*. Comprendemos cómo en lo inadvertido reaparecen símbolos complejos reprimidos. Comprendemos las formaciones reactivas a instintos deprimidos, la distinción de procesos psíquicos primarios, legítimos, de los secundarios, existentes sólo como disfraces y sustitutos. Freud desarrolla aquí, en parte, algunas doctrinas de Nietzsche detalladamente. Penetra en la *vida psíquica inadvertida*, que es elevada por él a la conciencia.

3. En la confusión de relaciones comprensibles con relaciones causales se basa la inexactitud de la pretensión freudiana de que *todo* en la vida psíquica, de que todo proceso sea *comprensible* (determinado con sentido). Sólo se mantiene la exigencia de la causalidad ilimitada, no la pretensión de comprensión ilimitada. De este error depende otro. Freud hace, a partir de relaciones comprensibles, teorías sobre las causas de todo el curso psíquico, mientras que el comprender, según su esencia, no puede conducir nunca a teorías; en cambio, las explicaciones causales tienen que llevar siempre a teorías (la interpretación comprensiva de

un proceso psíquico aislado—sólo puede darse tal interpretación aislada— naturalmente, no es ninguna teoría).

4. En numerosos casos no se trata en Freud de un comprender y de un elevar a la conciencia relaciones inadvertidas, sino de un *comprender como si* relaciones *extraconscientes*. Cuando se piensa que el psiquiatra, frente a psicosis agudas, no comprobaba más que confusión, desorientación, defectos funcionales o ideas delirantes absurdas en orientación, tiene que parecer un progreso cuando se consigue, a través de relaciones comprensibles "como si", caracterizar algo provisoriamente y ordenar ese caos (por ejemplo los contenidos delirantes de la demencia precoz). Anteriormente, había sido también un progreso cuando se establecieron las formas de distribución de las perturbaciones histéricas de la sensibilidad y de la motilidad, en función de su relación comprensible con las nociones anatómicas groseras de los enfermos. Las investigaciones de Janet, especialmente, dieron por resultado, además, que hay efectivamente escisiones de las relaciones psíquicas en la histeria. Se tiene que ver en el mismo individuo en casos extremos con dos almas que nada saben la una de la otra. En tales escisiones de hecho, tiene la "comprensión como si" una significación real. No es un problema al que se haya de responder con fuerza probatoria, en qué medida ocurre tales escisiones (los casos de Janet son muy raros), o si también en la demencia precoz existe, efectivamente, una escisión (como enseñan, por ejemplo, Jung y Bleuler). Se hará bien en evitar sobre esto un juicio definitivo. Los investigadores freudianos, en todo caso, son muy imprudentes en la admisión rápida de escisiones y las relaciones "comprensibles como si", que, por ejemplo, creyó descubrir Jung en la demencia precoz, son en gran parte poco convincentes.

5. Un defecto de las doctrinas freudianas consiste en la creciente *simplicidad de su comprender*, que depende de la transformación de las relaciones comprensibles en teorías. Las teorías tienden a la simplicidad, el comprender encuentra multiformidad infinita. Freud cree poder reducir comprensiblemente más o menos todo lo psíquico a la sexualidad en un amplio sentido, como a la única fuerza primaria, por decirlo así. Escritos especiales de algunos de sus discípulos resultan insoportablemente aburridos a causa de esa simplicidad. Se sabe siempre de antemano que en todo trabajo se encuentra lo mismo. Aquí, la psicología comprensiva no hace más progresos ■

*Allgemeine Psychopathologie (1913)*  
*Psicopatología General*  
Cap. X, F. C. E. México, 1993

#### Emil Kraepelin

"E n la actualidad, se desconocen las circunstancias que provocan la aparición en el cuadro clínico [de la demencia precoz] de los fenómenos mencionados. Aquí se recordará la parálisis, en que análogamente, la demencia característica, simple, que es la regla en el parálisis infantiloides, puede estar elaborada por delirios, estados de excitación, mal humor, etc. Las diferencias en el curso y en



*Emil Kraepelin (1856-1926)*

la extensión local del proceso mórbido podría no carecer de importancia. Las formas que se desarrollan insidiosamente, por lo general, llevan el sello, en la parálisis como en la demencia precoz, de una debilidad mental simple, progresiva, y aquellos que tienen un comienzo violento, llevan el sello de los estados de excitación y confusión con delirios vívidos. Finalmente, para

la forma del cuadro clínico, no podría carecer de importancia la circunstancia de que, según el desarrollo de la personalidad psíquica, el proceso mórbido debe lesionar de modo más llamativo a veces unas y a veces otras facultades del cerebro. No pienso aquí en el efecto de los complejos que han sido adquiridos por casualidad y se han vuelto parásitos psíquicos, sino en las muy variadas consecuencias que puede tener un cambio en el cerebro según la dirección particular en la cual han sido moldeadas por la vida las facultades de la complicada máquina cerebral individual y, en especial, las partes lesionadas. Así, la rareza observada por mí, de alucinaciones auditivas en los pacientes javaneses, podría explicarse por la menor significación que las ideas expresadas verbalmente tienen allí para el pensamiento; así, hemos visto que con el desarrollo progresivo y la rigidez de la personalidad psíquica, los delirios por lo general se vuelven más conectados y más sistematizados. Más bien podría concebirse que para la forma de los peculiares desórdenes de la volición, además de la clase y extensión de los cambios mórbidos, la especial constitución volitiva podría ser de importancia; encontré llamativo que los desórdenes mencionados parecieran ser menos pronunciados en los pacientes javaneses que en los nuestros.

Mientras Bleuler atribuye importancia a los complejos y, en general, a las influencias psicológicas sólo para la forma del estado clínico, Jung los alega, en ciertas circunstancias, también como una real causa de la enfermedad. El complejo enfatizado por el afecto es de este modo, se dice, capaz de actuar como el punto de arranque de la enfermedad de un modo similar al del trauma o al de una infección. Esto podría aceptarse en la medida en que el origen de un ataque de demencia precoz por trauma o infección está tan sin demostrar como su origen por los complejos. Pero Jung hace una conexión aquí con la teoría de la intoxicación, al señalar la posibilidad de que la emoción sea capaz de producir una clase de toxina, del mismo modo en que en otras ocasiones bien podría surgir por ella misma y podría producir la enfermedad. ¡Seguramente entonces, no se comprende por qué los pacientes maniaco-depresivos, con sus violentas emociones,

no producen en las más grandes cantidades las destructivas toxinas que conducen a la demencia!

Abraham ha tomado las doctrinas freudianas al servicio de la demencia precoz, más del lado sexual. Para él, la enfermedad significa: la disposición "autoerótica". Existe desde la juventud en adelante, la incapacidad de amor objetal, lo cual produce al mismo tiempo el repliegue en relación con el medio, especialmente la aversión a los padres, antiguamente involucrados en relaciones eróticas, como también las ideas de persecución, además de la tendencia al onanismo y, por la transferencia de la sobreestimación sexual al yo del paciente, la megalomanía. Los perseguidores son frecuentemente personas que el paciente antiguamente ha amado; las alucinaciones siempre conciernen al complejo. Otra serie de "análisis" similares del estado mental en la demencia precoz, ha venido de la Escuela de Zurich. Todos van en la dirección de ganar una comprensión de un sentido más profundo, que está escondido detrás de la "máscara" de la conversación confusa y de las acciones incomprensibles de los pacientes. "Freud y Jung han mostrado que el sistema de delirios de los pacientes no es en lo más mínimo absurdo, sino que sigue las mismas leyes que, tal vez, un sueño, el cual siempre se revela a sí mismo como una elaboración sensual de un complejo", dicen. Los complejos son, prácticamente sin excepción, sexuales.

Aquí, encontramos por todas partes los rasgos fundamentales de la tendencia de la investigación freudiana, la presentación de suposiciones y conjeturas arbitrarias como si fueran hechos seguros, las cuales son utilizadas sin vacilación para la construcción de siempre nuevos castillos en el aire, cada vez más altos, y la tendencia a la generalización más allá de toda medida, a partir de observaciones únicas. Debo confesar que, con la mejor voluntad, no soy capaz de seguir los hilos del pensamiento de esta "metapsiquiatría", la cual, como un complejo "chupa" el sensato método de la observación clínica. Como estoy acostumbrado a caminar sobre el fundamento seguro de la experiencia directa, mi conciencia filisteica de la ciencia natural tropieza a cada paso con objeciones, consideraciones y dudas, por sobre las cuales los discípulos de Freud son llevados sin dificultad por su poder imaginativo que se eleva livianamente. También yo sostengo la opinión de que muchos discursos y acciones de nuestros pacientes no son tan absurdos como parecen y que las emociones sexuales ciertamente juegan un papel considerable en ellos. Pero como yo sólo muy excepcionalmente tengo éxito en explicar mis propios sueños en cierta medida, aunque las condiciones preliminares son ciertamente tan favorables para ello como es posible, debo no sólo decir explícitamente que la afirmación acerca de que un sueño "siempre se revela a sí mismo como una elaboración sensual de un complejo", es totalmente imaginaria, sino también que soy incapaz de tener el coraje de dar algún crédito a las revelaciones que surgen del "análisis" de los procesos de conciencia de nuestros pacientes, los cuales son infinitamente más difíciles de comprender. Ciertamente, cualquiera que decida considerar las expresiones de los pacientes, a veces literalmente, a veces como la ex-

\* N. del T.: El entrecomillado es nuestro.

presión de lo contrario, a veces como "símbolos" de cualesquiera otras ideas, y que en todas estas expulsiones, desplazamientos, ocultamientos, encuentre su camino con confianza, no encontrará demasiado difícil descubrir en una fábula de Gellert un trastorno de pensamientos incestuosos secretos o sentimientos de celos, masoquistas, sádicos u homosexuales ■

*Lehrbuch der Psychiatrie, 8ª Edición, (1909-1913)  
Demencia Precoz, T. II, Polemos, Buenos Aires, 1996*

### Ludwig Binswanger



Ludwig Binswanger (1881-1966)

"Cuando Freud declara que el psicoanálisis es, respecto de la psiquiatría, "un poco como la histología respecto de la anatomía": "Una estudia la forma exterior de los órganos, la otra, su edificación a partir de los tejidos y de las partes elementales; no se puede concebir una contradicción entre estas dos modalidades de estudio, donde una sigue a la otra"

(VII, 262), tiene razón en la última afirmación, como esperamos haberlo demostrado ya, pero no en la primera. A una exploración, por así decir histológica, y por lo tanto microscópica, le correspondería en psiquiatría un fino análisis "microscópico" de la sintomatología clínica y de su sustrato material, a fin de llegar a una profundización y a una clarificación más importantes de la clasificación de las psicosis, de su etiología general y de su desarrollo. Pero, tal como ya lo expusimos en nuestra ponencia de 1920 en La Haya sobre *Psicoanálisis y psiquiatría* clínica, y como lo señalamos hoy en otro contexto, la situación ha llegado aquí a un punto en que ambas direcciones se *entrecruzan*. Nos hallamos ante el mismo estado de cosas que ante las doctrinas de Meynert y de Wernicke; Liepmann dijo de ésta última que se mantenía "vertical" por encima de la psiquiatría clínica habitual. Las tres doctrinas, admitiendo que pertenezcan al ámbito psiquiátrico-clínico, intentan penetrar, cada vez en una dirección, a partir del "conocimiento de las manifestaciones del alma en sus ramificaciones", "hasta sus raíces" (cf. supra, p. 184): Meynert quiere darle a la psiquiatría el carácter de una disciplina científica a través de un "fundamento anatómico"; Wernicke, a través del "anclaje" de su constitución en la función cerebral neuropatológica; Freud, a través de una continuación del estudio psiquiátrico, en dirección del estudio de la historia del desarrollo psicobiológico del organismo total. Para Meynert, el objeto psíquico se transforma en una teoría

anatómica; para Wernicke, en una teoría neuropatológica; para Freud, en una teoría biológica. Ahora bien, como hemos visto, el espíritu de la constitución psiquiátrica no tolera el predominio de ninguna teoría, y por consiguiente, se alza también contra su fundamentación sobre la base de la teoría freudiana. Por otro lado, según el mismo Freud, no se halló nada que estuviera en contradicción con esta constitución. Aun si esta teoría procede de manera incomparablemente más materialista que la intención que tuviera el padre de la constitución psiquiátrica, perteneciente todavía al período prepositivista de la historia alemana de las ideas, dicha teoría constituye sin embargo la única dirección de investigación psiquiátrica que *no deja* "intacto el contenido efectivo de la vida psíquica del hombre en toda su riqueza". El hecho de que proyecte esta riqueza "de contenido de la realidad de la vida psíquica", al decir de Dilthey, sobre un aparato psicobiológico, y que la reduzca a él, es algo que justamente el partidario dogmático de la constitución psiquiátrico-clínica no está en posición de reprocharle, pues, al fin y al cabo, él también procede según un esquema naturalista grosero que *simplifica* enormemente la vida del alma y la reduce a algunos principios<sup>3</sup>. Por el contrario, en la medida en que la doctrina freudiana persigue esta riqueza de contenido de la vida psíquica hasta sus ramificaciones y sus raíces más secretas, en la medida en que vuelve sobre los caminos ocultos de la transposición y de la traducción de contenidos psíquicos en diferentes "sistemas" y "modos de expresión" biológico-funcionales, y en la medida en que integra lo que ha hallado y realizado de esta forma en un edificio de ideas de una talla y complejidad únicas, no sólo ordena el campo que Griesinger deslindó en la constitución psiquiátrica, al mencionar intereses del estado de ánimo y de su conexión con el "delirio"; no sólo llena una laguna extremadamente sensible en el edificio de esta constitución, sino que al mismo tiempo también profundiza sus ideas propias, mostrándole al mundo presente y por venir esta riqueza con una nueva luz, una luz con la cual esta constitución nunca habría sido capaz de verla por sí sola. De ahora en más, el *hombre* no es sólo un organismo animado, sino una "esencia de vida" que muere su vida y vive su muerte, surgido del proceso de vida transitoria en esta tierra; la *enfermedad* ya no es un trastorno proveniente del exterior o del interior, trastorno de la substancia o del modo de funcionamiento del organismo, sino la expresión de un trastorno del curso "normal" de la vida que va en camino hacia su muerte. Enfermedad y salud, "ruido" y "silencio" de la vida, lucha y derrota, bien y mal, verdad y error, altitudes y depresiones de la "humanidad" no son más que escenas fugitivas del drama transitorio que interpreta la vida en sus nupcias con la muerte. Pero el "hombre", aquí, no es todavía hombre, pues ser *hombre* no sólo significa ser una criatura creada por la vida que muere en vida, cria-

3. Cf. "Über Ideenflucht" (Sobre la fuga de las ideas), p. 147 sq., donde presenté los cuatro principios de reducción clínicos y donde los formulé de la siguiente manera: "Siempre se trata de modificaciones o de flexiones del principio-del-yo, de una tremenda complejidad con su polaridad *objeto* y *experiencia vivida*, yo y tu, y su conexión con el problema de la comunicación y de la cultura, siempre se trata de sus flexiones en el unidimensional principio-del-ello".

tura lanzada dentro de la vida y llevada por ésta de aquí para allá, criatura que la vida arregla o desarregla; significa mucho más ser un ser que mira a los ojos a su destino y a los ojos del destino de la humanidad, decidido, nacido a ese destino, un ser "constante", que tiene así su propio estado, o que lo ha establecido por sí mismo: *autónomo*. Enfermedad, pena, sufrimiento, dolor, culpa, error, todavía no son aquí *huellas y etapas* (históricas), pues las huellas y las etapas no son sólo escenas fugitivas de un teatro transitorio, sino mucho más, instantes "eternos" de un ser históricamente determinado: el ser-en-el-mundo como *destino*. El hecho de que seamos vividos por las potencias de la vida, es sólo un aspecto de la verdad; el otro aspecto de la verdad, es que *nosotros* la determinamos como nuestro destino. Y sólo estos *dos* aspectos logran abarcar en su plenitud todo el problema del sentido y del sentido-loco, del delirio. Aquel que, como Freud, ha forjado su destino a golpes de cincel—la obra de arte que él creó en el elemento del lenguaje basta como prueba de ello— puede criticarlo menos que cualquier otro ■

*Freud y la constitución de la Psiquiatría Clínica*  
*Schweizer Archiv. für Neurologie und Psychiatrie*  
(1936)

#### Melanie Klein

"**Y**a me he referido a la conexión evolutiva entre las posiciones esquizo-paranoide y depresiva. Se plantea ahora el problema de si esta conexión evolutiva es la base de la mezcla de estos rasgos en las perturbaciones maniaco-depresivas y, como deseo sugerir, también en las perturbaciones esquizofrénicas. Si esta hipótesis provisional fuera comprobada, llegaríamos a la conclusión de que los grupos de perturbaciones esquizofrénicas y maniaco-depresivas están más relacionadas evolutivamente de lo que se ha supuesto. Esto explicaría también los casos en los que el diagnóstico diferencial entre melancolía y esquizofrenia es muy difícil de realizar. Estaría enormemente agradecida si mi hipótesis pudiera ser posteriormente aclarada por colegas que han tenido amplio material de observación psiquiátrica ■



Melanie Klein (1882-1960)

*Notas sobre algunos mecanismos esquizoides (1946), en "Envidia y Gratitud y otros trabajos", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1987.*

#### Jacques Lacan

"**E**l malestar en la cultura, —Freud lo había promovido, lo había hecho sabiendo lo que decía porque sentía los síntomas— pero este malestar se acentuará sin duda alguna, no puede sino acentuarse en razón de la novedad total que aporta este discurso científico al vínculo social mismo".



Jacques Lacan (1901-1981)

*Conferencia del 13/10/72 en Lovaina*

"**E**l futuro del psicoanálisis es algo que depende de que lo que resultará de este real, a saber, si las chucherías por ejemplo ganarán en realidad la partida, si llegaremos a ser nosotros mismos animados por las chucherías. Debo decir que esto último me parece poco probable. No lograremos hacer que en realidad la chuchería no sea un síntoma..."

*Conferencia intitulada La tercera, dictada en Roma*  
(1/11/74)

"**A**quéel que se planta frente al loco en la posición de psiquiatra está, quiéralo o no, concernido. Está irreductiblemente concernido! Si no se siente concernido—esto es algo que se puede demostrar, es algo tangible, y no es necesario hacer intervenir a la experiencia psicoanalítica— si no está concernido, es por ciertos procedimientos que se manifiestan cuando uno observa de cerca, de manera incontestable, y esto ya sea que se trate de un psicoanalista o no, por el hecho de que se protege de su concernimiento, si me lo permiten. Es decir que entre él y el loco, interpone cierta cantidad de barreras protectoras al alcance de los grandes jefes; por ejemplo, hace que otros redacten informes, ¿no es verdad?... Y en cuanto a los que no son grandes jefes, basta con tener una pequeña idea, un organodinamismo, por ejemplo, o cualquier otra cosa, una idea que lo separe de... de esta especie de ser que está en nuestra presencia, el loco, una idea que nos separe de él, clasificándolo, ¿no es así? como una especie, entre otras, de extraño coleóptero, del que se debe informar, así nomás, en su elemento natural".

Y también: "Los hombres libres, los verdaderos, son precisamente los locos... es por eso que en su presencia uno se siente angustiado, y con razón, es porque el loco es el hombre libre". O aun: "Los progresos de la civilización universal se traducirán no sólo en cierto malestar, como ya Freud lo había percibido, si-

Henry Ey  
Teorías psicogénicas  
del inconsciente patógeno



Henry Ey (1900-1977)

“La pre-  
sión que  
la hip-  
nosis ejerce sobre  
la conducta y las  
tendencias del su-  
jeto implica la li-  
beración de sus  
fuerzas incons-  
cientes. Este he-  
cho (la hipnosis)  
ha sido genial-  
mente explotado  
(Breuer y Freud)  
para proponer  
una teoría del in-  
consciente pató-  
geno en psiquia-  
tría. Toda la obra  
de Freud, todo el  
cuerpo doctrinal  
edificado por él y  
que su escuela psicoanalítica ha desarrollado (Abraham, Ferenczi, Jones, etc.), constituyen una teoría psicogénica de las neurosis, consideradas como el efecto de fuerzas inconscientes, que, progresivamente, se ha extendido al campo de la psicosis. Ya se trate de los psicoanalistas ortodoxos o de los disidentes (Steckel, Jung, Alexander, Melanie Klein, etc.), el modelo teórico que define este movimiento doctrinal es sensiblemente el mismo. Se apoya en dos puntos esenciales:

1. El inconsciente representa un sistema de fuerzas afectivas reprimidas que no se manifiestan clínicamente sino por una distorsión simbólica de su sentido (síntomas neuróticos, obsesiones, ideas fijas, delirios, alucinaciones, trastornos de la conciencia, etc.), de tal suerte que la formación simbólica del pensamiento onírico constituye el modelo de los mecanismos psicopatológicos.

2. El inconsciente esta constituido por fuerzas insintivas (Ello) o represivas (Super-Yo) que, en el curso del primer desarrollo libidinal del niño, cuando se establecieron sus primeras relaciones objetivas, formaron sistemas afectivos (complejos de frustración, de Edipo, de castración, etc.). El conflicto de estas fuerzas inconscientes con el Yo y la realidad es el que determina las enfermedades mentales.

En tanto que en los primeros tiempos del movimiento psicoanalítico se ponía en primer término el papel patógeno de los acontecimientos de la vida infantil (traumatismos sexuales de la infancia), desde hace 30 años el psicoanálisis ha evolucionado hacia una acentuación de las nociones de fijación o regresión a los estados arcaicos de las primeras relaciones objetivas. Por otra parte, se insiste mayormente acerca de la organización interna de la estructura del aparato psíquico, sobre todo del Yo (Federn). Estas nociones tienden fatalmente a reducir la teoría “psicogénica” del psicoanálisis en la medida en que las

no en una práctica que ustedes verán extenderse cada vez más, que no mostrará su verdadero rostro inmediatamente, pero que tiene un nombre que, lo trans-formemos o no, siempre querrá decir lo mismo y que va a suceder: la segregación”.

Breve discurso a los psiquiatras, (10/11/67)

“En la medida en que las exigencias sociales se encuentran condicionadas por la aparición de un hombre que sirva a las condiciones de un mundo científico, el médico, carente de nuevos poderes de investigación, debe atronatar nuevos planteamientos, de esta evolución—que cambia la posición del médico respecto de aquellos que se dirigen a él—que lo que tiene de original esta demanda al médico se individualiza, se especifica, se valoriza retrospectivamente. Este desarrollo científico inaugura y pone cada vez más en primer plano este nuevo derecho del hombre a la salud, que existe y se motiva ya en una organización mundial... Cuando se manda al enfermo al médico o cuando el enfermo lo busca, no hay que decir que sólo está esperando la cura. El enfermo pone al médico a prueba, a ver si lo puede sacar de su condición de enfermo, lo cual es algo totalmente diferente, pues esto puede implicar que esta completa-mente apegado a la idea de conservarla. A veces viene a pedirnos que lo autentiquemos como enfermo, en muchos otros casos viene, de modo manifiesto, a pedimos que lo preservemos en su enfermedad, que lo tratemos de la manera que a él le parece conveniente, la que le permitirá seguir siendo un enfermo bien ins- talado en su enfermedad... Si el médico debe seguir siendo algo—que no podrá ser la herencia de su anti- gua función, que era una función sagrada—para mí, debe dedicarse a seguir y a mantener en su propia vida el descubrimiento de Freud. Siempre me he con- siderado un misionero del médico: la función del médi- co como la del sacerdote no se limita al tiempo que se le dedica”.

Mesa redonda Psicoanálisis y medicina, (16/2/66)

“La locura, lejos de ser el hecho contingente de las fragilidades de su organismo, es la virtud permanente de una falla abierta en su esencia.

Lejos de ser ‘un insulto’ para la libertad, es su compañera más fiel, sigue su movimiento como una sombra. Y el ser del hombre, no sólo no puede comprenderse sin la locura, sino que no sería el ser del hombre si no llevara en sí a la locura como límite de su libertad” ■

Propos sur la causalité psychique. (1946), en “Ecrits”, Seuil, Paris, 1966

psicosis y, en consecuencia, las neurosis dependen no tanto de la historia o de la prehistoria infantil como de una "malformación" o de una modificación regresiva del YO. No obstante, la mayoría de los trabajos y enseñanzas del psicoanálisis, al continuar insistiendo sobre los acontecimientos y la historia del individuo más que sobre la organización neuropsíquica de su persona, permanecen en la línea de una teoría esencialmente psicogénica o psicodinámica.

Las ventajas de esta posición doctrinal consisten esencialmente (como en el caso de las tendencias psicogénicas consideradas más arriba) en su perspectiva optimista y terapéutica (lo que depende de las relaciones sociales, aun cuando fuesen originales, puede ser modificado por la relación psicoterapéutica) y también en que aprehende la enfermedad en lo que ella es, es decir, una producción simbólica e imaginaria en la cual los síntomas tienen un sentido.

Las dificultades y los límites con que se enfrenta esta concepción derivan del hecho de que la enfermedad mental, en general, o si se quiere todo el campo de la psiquiatría, no puede ser concebido fuera de la patología orgánica (hereditaria o adquirida) que condiciona de manera manifiesta ciertas formas típicas (psicosis agudas y crónicas, anomalías congénitas del desarrollo psíquico).

El peligro implícito en la lógica de la doctrina psicoanalítica es el de "nivelar" "por abajo" (influencia casi exclusiva del inconsciente) todas las formas y variaciones de la existencia normal y patológica sin tener en cuenta la "forma" estructural de la enfermedad mental. Ofrece el riesgo (lo mismo que las teorías psicogenéticas de los factores ambientales, con las cuales está relacionada) de negar la enfermedad como tal ■

*Traité de Psychiatrie (1964)*  
*Tratado de Psiquiatría, Cap. III.*  
*Toray Mason, Barcelona, 1965*

### Franz Alexander

"El presente volumen ofrece a los estudiosos de la psiquiatría una visión comprensiva de la psiquiatría dinámica. La corriente dinámica en psiquiatría es el resultado del impacto de la teoría, el método, la investigación y la terapia psicoanalíticas, sobre la psiquiatría en su conjunto. Esencialmente, esa tendencia puede ser



*Franz Alexander (1891-1964)*

definida como el progreso de la investigación psiquiátrica desde una etapa descriptiva a una explicativa.

Mediante la aplicación del principio de la motivación psicológica a los fenómenos psicopatológicos de apariencia irracional, resulta posible comprender los trastornos de conducta tales como se ven en las neurosis y psicosis. Tal comprensión no era factible mientras se conocía sólo la naturaleza del proceso mental consciente, puesto que los fenómenos psicopatológicos no siguen los principios racionales de la actividad consciente. Los hechos psicopatológicos se caracterizan por una regresión hacia formas primitivas de procesos inconscientes similares a las que aparecen en los sueños. La semejanza entre los procesos mentales esquizofrénicos y los sueños fue observada por Bleuler por vez primera; y Freud y sus discípulos fueron los primeros en reconocer el alcance universal de los procesos inconscientes y sus particularidades.

Antes que Freud diera a conocer sus descubrimientos y teorías, todo cuanto los psiquiatras podían hacer era una descripción válida y detallada de la sintomatología de una situación psiquiátrica, tal como hicieron Cuvier y Linneo en el terreno de la zoología y de la botánica. Sólo después del principio de la evolución, descubierto por Darwin, sus sistemas descriptivos pudieron ser reemplazados por una concepción dinámica y comprendidas las diferencias existentes entre las diversas especies.

La influencia de Freud sobre la psiquiatría similar. En Europa la influencia retardó en sus comienzos a causa de la discusión entre Freud y la psiquiatría académica, y más tarde por la disminución de las actividades científicas, que siguió a las guerras mundiales. En los Estados Unidos el conflicto emocional entre psicoanálisis y psiquiatría académica fue más atenuado y no impidió sustancialmente la penetración de los conceptos psicoanalíticos dentro de la psiquiatría.

Dicha penetración comenzó hace unos treinta años. Los propulsores de ese movimiento científico fueron William A. White, Smith Ely Jelliffe, y Adolf Meyer. Durante las últimas dos décadas la asimilación del psicoanálisis por la psiquiatría americana ha tomado incremento, y en años recientes ha surgido una tendencia en favor de su reconocimiento académico.

La influencia de los conceptos psicoanalíticos sobre el desenvolvimiento científico se advierte en seis sectores:

1. En la misma psiquiatría clínica ha desarrollado una psicopatología, basada en conceptos dinámicos, y una psicoterapia basada en la etiología.
2. En el límite entre psiquiatría y antropología el estudio del desarrollo de la personalidad en las diferentes culturas ha ensanchado el concepto básico de naturaleza humana. La influencia de las actitudes paternas, en diversas culturas, sobre la formación de la personalidad, se haya convertido en un foco de interés para un gran número de antropólogos que trabajan principalmente con conceptos psicoanalíticos. Su obra ofrece una oportunidad para la estimación comparativa de los factores culturales en la historia vital del individuo. Esta tendencia psicoanalítica de la antropología ha conducido a una nueva orientación

dentro de la psiquiatría misma, frecuentemente denominada "psiquiatría social", disciplina aún en sus comienzos.

3. En la psicología experimental se ha producido otro injerto, particularmente en el campo de los tests clínicos. La íntima relación entre psicoanálisis y la original obra de Rorschach fue el histórico punto de partida de esa influencia mutua. Tal dirección siguió en este campo la obra experimental de Henry A. Murray, cuyo *Test de Apercepción Temática* se basa enteramente en conceptos psicoanalíticos.

4. En psicología animal, particularmente con los discípulos americanos de Pavlov, se formó otro punto de contacto con el psicoanálisis. Mientras que al comienzo los experimentadores en animales estaban en actitud receptiva, sus estudios experimentales prometen un influjo progresivo en profundidad para la comprensión y formulación de leyes básicas del comportamiento organístico.

5. En toda la medicina la influencia de los conceptos y métodos psicoanalíticos se manifestó en una nueva orientación: el enfoque psicósomáticos en fisiología, patología general y terapéutica. En esencia, consiste ése en la coordinación sistemática de los criterios somáticos y psicológicos, y de las técnicas psicológicas y somáticas para el estudio y la terapia de las enfermedades manifiéstense éstas o no por síntomas somáticos o psicológicos. A causa de esa tendencia sintética, la psiquiatría está perdiendo su primitiva situación extraterritorial en medicina, donde se encontraba por el hecho de que en el estudio de los fenómenos psicopatológicos había que adoptar métodos diferentes de los físicoquímicos universalmente aceptados en medicina.

6. En psiquiatría infantil es donde más profunda influencia ha ejercido el psicoanálisis. El movimiento de conducción o educación de la infancia (*child-guidance*), orientado por Herman Adler y William Healy, ha desarrollado una perspectiva libre y experimental, facilitando el camino para la asimilación de los conceptos psicoanalíticos. En la terapia infantil la técnica psicoanalítica tiene grandes posibilidades y en este sector especial la psiquiatría puede ejercer una función preventiva, objeto anhelado por todas las disciplinas médicas.

El producto de esas seis combinaciones científicas es lo que puede denominarse "psiquiatría dinámica" ■

*Dynamic Psychiatry (1950)*  
*Psiquiatría dinámica. Prefacio*  
*Paidós, Buenos Aires, 1962*

## Henri Ellenberger

"E n primer lugar, permítanme recordarles la definición de la psiquiatría dinámica. Se trata de esa rama de la psiquiatría que intenta explorar, movilizar y utilizar de manera terapéutica las fuerzas psíquicas inconscientes. Es lo que la distingue de la psiquiatría organicista, que intenta establecer correlaciones entre los trastornos psíquicos y lesiones o perturbaciones funcionales del organismo; de la psiquiatría racional que opera en el plano del psiquismo consciente, y de la psiquiatría social o sociopsiquiatría, que explora los factores patógenos de origen familiar, profesional, social y cultural.



*Henri Ellenberger (1905-1993)*

La psiquiatría dinámica, lejos de ser una novedad como a veces se cree, es algo muy viejo. Sin duda, se remonta a una época prehistórica muy lejana. El estudio de los métodos terapéuticos que aplican en la actualidad las poblaciones llamadas primitivas nos permite representarnos, por analogía, lo que la psiquiatría dinámica pudo llegar a ser en sus aspectos arcaicos. Después de las terapéuticas primitivas aparecieron métodos más sistemáticos empleados en los templos del Antiguo Egipto, los templos de Esculapio, las psicagogías que formaban parte de las prácticas de las escuelas filosóficas grecorromanas, ciertas prácticas instituidas por las grandes religiones, por ejemplo, los efectos terapéuticos de la confesión, de la "cura de las almas" (Seelsorge) y en particular del exorcismo. El período moderno de la psiquiatría dinámica comienza en 1775 con Franz Anton Mesmer, el inventor del magnetismo animal. De hecho, se puede seguir una línea evolutiva continua pasando del exorcismo al magnetismo, del magnetismo al hipnotismo, del hipnotismo al psicoanálisis y a las psiquiatrías dinámicas modernas ■

*"Methodology in Writing the History of Dynamic Psychiatry" (conferencia dada en el simposio de la Universidad de Yale, 25-27 de abril de 1967), en George Mora y Jeanne L. Brand (edit.), Psychiatry and Its History: Methodological Problems in Research, Springfield, Illinois, Charles C. Thomas, 1970, p. 26-40.*





## Sobre el Trastorno Bipolar

**Irene Elenitza** Médica. Especialista en Psiquiatría. Hosp. Municp. "T. de Alvear", Buenos Aires  
**Sergio Giordano** Médico. Especialista en Psiquiatría. Buenos Aires.

*Se reproduce a continuación una selección de resúmenes de los trabajos sobre Trastorno Bipolar presentados en la 149ª Reunión de la Asociación Americana de Psiquiatría que se desarrolló en la ciudad de New York entre el 4 y el 9 de mayo y en el XX Congreso del Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum realizado en Melbourne, Australia, entre el 23 y el 27 de junio del presente año. Los especialistas que nos enviaron esta selección de trabajos, que consideraron los más sobresalientes de entre los presentados a ambas reuniones, nos proponen un recorrido de lectura que comienza con la conjunción del abuso de sustancias psicoactivas (fenómeno que excede el campo de la Salud Mental para entrar de lleno en el social) con el Trastorno Bipolar; la comorbilidad del mismo con el Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), así como el estudio clínico de su curso natural que despierta siempre la pregunta sobre un posible patrón estacional. También aparece una curiosidad en cuanto a la terapéutica, al proponerse a la risperidona como una posible alternativa de tratamiento ante la falta de respuesta de los pacientes a los estabilizadores del humor típicos*

### 149ª Reunión de la Asociación Americana de Psiquiatría (A. P. A.)

#### Abuso de sustancias y Trastorno Bipolar Objetivos educacionales

1. Estar capacitado para reconocer algunas características que se hallan frecuentemente asociadas en pacientes bipolares con abuso de sustancias.
2. Identificar dichas características y considerar diferentes planes de tratamiento para este perfil de pacientes.

#### Sumario Objetivo

Comparar las características de los pacientes bipolares consumidores de sustancias con los bipolares.

#### Método

Pacientes enrolados en un proyecto de investigación de largo alcance en cuanto al curso de su Trastorno Bipolar fueron divididos en dos grupos, dependiendo de si eran o no consumidores de sustancias psicoactivas.

#### Resultados

Los abusadores de sustancias fueron asociados con el género masculino, trauma chico, comienzo precoz, alto número de hospitalizaciones, escaso nivel de soporte social y alta frecuencia de intentos de suicidio. Los bipolares con abuso de sustancias fueron más propensos para el tratamiento con carbamazepina y mucho menos con el litio, en comparación con los bipolares no abusadores.

#### Conclusión

Los bipolares abusadores de sustancias representan un grupo espe-

cífico con diferencias clínicas que incluyen comienzo, curso, tratamiento y pronóstico.

#### Referencias

1. O'Connell, R. A., Mayo, J. A., Flatow, L., Cuehbertson, B. O., Brien, B. E., Outcome of bipolar disorder on long term treatment with lithium *Br. J. Psychiatry*, 1991, 159:123-129.
2. Weiss, R. D., Mirin, S. M., Griffin, M. L., Methodological disorders in substance abusers. *Br. J. Addiction*, 1992, 87:179-187.

#### La prevalencia del T.O.C. en los pacientes bipolares Objetivos educacionales

1. Reconocer la importancia de las condiciones de comorbilidad en los bipolares.
2. Diagnosticar T.O.C. en los bipolares.
3. Considerar diferentes estrategias de tratamiento para este subgrupo de pacientes.

**Sumario****Objetivo**

Determinar la prevalencia del T.O.C. en pacientes bipolares y su relación con otros disturbios psiquiátricos en comorbilidad en pacientes bipolares con o sin T.O.C.

**Método**

254 sujetos eutímicos con diagnóstico según DSM-III-R de bipolares I y II en tratamiento en dos centros diferentes: La Universidad de Bochum, Alemania y la Universidad de Toronto, Canadá. La prevalencia a lo largo de la vida del T.O.C. y otras condiciones de comorbilidad fueron evaluadas mediante un interrogatorio previamente estructurado.

**Resultados**

16 sujetos con T.O.C. fueron más proclives que aquéllos sin T.O.C. a ser hombres (68% vs 21% y a tener un diagnóstico de distimia (37,5% vs 8%).

**Conclusiones**

Estos hallazgos sugieren que los bipolares Tipo II, T.O.C. y la distimia tienden a coincidir en algunos pacientes.

El rol central de la serotonina en cuanto a la fisiopatología merece ser discutido.

**Referencias:**

1. Strakowski S. M., McElroy S. L., Keck P. W., West, S. A. The concurrence of mania with medical and other psychiatry disorders. *Int. Psychiatry in Medicine*, 24:305-328, 1994.
2. Kruger S., Cooke R. G., Hasey G. M., Jorna T., Persad, E. Comorbidity of obsessive compulsive disorders in bipolar patients. *J. Aff. Disorders*, 34:117-120, 1995.

### **Duración de la depresión en el Trastorno Bipolar. Revisión del Patrón de la patología**

**Sumario****Objetivo**

Estudios previos sugieren que el patrón de las fases depresivas y maníacas dentro de un episodio del Trastorno Bipolar es un predictor de la respuesta a la profilaxis con litio.

El presente estudio examina la influencia del patrón del episodio y otras variables clínicas en la duración del episodio depresivo.

**Métodos**

Los episodios afectivos de 100 pacientes bipolares observados durante dos periodos fueron categori-

zados en cuatro subtipos posibles: monofásico, bifásico con comienzo maniaco, bifásico con comienzo depresivo y polifásico. La duración de los episodios se basó en valoraciones prospectivas realizadas por los psiquiatras tratantes con la ayuda de la entrevista estructurada del DSM-III-R, la G.A.S. (*Global Assessment of Functioning*) y la C.G.I. (*Clinical Global Impression*).

**Resultado**

La duración del episodio y el tiempo hasta la recuperación varió entre los grupos. Los episodios polifásicos y los cicladores continuos tenían una mayor duración que los episodios monofásicos.

Los episodios depresivos monofásicos fueron más prolongados que los episodios maníacos propiamente dichos. De igual manera, la duración de la depresión tendía a exceder la duración de los episodios maníacos asociados con los episodios polifásicos.

**Conclusión**

Un mayor conocimiento del curso natural del Trastorno Bipolar podrá mejorar el manejo de los pacientes bipolares.

### **Estacionalidad de la enfermedad maniaco depresiva: 50 años**

**Sumario****Objetivo**

Investigar si existe un patrón estacional en la admisión de la enfermedad maniaco depresiva en un hospital de provincia.

**Método**

Hubo 1482 admisiones de manía, 1493 de depresiones y 552 de estados mixtos. No pudo ser encontrado ningún patrón de estacionalidad para la manía.

Hubo, sin embargo, una preponderancia de admisiones para depresiones en primavera y verano, pero esto no reportó significancia estadística.

En cuanto a los episodios mixtos, hubo un pico de admisiones durante el verano.

**Conclusiones**

Los hallazgos del presente estudio no van en favor de los resultados de tantos otros que muestran una incidencia marcada de episodios depresivos mayores en primavera y otoño y en cuanto a la manía

para el verano. Los autores creen que el pico de incidencia de los estados mixtos durante el verano es un hallazgo único que no había sido reportado previamente.

### **Risperidona como estabilizador del humor para pacientes bipolares**

**Sumario****Objetivo**

Se evaluó la evolución de una estrategia terapéutica con risperidona a largo plazo en doce pacientes con episodios mixtos, variantes que no respondieron a dosis de mantenimiento de los estabilizadores del humor más conocidos.

**Método**

Doce pacientes con Trastorno Bipolar tipo I e inestabilidad del humor o depresión severa a pensar de adecuadas dosis de litio o valproato fueron tratados con risperidona por períodos que iban desde las 8 hasta las 72 semanas y evaluados mediante la C.G.I. y la G.A.F.

**Resultados**

Los pacientes habían recibido risperidona por un período medio de 24 semanas a una dosis de 2.75 mg por día

Cuatro pacientes discontinuaron el tratamiento, dos por falta de eficacia y los otros dos debido a la acatisia y rigidez.

Entre ocho pacientes que habían recibido risperidona por más de 15 semanas, cuatro fueron considerados muy mejorados (CGI=6) cuando fueron evaluados a las 16, 23, 28 y 44 semanas respectivamente, y sus puntajes dentro de la escala GAF se incrementaron entre 10 y 15 puntos.

Un paciente mejoró sutilmente (CGI=5) a las 72 semanas. Uno no presentó variación alguna a las 20 semanas, y 2 fueron empeorando leve o exageradamente a la semana 64 y 44 respectivamente.

**Conclusiones**

Los resultados sugieren que la risperidona es efectiva en pacientes bipolares o con desordenes psicóticos afectivos.

Cuatro de ocho pacientes tratados por más de 15 semanas mantuvieron buenas respuestas a la risperidona por períodos que iban desde las 16 a las 44 semanas.

## XX° Congreso del Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum

### *Mecanismos de Recurrencia y ciclado en los desórdenes afectivos: Su implicación en el tratamiento.*

R. M. Post. Area de Psiquiatría Biológica, NIMH, NIH, Bethesda, Maryland, USA.

Los modelos de "sensibilización" y "encendido" (*kindling*) sugieren que los efectos del estrés y de los episodios de enfermedad afectiva pueden alterar la expresión genómica. Algunos de estos cambios están relacionados con el proceso fisiopatológico primario de la enfermedad en curso y otros, en apariencia, son compensatorios y adaptativos. Este punto de vista es tomado del episodio compulsivo en sí mismo, donde puede ser demostrado que, en algunas circunstancias, los episodios convulsivos son necesarios para la acción anticonvulsivante de la carbamacepina o del diacepam. Esto sugiere que, en el trastorno bipolar, tienen lugar cambios adaptativos endógenos que interactúan con agentes terapéuticos exógenos, afectando la evolución del cuadro, dentro del siguiente rango:

- a. Supresión completa de los episodios
- b. Reparación cíclica de éstos
- c. Rápida pérdida de respuesta a través de la aparición de fenómenos de tolerancia.

Se presenta un modelo que sugiere que la recurrencia y ciclado en los trastornos afectivos está basado en un balance del cociente entre los mecanismos endógenos patológicos vs. los adaptativos (endógenos también) en la medida en que son suplementados con tratamiento exógeno, con dosis y eficacia variables. Basándose en este modelo preclínico, se enfatiza la importancia de un tratamiento temprano agresivo y sostenido con drogas altamente efectivas, ya sea solas o combinadas con otros fármacos.

Con el objetivo de prevenir o revertir este fenómeno de "encendido", el autor y Weiss hallaron que el desarrollo y expresión de episodios convulsivos en amígdala se inhibía con estimulación eléctrica de baja frecuencia. Se encuentra en estudio si estas últimas pueden ser aplicadas

como instrumento terapéutico en la clínica de los trastornos afectivos.

### *Temperamento y viraje bipolar*

H. A. Akiskal. Universidad de California, San Diego, La Jolla, CA. USA.

Es importante identificar clínicamente, en vista de las implicancias clínicas que presentan, a los pacientes depresivos que harán un viraje hacia un trastorno bipolar previo a que éste se presente. Dicho viraje puede ocurrir en el curso de estos episodios depresivos o en la parte final de ellos, o aún semanas, meses o años más tarde. Los episodios depresivos pueden ser mayores o menores. Estudios conducidos cuando el autor se encontraba en la Universidad de Tennessee demostraron que, entre los descendientes de maníaco-depresivos, tenían lugar cuadros de distimia o ciclotimia en la infancia o en la temprana adolescencia y podían predecir una evolución hacia un trastorno bipolar. En una muestra de pacientes con depresión mayor no ciclotímicos ni distímicos y no elegidos sobre la base de antecedentes familiares de bipolaridad, se encontró lo siguiente: una edad de comienzo menor a 18 años para el primer episodio depresivo, presencia de depresión psicótica, hipersomnía, carga familiar de trastorno bipolar en generaciones consecutivas y virajes maníacos secundarios a medicación antidepressiva, se hallaban entre los predictores más específicos de evolución bipolar hacia la manía. Se ha demostrado en un estudio reciente del NIMH, que los predictores de temperamento que eventualmente pueden asociarse a una evolución hacia trastorno bipolar tipo I (pero no tipo II) son los siguientes:

- Labilidad afectiva,
- Energía-actividad, y
- Fantaseo diurno ("soñar despierto").

### *Presentaciones complejas del Trastorno Bipolar*

J. Himmelhoch. Departamento de Psiquiatría, Universidad de Pittsburgh, Escuela de Medicina, Pittsburgh, PA. USA.

Los estados afectivos identificatorios y fundamentales del Trastorno Bipolar son: la depresión

anérgica y la hipomanía complicada. La aparición de algún tipo de ansiedad significativa en el curso de la depresión o del episodio hipomaniaco predice, ya sea un incremento en la severidad de la enfermedad, o la presencia de factores que complican y empedran el pronóstico de ésta y están asociados a estados mixtos, ciclado rápido u otras formas atípicas del Trastorno maníaco-depresivo. La fobia social puede ser uno de los más interesantes y a la vez enigmáticos trastornos presentes en estas forma atípicas. Se han realizado estudios a doble ciego que documentan la asociación entre fobia social y Trastorno Bipolar Tipo II.

La fobia social responde preferencialmente a inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). Trece de treinta pacientes con fobia social tratados con moclobemida o fenelzina desarrollaron episodios hipomaniacos significativos; ningún paciente con síndrome de ansiedad generalizada (G.A.D.) presentó episodios hipomaniacos. Utilizamos este ejemplo en particular, para ilustrar los problemas y el modo de abordaje para identificar las complejas presentaciones del Trastorno Bipolar.

### *Trastorno Bipolar de ciclado rápido: una puesta al día*

D. Dunner. Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento. Universidad de Washington, Seattle, WA. USA.

El Trastorno Bipolar de ciclado rápido es la forma de enfermedad afectiva bipolar evidenciable en el 15% de pacientes bipolares Tipo I y Tipo II. Presenta una menor respuesta al tratamiento con litio que otras formas del mismo trastorno. Datos genéricos sostienen la validez de la frecuencia de los episodios como criterio para la definición de esta condición. Los datos aportados por la clínica y la historia familiar, como intento de diferenciar pacientes cicladores rápidos de aquellos que no lo son, no sugieren que ambas entidades difieran. Una historia de alcoholismo y/o abuso de sustancias tiene impacto en el curso del Trastorno Bipolar para que ésta incremente la prevalencia hacia un ciclado rápido. El tratamiento farmacológico de los pa-

cientes cicladores rápidos se ha visto beneficiado con el uso combinado de anticonvulsivantes junto con carbonato de litio, más aún que con este último únicamente. Las teorías en relación con la etiología del ciclado rápido incluyen:

- Disregulación del biotritón.
- "kindling" (encendido) y
- Disregulación tiroidea.

Cada uno de estos factores brinda algunas pautas sobre el tratamiento de este subgrupo de trastorno afectivo bipolar.

#### Marcadores genéricos y profilaxis con litio. Tratamiento del Trastorno Bipolar

D. Soveri<sup>1</sup>, O. Lipp<sup>1</sup>, P. Orlandi<sup>2</sup>, M. Verga<sup>2</sup>, B. Mathieu<sup>3</sup>, R. Adolphson<sup>4</sup>, F. Macciarri<sup>2</sup>, C. Vanbroeckhoven<sup>3</sup>, J. Mendlewicz<sup>1</sup>.

A pesar de los hallazgos concluyentes obtenidos a partir de estudios realizados en gemelos, familias y adopciones con Trastorno afectivo Bipolar, los factores de vulnerabilidad genética involucrados en la etiología de la enfermedad no han sido identificados en su totalidad. La heterogeneidad fenotípica y genética de este trastorno, es parcialmente responsable de los resultados contradictorios que se han obtenido a partir de estudios de "linkage" (eslabonamiento) con marcadores genéricos de ADN. Estas limita-

ciones pueden atribuirse al seleccionar subgrupos de pacientes bipolares más homogéneos de acuerdo a rasgos genéricamente relacionados. Se han observado diferencias en relación a la respuesta al litio en los casos de Trastorno Bipolar pertenecientes a la misma familia con aquellos que no comparten dichos rasgos. La respuesta al tratamiento con esta droga profiláctica, puede entonces ser usada para delinear subgrupos de pacientes bipolares más relacionados genéricamente.

Hemos evaluado la posible implicancia de cuatro genes diferentes estratificados de acuerdo a los datos de su respuesta al litio:

- a. Gen de tirosina hidroxilasa
- b. Genes de los receptores D<sub>2</sub> y D<sub>3</sub>
- c. Gen GABA<sub>A</sub>.

#### Litio y comparación con valproato y carbamacepina

C. L. Bowden. Departamento de Psiquiatría, Universidad de Texas, Centro de Ciencias en Salud, San Antonio, Texas.


Los reportes que indican que un 30 a 50% de los pacientes maníacos agudos no responden adecuadamente al litio han llevado a la realización de nuevos estudios para clarificar este punto, utilizando mejores técnicas de investigación metodológica y muestras de pacientes que reflejen el espectro diagnóstico del Trastorno Bipolar. Estudios recientes contra placebo y a doble ciego establecen que el divalproato es un tratamiento efectivo y seguro para la manía en el Trastorno Bipolar. El más extenso de los dos estudios incluye un gru-

po de control con litio, encontrándose al divalproato tan efectivo como el litio y mejor tolerado que éste. Los pacientes cuya concentración plasmática de divalproato fue de 45 µg/ml o más, han presentado una más significativa mejoría en los síntomas maníacos que los pacientes con niveles de concentración plasmática inferiores. La presencia de efectos adversos comienza a ser notoria cuando los niveles plasmáticos superan los 125 µg/ml. Dicho estudio sostiene que el litio es relativamente eficaz en algunos subgrupos de Trastorno Bipolar y relativamente poco eficaz en otros. Asimismo, este estudio sugiere que el valproato es ampliamente efectivo entre subgrupos de pacientes con Trastorno Bipolar definido por determinada evolución o presencia de síntomas específicos, por ejemplo ciclado rápido o estados mixtos. La presencia de estudios en relación al tratamiento de mantenimiento del Trastorno Bipolar con valproato es escasa, pero promisoria. En síntesis, el valproato representa el mayor avance en el tratamiento del Trastorno Bipolar.

Los estudios con carbamacepina, encontraron a esta droga superior al placebo y equivalente a los neurolépticos.

Algunos pacientes que no presentan completa recuperación en tratamientos con monodroga, obtienen mejores resultados y mayor tolerancia frente a combinaciones como litio-divalproato o litio-carbamacepina. No hay interacciones significativas entre litio y valproato, implicando esto una ventaja terapéutica potencial ■

1. Departamento de Psiquiatría, Hospital Erasme, Bruselas; 2. Instituto H. S. Raffaele, Departamento de Neurociencias, Milán; 3. Laboratorio de Neurogenética, Fundación Born Bunge, Antwerp; 4. Instituto Psiquiátrico, Universidad de Umea.



**ACOMPANIAMIENTO  
TERAPÉUTICO**

ASISTENCIA - DOCENCIA E INVESTIGACION

COORDINACION  
**GUSTAVO ROSSI  
FEDERICO MANSON  
GABRIEL PULICE**

*Atención en Hospitales - Intervención Comunitaria  
Recepción - Tratamiento - Estimulación y Rehabilitación*

*Atención - Salvo y Atención - Psicología con  
Tratamiento psico - Terapéutico*

(54) 9104 1854 2206 / (54) 9104 7431

**L'INFORMATION  
PSYCHIATRIQUE**

Revue mensuelle des psychiatres des hôpitaux

**L'INFO  
PSY**

10 Números por año

La mejor actualización de la Clínica psiquiátrica francesa,  
comentarios de libros, artículos históricos  
Informes y suscripción en la Argentina - Tel.: 953-2353

# Los inicios de FUBIPA

Alejandro Lagomarsino

*Como eco al Dossier del último número de Vertex, diversos colegas nos hicieron conocer su interés por obtener más información acerca de la Fundación de Bipolares de la Argentina (FUBIPA) y sobre los principios que fundamentan su existencia y orientan su actividad. Trasladamos la demanda al Dr. Alejandro Lagomarsino quien nos hizo llegar el texto que transcribimos a continuación.*

La experiencia del Centro Privado de Psicoterapias en 1987 y 1988 con talleres de psicoeducación para familiares de enfermos con esquizofrenia, articulada con la terapia familiar, dio resultados favorables: familias y enfermos estaban agradecidos, no sólo por la evolución de los pacientes, sino porque sintieron un apoyo y una relación diferente con los médicos. Les habíamos informado de la enfermedad de su familiar, advirtiéndoles que no tiene cura, y les explicamos cuáles son los síntomas y la evolución.

La educación de la familia acerca del curso de la enfermedad permite el desarrollo de expectativas realistas. El conocimiento, por doloroso que sea, innegablemente ayuda a enfrentar la enfermedad: la hace previsible, y esto contribuye a que los afectados puedan tratar de controlarla y no sientan que están a merced de ella. Mediante clases dadas por los psiquiatras, aprendieron la función de los medicamentos, y sus efectos adversos. Uno de los primeros efectos de la concurrencia a los talleres es disipar temores y tabúes sobre la medicación, lo que mejora la adhesión al tratamiento farmacológico. El relato –tan frecuente– de la recaída tras el abandono de los remedios permite que los nuevos integrantes aprendan de la experiencia ajena, que es la más segura. Los familiares reci-

bieron indicaciones para manejarse con las conductas perturbadas del paciente. La información ofrecida, que los participantes comparten entre sí, no consiste solamente en la adquisición de datos teóricos sobre la enfermedad. Forma parte de una estrategia pedagógica y se complementa con la aplicación práctica de conductas precisas para resolver las situaciones-problema que aparecen con el trastorno. Se dieron cuenta de que no estaban solos, y se sintieron comprendidos y aliviados al tomar contacto con otras familias con el mismo problema. Para el núcleo familiar la convivencia con un integrante crónicamente perturbado es una exigencia que acarrea diversas consecuencias: es característico que las actitudes de la familia oscilen entre las reacciones de rechazo, que determinan internaciones prolongadas y hasta definitivas, y las actitudes de sobreprotección. A la dedicación que objetivamente requiere el paciente se agrega el temor a dejarlo solo y el ocultamiento de la enfermedad: la familia se repliega sobre sí misma y tiende a aislarse. El intercambio entre familias intenta contrarrestar esta tendencia, generando redes de interacción a partir de su preocupación común. Las familias entienden que no es bueno para nadie –y sobre todo, para el paciente– que otros integrantes de ella dediquen su vida a cuidarlo y que la enfermedad se transforme en su problema excluyente.

La información fue además un medio para aliviar la culpa de la familia. Al dar nociones sobre los aspectos biológicos y heredo-familiares del trastorno, no se trata de resumir la policausalidad del trastorno en un reduccionismo biológico, sino de que entiendan y acepten que lo que su familiar tiene es un problema de salud: está enfermo. Y no se ha demostrado que la enfermedad haya sido causada por algo que ellos hayan hecho mal. Uno de nuestros objetivos es desculpabilizar a los familiares; el desconocimiento y la culpa de los padres provocan actitudes compensatorias de sobreprotección que atentan contra la natural necesidad de independencia de la persona afectada. Los sentimientos de culpa de los padres contribuyen a que la relación con el paciente no pueda ser flexible, que es precisamente lo que él necesita: es preciso que los allegados puedan pasar de ejercer un control eficaz sobre el comportamiento del paciente en las etapas en que no puede hacerse cargo de sí mismo, a permitir la autonomía que necesita para crecer.

En 1989 con Gustavo Carlsson y Edgardo Engelmann decidimos aplicar lo aprendido a la enfermedad bipolar. Partimos de la idea de que las familias que tienen un paciente con una enfermedad mental crónica comparten ciertos problemas, independientemente del diagnóstico. Una organización de ayuda mutua con funciones pedagógi-



# PAIDOS

**Pierre Kaufmann**  
ELEMENTOS PARA UNA ENCICLOPEDIA  
DEL PSICOANALISIS  
El aporte freudiano

**Janine Puget (comp.)**  
LA PAREJA  
Encuentros, desencuentros, reencuentros

**Rubén Zukerfeld**  
ACTO BULIMICO, CUERPO Y TERCERA TOPICA

**José E. Milmaniene**  
EL HOLOCAUSTO  
Una lectura psicoanalítica

**Juan David Nasio**  
LOS GRITOS DEL CUERPO

**Víctor Korman**  
EL OFICIO DEL ANALISTA

**Juan David Nasio**  
COMO TRABAJA UN PSICOANALISTA

cas permitiría capacitar a los integrantes de los grupos para un cambio de actitud: dejar de padecer pasivamente la enfermedad, para empezar a combatirla activamente desarrollando los recursos necesarios. Fomentar una actitud colectiva que se opone a la desmoralización, que sobreviene cuando una enfermedad crónica es percibida no sólo como incurable sino también como inmanejable.

En 1989 logramos un lugar de reunión en la Parroquia Santa Elena, de Palermo. Al poco tiempo descubrimos las ventajas del funcionamiento de Alcohólicos Anónimos, y decidimos que el grupo de pacientes y el grupo de familiares se reuniera por separado. Los grupos son coordinados por pares: quien coordina al grupo de pacientes es un paciente estabilizado, y quien lo hace con el grupo de familiares es un paciente con experiencia con la enfermedad.

Desde 1993 el Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano nos facilita sus instalaciones para los grupos. Posteriormente se iniciaron las sedes de Rosario, Bariloche y La Luján (Provincia de Bs Aires); las cinco sedes funcionan quincenal-

mente con idéntica metodología, y en forma gratuita. Tanto los pacientes como sus familiares se sienten útiles cuando se dan cuenta de que sus vivencias pueden ser transmitidas provechosamente. Quien comparte un modo de proceder que le ha resultado útil demuestra una capacidad y es percibido en el grupo como un modelo para imitar. Los demás recurren a su consejo y se sienten apoyados por quien ha pasado lo mismo que ellos: este apoyo es diferente del tipo de asistencia que

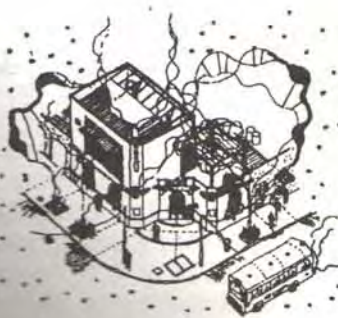
puede brindar un profesional. El apoyo del grupo no compite con la función del psiquiatra ni del psicoterapeuta.

Los coordinadores son supervisados regularmente por médicos y psicólogos. Uno de los objetivos de los grupos es desarrollar una noción operativa, no estigmatizante, de enfermedad. Los grupos de ayuda mutua no comparten la idea de enfermedad como un proceso incapacitante que releva al paciente de toda responsabilidad. Por el contrario, promueven la noción de que existe una responsabilidad personal indelegable en el proceso de aceptar la existencia de la enfermedad y en tomar las medidas necesarias para controlarla. Las actitudes de negación de la enfermedad, como abandonar el tratamiento porque la persona se siente bien por un tiempo, son cuestionadas: el paciente no está cuidando su salud y está arriesgando la tranquilidad de toda la familia.

Tratamos de que se inicie un proceso del cual emerja un núcleo de personas informadas, responsables de manejar su problema y dispuestas a pedir ayuda cuando lo necesitan. Las reuniones no son un muro de lamentos acerca de la desdicha de tener el problema, sino experiencias de aprendizaje donde los que tienen años de estabilidad transmiten las actitudes adecuadas para controlar el trastorno, y lograr ser pacientes "recuperados" ■

## ARIADNA

CENTRO DE ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD MENTAL



- CENTRO DIURNO PARA PACIENTES PSIQUIATRICOS
- PROYECTO AZUL. PROGRAMA ESPECIALMENTE DEDICADO A PACIENTES CON TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS
- URGENCIAS
- CONSULTORIOS EXTERNOS
- EQUIPO DE ASISTENCIA DOMICILIARIA A PACIENTES CON ENFERMEDADES MÉDICAS

Dra. Liliana Fernández  
Directora

PREPAGOS ARANCELES INSTITUCIONALES TARJETAS

CONDE 1002, 1426 Capital Federal

Fax: 555-70 56 Tel.: 555-57 78

*Aquí puede encontrar nuestros libros y revistas*

**En Buenos Aires:**

13.11  
Ateneo  
Boyacá  
Cadena Rodríguez  
Carlino Libros  
Catalonia  
De la Comarca  
Del Fondo  
Del Sol  
Del Sol  
Del Virrey  
Distal S. R. L.  
Ediciones Macchi  
El Buen Libro  
El Lorraine  
Expolibro  
Expolibro  
Expolibro  
Fausto  
Fausto  
Fausto  
Fausto  
Fausto  
Fray Mocho  
Gandhi

Corrientes 1311  
Florida 340  
Boyacá 41  
Sarmiento 835  
  
Santa Fe 2210  
Las Heras 2955  
Santa Fe 1685  
Echeverría 2450  
De los Incas 3673  
Virrey Loreto 2407  
Corrientes 913  
Córdoba 2084  
Cabildo 1887  
Corrientes 1513  
Cabildo 1580  
Santa Fe 3474  
Acoyte 48  
Galerías Pacífico  
Santa Fe 2077  
Santa Fe 1715  
Corrientes 1316  
Corrientes 1243  
Santa Fe 3142  
Corrientes 1551

Gárgola  
Hernández  
Kargieman  
La Compañía de los libros  
La Facultad  
Letra Viva  
Librerío  
Marcos Palmieri Libros  
Mil y una Hojas  
Norte  
Ojos de Papel  
Paidós Soc. en Com.  
Párrafos  
Penélope  
Psicología Libros  
Quimera  
Rodríguez  
Rodríguez  
Salerno Libros  
Salón Cultural  
Santa Fe  
Santa Fe  
Sequeira Libros  
Tekne Librería Editorial S. R. L.  
Valenza Libros

Billinghurst 1597  
Corrientes 1436  
Rodríguez Peña 1674  
Arenales 1901  
Facultad de Psicología  
Coronel Díaz 1837  
Cabildo 1852  
APDEBA, Maure 1850  
Fco. Lacroze 2219  
Las Heras 2225  
Santa Fe 2928  
Las Heras 3741  
Callao 737  
Santa Fe 3673 local 14 "C"  
Facultad de Psicología  
Obligado 2264 P. B. "A"  
Cabildo 1849  
Florida 377  
Hospital Borda  
Santa Fe 2530  
Santa Fe 2582  
Santa Fe 2376  
Hospital Moyano  
Urquiza 772  
Hospital Fernández

**En Córdoba**

El Espejo  
El Mundo del Libro  
Maidana Libros S. R. L.  
Rayuela S. R. L.  
Rubén Libros

Vélez Sarfield 156 local 23  
Obispo Trejo 4  
Dean Funes y Vélez Sarfield  
Colón 678  
Deán Funes 163 local 1

**En Santa Fe**

Guimard Libros

Belgrano 5599

**En Lomas de Zamora**

Palentra

Meeck 132

**En Rosario**

Homo Sapiens  
Copia Fiel

Sarmiento 646  
Entre Ríos 716

**En Montevideo - Uruguay**

Ediciones Trecho

Maldonado 1092

## lecturas y señales



### LECTURAS

Juan David Nasio, "Los gritos del cuerpo, Psicósomática" Paidós, Buenos Aires, 1996, 190 págs.

El contenido de las lecciones de un Seminario dictado por el autor en París en 1983 es retomado en este libro. Lo precede una entrevista reciente realizada a J. D. Nasio por Ana María Gómez en la que se actualizan y ratifican pasajes de las conferencias de trece años atrás. La anatomía real, objeto de la medicina, es diferente de la anatomía psíquica producto de la percepción interna. El resultado es la particular teoría psíquica del objeto-cuerpo que "crea una imagen psíquica del cuerpo, compuesto por un gran conjunto de pequeñas imágenes de alto valor afectivo" dice el autor, quien propone una teoría novedosa para explicar los fenómenos psicósomáticos.

En efecto, apoyándose en la aseveración de que cada una de las formaciones psíquicas del objeto como pueden ser los sueños, las alucinaciones, el *acting-out* o un síntoma psicósomático constituyen realidades nuevas y estrictamente locales, Nasio propone desde su perspectiva lacaniana, comprender los fenómenos psicósomáticos como formaciones del objeto a. "Supongamos la existencia de una psoriasis y llamémosla "realidad psoriasis" en el sentido de los mecanismos que la organizan y las consecuencias

que se producen. Cuando decimos 'realidad psoriasis' nos referimos, ante todo, a la realidad psíquica que se abre y se cierra con la aparición de esa lesión de la piel".

El campo psicósomático abierto a múltiples teorizaciones, psicoanalíticas o no, recibe así un nuevo aporte para alimentar su polémica. Una contribución a estudiar en sus alcances y desarrollos.

Vertex

"Materia Prima" Primera Revista Independiente de Terapia Ocupacional en Argentina. Año 1, Número 0, Junio-agosto 1996.

No esperamos el número 1 para anunciar desde ya la aparición de Materia Prima. Ya hablaremos del siguiente.

Con la Dirección de Andrea Monzón y la Subdirección de Carolina López, esta nueva revista colega, provista de un diseño moderno y muy atractivo, hace llegar a nuestro ámbito las contribuciones de una de las disciplinas integrantes indispensables del equipo de Salud Mental, o más abarcativamente aún de la salud en general. En efecto, Marta Suter la define en una entrevista que le realiza la Directora, como "el arte y la ciencia de analizar e instrumentar las ocupaciones del hombre para tratar su salud, entendida ésta como un estado de equilibrio biopsicosocial". Nos enteramos también de que ya son cerca de 1000 las Terapias Ocupacionales según el censo que publican. Una profe-

sión en expansión. Un tema que da Materia Prima... para pensar. Un excelente emprendimiento al que le deseamos un gran éxito.

J. C. S.

Juan Luis Linares. *Identidad y narrativa, la terapia familiar en la práctica clínica*. Paidós, Barcelona, 1996, 207 páginas.

De entre las numerosas obras que se han escrito sobre la psicoterapia de familia desde la perspectiva sistémica, este libro tiene valores destacables: su claridad, la riqueza de indicaciones prácticas, y de ilustraciones clínicas.

El autor, psiquiatra y psicólogo, es Profesor de Psiquiatría en la Universidad Autónoma de Barcelona y Jefe de la Unidad de Psicoterapia del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de la misma ciudad.

Luego de una Primera Parte en la que pasa inventario a los aspectos teóricos de su posición, con especial centro en las narrativas familiares, Linares reivindica la nosografía psiquiátrica en tanto "metáforas-guía" para el diagnóstico sistémico. Recorre con esa intención objetivadora la conyugalidad y la parentalidad, las triangulaciones manipuladoras y desconfirmadoras, etc. y desemboca en la Intervención Terapéutica pasando revista a los elementos de la caja de herramientas del Terapeuta Sistémico. El conjunto ofrece un armonioso ensamble de fácil lectura.

P. S.





**XIX Congreso Latinoamericano de Psiquiatría - APAL**  
**XIII Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA**

**"Identidad y Globalización"**

9-13 de abril de 1997, Mar del Plata

Hotel Costa Galana - Colegio Trinity (sede de cursos)

**Mensaje del Presidente**

Estimados colegas:

Es un placer, y al mismo tiempo una importante responsabilidad para nosotros invitar a ustedes al XIX Congreso Latinoamericano de Psiquiatría de la APAL, que se llevará a cabo junto con el XIII Congreso Argentino de Psiquiatría de A.P.S.A. del 9 al 13 de abril de 1997 en la ciudad de Mar del Plata, Argentina.

Esta reunión será organizada por A.P.S.A. (Asociación de Psiquiatras Argentinos) que ya organizó con éxito otros Congresos Internacionales como dos Simposios Regionales de la W.P.A. en 1987 y 1995.

El tema principal, "Identidad en la Globalización" nos permitirá mostrar al mundo los enriquecedores aportes de la psiquiatría latinoamericana.

Habrà muchas actividades tales como simposios, simposios satélites, secciones plenarias, paneles, comunicaciones científicas, talleres (workshops), etcétera.

Estamos seguros de que se verán regocijados con el hermoso lugar en el que se realizará el Congreso; también tendrán la posibilidad de visitar otros lugares de Argentina.

Estas son algunas de las razones por las cuales esperamos que participen de este evento en abril de 1997.

**Roger Montenegro**

*Presidente del Comité Organizador*

**Comité organizador**

(se incorporarán otros nombres en el segundo anuncio)

**Presidente:** Roger Montenegro

**Vicepresidentes:** Sociedades Psiquiátricas del Cono Sur:

- Rogério Aguiar (Asoc. Brasileña de Psiquiatría)
- Alberto Bertoldi (Asoc. de Psiquiatras Argentinos)
- Angel Valmaggia (Sociedad de Psiquiatría de Uruguay)
- Alejandro Gómez - César Ojeda (Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile)
- José Arias (Sociedad de Psiquiatría de Paraguay)
- Marcelo de la Quinlan (Soc. de Psiquiatría de Bolivia)

**Secretarios:** Guillermo Bermúdez (APSA)

- Secretarios Regionales de APAL:
- Ariel Montalbán (Sec. Regional del Cono Sur)
- Ismael Salazar Gutiérrez (Sec. Regional México y Centro América)
- Gustavo Vázquez Caicedo (Sec. Regional Caribe y Países Bolivarianos)

**Convocatoria a Sociedades Latinoamericanas de Psiquiatría:** Graciela Lucatelli; Alejandra Maddocks y Gonzalo F. Viale

**Convocatoria a Responsables de Areas de Formación en Psiquiatría:** Juan Carlos Ferrali y Rodolfo Fahrer

**Convocatoria de Otras Especialidades Médicas:** Alberto Bertoldi y Mirta Méndez Puig

**Encuentro Hispano-Luso-Latinoamericano**

*Coordina:* Eugenio Cornidecheda

**Encuentro Francófono**

*Coordina:* Juan Carlos Stagnaro

**Encuentro Italo-Latinoamericano**

*Coordina:* Amelia Musachio

**Encuentro Germano-Latinoamericano**

*Coordina:* Curt Hacker

**Encuentro de la American Society of Hispanic Psychiatry**

*Coordina:* Renato Alarcón

**Programas Educativos para América Latina de la OMS, de la WPA y del CINP**

*Coordinan:* Uriel Halbreich y Roger Montenegro

Prof. Roger Montenegro - A.P.S.A.

San Martín 579, 2° piso

(1004) Buenos Aires, Argentina

Tel/Fax: (541) 393-3059/3381/3129

Fax directo: (541) 821-4540

E.mail: xixapal@apsa.fmed.uba.ar