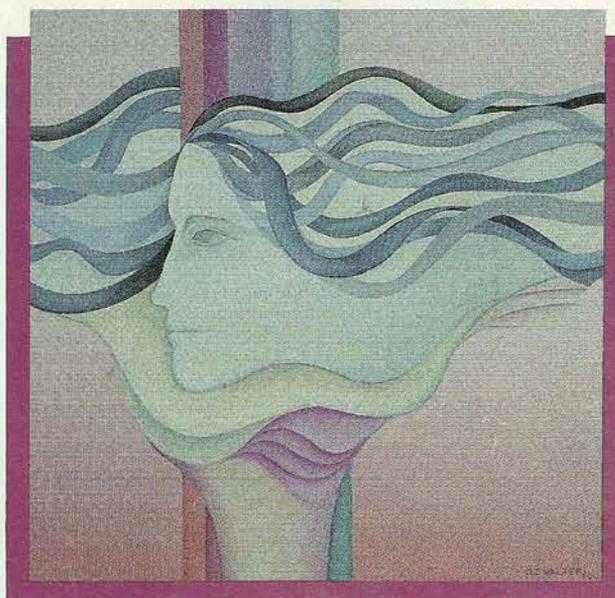




VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

19

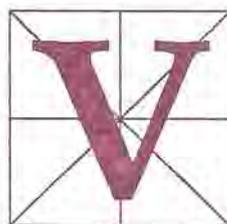


ENVEJECER

*Andrés / Chapot / Guido / López
Macotinsky / Matusevich / Noël
Salvarezza / Strejilevich / Szurman*

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

Volumen VI - Nº 19 Marzo - Abril - Mayo 1995



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

19

Director:

Juan Carlos Stagnaro

Director Asociado para Europa:

Dominique Wintrebert

Comité Científico

F. Alvarez (Bs. As.), V. Baremblit (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), J. Moizeszowicz (Bs. As.), A. Mossotti (Santa Fe), J. Nazar (Mendoza), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), M. Palestini (Sgo. de Chile), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), D. J. Rapela (Córdoba), L. Ricon (Bs. As.), E. Rodríguez Echandía (Mendoza), 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);
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.); 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); 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. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RIO NEGRO:** J. Pellegrini. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** G. Bazán. **SANTA CRUZ:** E. Osorio. **SANTA FE:** M. T. Colovini. **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. **ESPAÑA:** J. Giménez Avello. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **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. 49-0690 - 953-2353. Fax: 49-0690

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: Nº 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX VOL. VI Nº 19 MARZO - ABRIL - MAYO 1995

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

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

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

SUMARIO

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- "Depresión esencial y depresión enmascarada: dos grados diferentes de mentalización. Aportes a su diagnóstico y tratamiento", Roberto E. Sivak, María Soledad Alvarez. pág. 5.
- "Transexualismo, psicosis y cirugía", Yves Abourachid, François de Pecoulas, Diana Kamienny, Françoise Gorog. pág. 13.
- "Psiquiatría y Medicina", Julio C. Villena Aragón. pág. 22.

DOSSIER

- ENVEJECER, Abordaje de la persona vieja desde la mirada de la psicogeriatría, H. Andrés, pág. 32; Paso del tiempo y cambios en el proceso de envejecimiento, S. Chapot, P. Guido, M. López, G. Macotinsky, D. Matusevich, S. Szurman, pág. 35; Acerca de psicóticos que han envejecido, P. Noël, pág. 39; El terapeuta de viejos en el imaginario social, L. Salvarezza, pág. 50; Formación en gerontopsiquiatría: una urgencia psiquiátrica; S. Strejilevich, pág. 59.

EL RESCATE Y LA MEMORIA

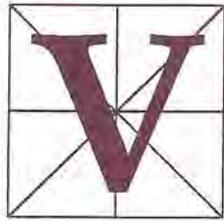
- Breve reseña sobre la psicogeriatría argentina por Mario Strejilevich, pág. 64.

CONFRONTACIONES

- Entrevista a François Leguil acerca del Encuentro del Campo Freudiano, por Dominique Wintrebert, pág. 68; Fin de análisis con niños o final/es de un tratamiento posible en la infancia y la latencia, Carolina Scherman, pág. 73.

LECTURAS Y SEÑALES

- "Lecturas", pág. 78, "Señales", pág. 79.

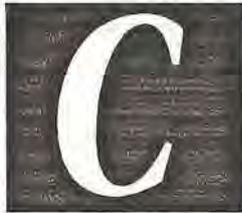


VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

19

EDITORIAL



Con la presente entrega Vertex está por culminar su quinto año de aparición. Momento adecuado para profundizar una reflexión que sirva como balance de lo actuado y tienda el arco hacia el futuro. Al comenzar nuestra tarea decidimos que fuera colectiva y multicéntrica; podemos empezar a verificar si fue así. Nos propusimos dar cabida a una gran amplitud de opiniones, respetar las diferencias y abordar las problemáticas de la Salud Mental desde múltiples ángulos; creemos no haber defraudado ese propósito. Como responsables editoriales nos prometimos no ser meros recepcionistas de material científico, sino que planteamos en cada ocasión, en pie de igualdad con todos, nuestras posiciones e ideas inscritas en una urdimbre del deseo y la ética que atendiera al deber de acogida y acompañamiento del sufrimiento psíquico.

En tal lugar conceptual, cruzado en este tormentoso fin de siglo por vientos cargados de presagios contradictorios, mientras enterramos no pocas certezas que creíamos eternas, intentamos instalar una plataforma para reflexionar colectivamente sobre la locura y sobre la actividad de los que nos ocupamos de ella. Hoy, cuando Vertex —que ha tenido y tiene la vocación de ser una publicación científica argentina y latinoamericana y ya ha sido reconocida como tal— se acerca a su primer lustro de existencia, debemos interrogarnos sobre todo esto.

En los próximos meses vamos a implementar las formas necesarias para recabar, una vez más, estas opiniones, de la manera más amplia posible, entre nuestros lectores, colegas y amigos, quienes, con su participación en ese diálogo suspendido sobre la distancia, que permite la escritura y su lectura, nos acompañan en esta aventura editorial. El resultado de esta consulta se publicará en el número especial, con el que marcaremos nuestro aniversario.

Para la Primera Sección de este número presentamos el artículo de Abou-rachid, de Pecoulas, Kamienny y Gorog que alerta, apoyado en la experiencia clínica y una extensa revisión bibliográfica, sobre los riesgos del intento de solucionar quirúrgicamente las demandas de transformación del sexo anatómico en pacientes eventualmente psicóticos. Luego Villena Aragón nos acerca una reflexión profunda sobre la intersección Medicina-Psiquiatría y Sivak y Alvarez proponen un exhaustivo trabajo de discriminación clínica entre categorías nosográficas de la depresión. Todos ellos ejemplos de las exigencias que impone a nuestra especialidad el campo de la salud.

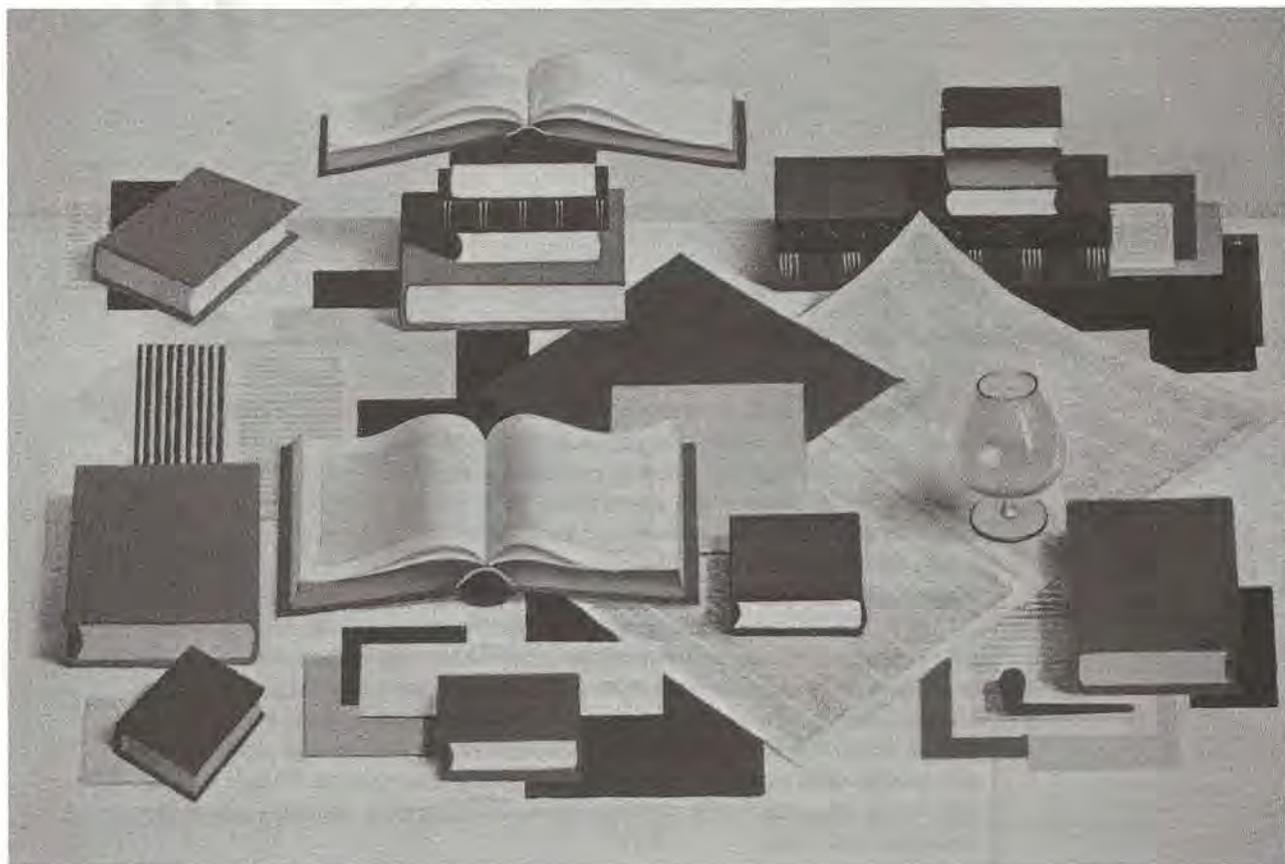
En el Dossier la problemática del envejecer nos señala las necesidades de ese grupo etario en crecimiento para la cual no estamos siempre preparados. Participa, junto a prestigiosos especialistas argentinos, el Dr. Pierre Noël, miembro de nuestro Comité Científico, Jefe de Redacción de *L'Information Psychiatrique*, amigo y maestro, a quien agradecemos especialmente su envío.

En *El Rescate y la Memoria*, un reportaje inédito nos vuelve a traer el pensamiento siempre presente entre nosotros de Mario Strejilevich.

Una amplia gama de temas culmina con las reflexiones de François Leguil, miembro del comité de Organización del VIII Encuentro del Campo Freudiano, completando así este nuevo recorrido por el pensamiento actual ■

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 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 no deberá exceder de 20 páginas, dactilografiadas a doble espacio a razón de 30 líneas por página.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo y en la siguiente forma:
 - 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 piede 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 en forma anónima por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán también anónimos. 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.

Depresión esencial y depresión enmascarada: dos grados diferentes de mentalización. Aportes al diagnóstico y tratamiento

Roberto E. Sivak

Coordinador del Equipo de Psicopatología, Hospital "M T. Alvarez". Docente Depto. Salud Mental UBA, U. D. H. Alvarez. Profesor Adjunto, Cátedra de Psicopatología, UB. Montevideo 724, 6°, 21 (1019) Buenos Aires. Tel.: 812-5991

María Soledad Alvarez

Integrante del Equipo de Psicopatología, Hospital T. Alvarez. Argerich 325, Buenos Ai-

Resumen

Se desarrollan los conceptos de depresión esencial y depresión enmascarada, comparándose indicadores psiquiátricos, psicopatológicos y psicofisiológicos. Tomando en cuenta distintos grados de mentalización posible, observamos que la depresión enmascarada evidencia mejor pronóstico, presentando mayor nivel de trabajo psíquico y mejor respuesta a los antidepressivos que la depresión esencial. El caso clínico que presentamos nos lleva a plantear que el diagnóstico diferencial precoz permite una elección racional de la estrategia terapéutica, previniendo una mayor desorganización a nivel somático.

Palabras clave: Antidepressivos - Depresión esencial - Depresión enmascarada - Regresión - Desorganización - Mentalización.

ESSENTIAL DEPRESSION AND MASKED DEPRESSION: TWO DIFFERENT DEGREES OF MENTALIZATION. CONTRIBUTIONS TO THEIR DIAGNOSIS AND TREATMENT

Summary

The concepts of essential depression and masked depression are developed, comparing psychiatric, psychopathologic and psychophysiologic indicants. Taking into account different degrees of possible mentalization, we observed that the masked depression shows a better prognosis, higher level of psychic work, and better response to antidepressive drugs than the essential depression. A clinic report leads us to think about early differential diagnosis that can allow a rational election of the therapeutic strategy. In this case the somatic level of desorganization could be prevented.

Key Words: Antidepressive drugs - Essential Depression - Masked Depression - Regression - Desorganization - Mentalization.

DÉPRESSION ESSENTIELLE ET DÉPRESSION MASQUÉE: DEUX DEGRÉS DIFFÉRENTS DE MENTALISATION. APPORTS AU DIAGNOSTIC ET AU TRAITEMENT

Résumé

Dans cet article les auteurs développent les concepts de "dépression essentielle" et de "dépression masquée", ils comparent des indicateurs psychiatriques, psychopathologiques et psychophysiologiques. Compte tenu des différents degrés possibles de mentalisation, on constate que c'est la dépression masquée qui présente un meilleur pronostic, avec un niveau plus grand de travail psychique et une meilleure réponse aux antidépresseurs que la dépression essentielle. Le cas clinique que les auteurs présentent ici nous permet d'affirmer que le diagnostic différentiel précoce favorise un choix rationnel de la stratégie thérapeutique, prévenant ainsi une désorganisation somatique plus sévère.

Mots clé: Antidépresseurs - Dépression essentielle - Dépression masquée - Régression - Désorganisation.

*A quien fuera jefe, colega y amigo,
Dr. Roberto Montanari*

Introducción

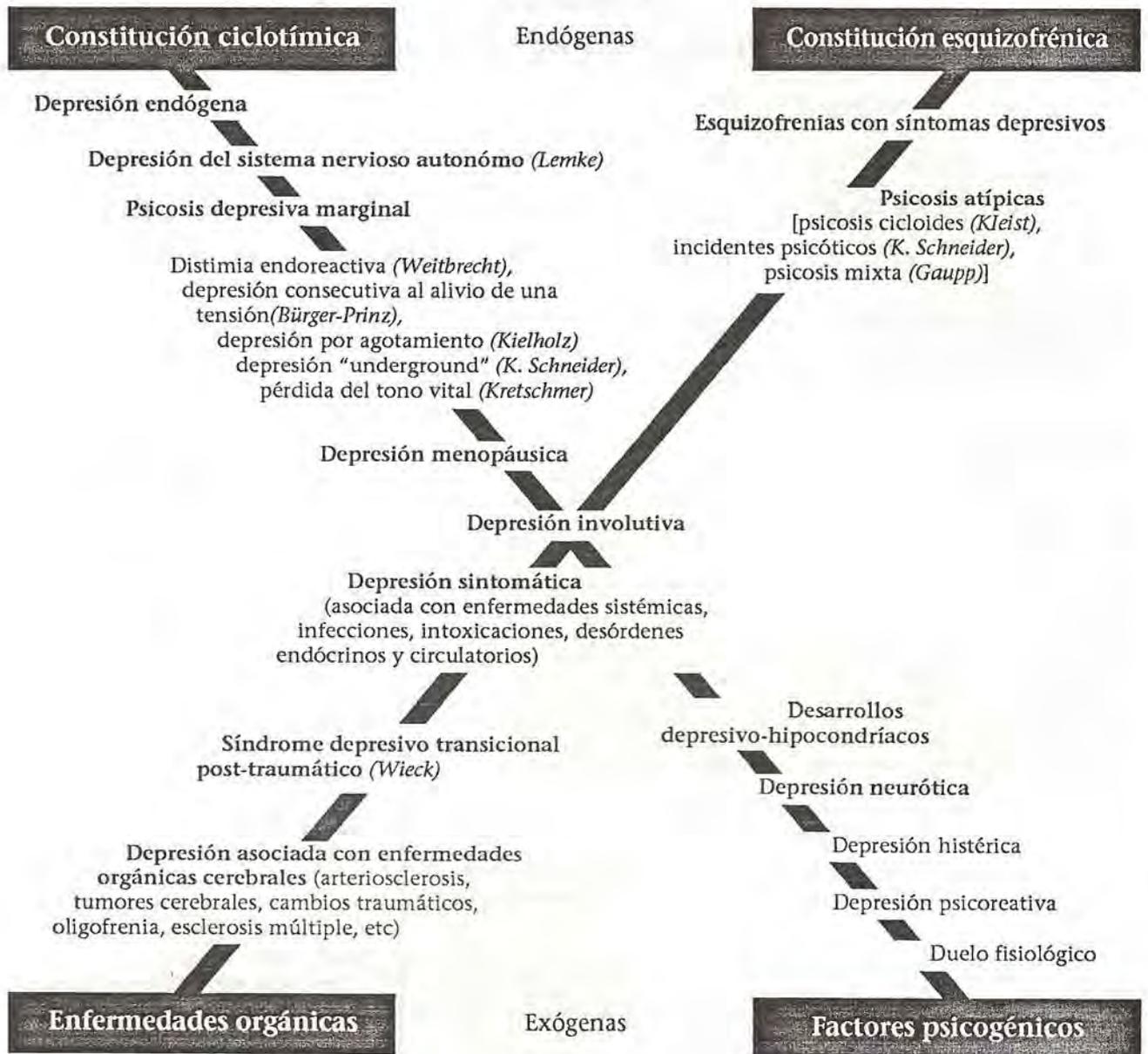
El interés que despierta la relación entre la depresión y la medicina interna ha llevado a entidades psiquiátricas y psicoanalíticas, en los últimos treinta años, a formular planteos tales como la depresión esencial y la depresión enmascarada.

En 1963, Pierre Marty(7) aporta elementos semiológicos y psicodinámicos, fundamentales en el desarrollo de la Psicopatología actual. Describe cierto tipo de depresión asociada al *Pensamiento Operatorio*, como "depresiones sin objeto, ni autoacusación, ni siquiera culpabilidad conciente, donde el sentimiento de desvalorización personal y de herida narcisista se orienta electivamente hacia la esfera somática". Para nosotros, tal cuadro pone en toda su evidencia la precariedad del trabajo mental.

En 1966 prefirió llamarla *depresión esencial*(8), puesto que ella constituye la esencia misma de la depresión, a saber: la disminución de nivel del tono libidinal, sin

Figura 1

Diagrama que muestra las distintas formas en que pueden presentarse diferentes etiologías en el desarrollo de la depresión enmascarada (Walcher, 1973)



contrapartida económica alguna, asociado a desorganizaciones pulmonales progresivas y a la posibilidad de desarrollo de enfermedades evolutivas graves.

Walcher(21) planteaba a su vez que la *depresión enmascarada* podía pensarse como el entrecruzamiento de diversas entidades nosológicas (figura 1), presentando ciertas dificultades diagnósticas. En 1969 este autor utiliza el término depresión enmascarada para designar todos los casos de *depresión endógena*, de base fundamen-

talmente biológica más que psicógena, en los que predominen los signos y síntomas físicos. Roberto Montanari(12), quien fuera Jefe de Internación de nuestro Servicio y falleciera hace pocos meses, equiparaba, al igual que López Ibor Alino(6), los conceptos de Marty, así como los de Mc Dougall(13) y Sifneos(1975) –estos últimos en relación a la *alexitimia*– a los de depresión enmascarada.

Recordamos que la alexitimia es un constructo referido a la dificultad de verbalizar afectos por

medio de palabras y que representaría un factor de vulnerabilidad en la aparición de trastornos somáticos, adicciones y conductas psicopáticas.

La equiparación de estos constructos es motivo de controversias, algunas de las cuales revisáramos anteriormente(15).

En este trabajo, nos proponemos correlacionar las *depresiones esencial y enmascarada*, profundizando algunas similitudes clínicas, así como también algunos elementos útiles para el diagnósti-

co diferencial. Este trabajo se enmarca en las investigaciones que venimos realizando sobre alexitimia y trastornos psicossomáticos(15, 16, 17).

Acerca de la depresión esencial

En 1966, Marty(8) la define por la falta: "borramiento", en toda la escala de la dinámica mental (desplazamientos, condensaciones, introyecciones, proyecciones, identificaciones, vida fantasmática y onírica). "No encontramos, dice, dentro de esta depresión correcta, el aferramiento libidinal regresivo y ruidoso de las otras formas de depresiones neuróticas o psicóticas. Sin contrapartida libidinal, la desorganización y la fragmentación sobrepasan el dominio mental. El fenómeno es comparable al de la muerte, donde la energía vital se pierde sin compensación".

Marty considera al Preconciente como punto central de la economía psicossomática, mundo de entrecruzamientos variables de diversas dimensiones psíquicas; funciona como reservorio de representaciones de diferentes épocas (inscripción y evocación de percepciones acompañadas de matices afectivos placenteros o displacenteros, más o menos precisos). El grado de ligazón entre representaciones reflejará el "espesor" del preconciente.

Este autor plantea que a mayor alteración del sistema preconciente como procesador de montos de energía pulsional y *quantum* de afecto a través de la elaboración de pensamientos, fantasías, sueños y sublimaciones (proceso secundario), el sujeto estaría más expuesto a la posibilidad de enfermar.

Por lo tanto, la depresión esencial precedería clínicamente a la progresiva desorganización del aparato psíquico y a la aparición de trastornos somáticos graves.

En este sentido, queremos enfatizar la importancia de una evaluación metódica de las posibilidades de procesamiento preconciente, para el diagnóstico y pronóstico.

En 1990, Marty(9) dirá que "la depresión esencial se establece cuando sucesos traumáticos de-

sorganizan algunas funciones psíquicas, desbordando sus capacidades de elaboración... Se debe ir en busca de manifestaciones negativas, poco notables... Se buscan en vano los deseos; sólo se encuentran intereses mecánicos... El Yo cumple a duras penas, como es evidente, sus papeles de ligazón, de distribución y de defensa. De hecho, se encuentra... aislado de sus fuentes y desorganizado... Es en el nivel del Preconciente, dentro del desvanecimiento de las funciones habitualmente activas, donde se comprueban sobre todo las fallas... la supresión de relaciones originales con los otros y consigo mismo... la pérdida del interés por el pasado y el futuro... La ausencia de comunicación con el inconsciente constituye una verdadera ruptura con la propia historia del sujeto".

Grados de mentalización

Tomando como eje el desarrollo del preconciente, Marty define tres tipos de neurosis, en relación a lo que denomina "Espesor del preconciente" y a sus diferentes grados de *mentalización*(10).

Neurosis bien mentalizadas: donde las representaciones tendrán profundidad y amplitud. Se da la posibilidad de asociar palabras y afectos; aunque no tengan un sistema bien organizado de defensas mentales, habría un acuerdo final entre las excitaciones y los medios de absorberlas, no se desbordarían los límites de su tramitación y se mantendrían entonces en un límite de normalidad.

Neurosis de mentalización intermedia: Sus posibilidades representativas y asociativas *varían en el tiempo*, (la *itálica* nos pertenece), tanto en su condición psíquica como en el sentimiento indeciso del observador (perplejidad, "transferencia blanca", sensación de vacío(4)). Es necesario confrontar esta idea con la advertencia de Schulte, citado por Walcher(21), sobre depresiones enmascaradas extremadamente variables en relación con cambios ambientales y en su respuesta a los antidepresivos. En las neurosis de mentalización intermedia, el mecanismo regresivo que predominaría, daría lugar a enfermedades *reversibles* y de carácter *funcio-*

nal, de desorganización fluctuante y relativa, con predominancia de angustias difusas. En su determinación, debieran evaluarse actividad simbólica, onírica, relaciones objetales, etc.

Neurosis mal mentalizadas: Se corresponden al concepto de desorganización pulsional progresiva, como fuente de producción de enfermedades *evolutivas y graves*; *en la mayoría de los casos precedida por depresión esencial*, que puede dar en consecuencia un estado de vacío psíquico. El concepto de mentalización tendría, para Marty, tanto valor cuantitativo como cualitativo, como aquella capacidad del aparato psíquico de tramitar y elaborar excesos de excitación y de angustia en relación a situaciones traumáticas.

Neurosis de comportamiento: Presentan limitación y superficialidad de las representaciones, que sólo remiten a las meras cosas en cuestión, fallas en la simbolización del discurso; la vida inconciente tiende a traducirse en la acción y en lo actual. El pensamiento no presenta ligazón fantasmática (poco espesor del preconciente).

Sobre la depresión enmascarada

"En estos cuadros", dice López Ibor Alino, citado por Montanari(12), "el malestar físico es leve, vago o difuso. El enfermo puede referir 'algo en el estómago' o una cefalea. Se halla dificultad para identificar y comunicar los sentimientos, restricción en el mundo de la fantasía como medio de gratificación de los impulsos instintivos y la comunicación de los cambios de humor debidos a la depresión... Es muy difícil hacerles tomar conciencia de su tristeza vital y del *síndrome afectivo característico de las depresiones*".

Montanari(12) cita también a Hassan: "pueden dejarse llevar a veces a describir cierta irritabilidad, pérdida de interés en las circunstancias sociales o bien una desafectividad conciente y dolorosa en la dedicación al círculo familiar. Los signos más precoces son descriptos en términos de 'fatiga', cercano a la inhibición o a la pérdida de iniciativa. El ritmo fásico, los antecedentes familia-

res, el carácter difuso de las somatizaciones y la excelente respuesta a los antidepresivos permitirían confirmar el diagnóstico”.

A pesar de esta perspectiva esperanzada en el diagnóstico factible y la respuesta a la medicación, debemos reiterar que Walcher prevenía sobre las dificultades, tanto diagnósticas como terapéuticas, de la *depresión enmascarada*(21). Este autor hablaba de la inestabilidad de algunos casos frente a cambios ambientales, así como el eventual enmascaramiento de lo endógeno por mecanismos psicógenos o de desarrollos neuróticos enmascarados por factores endógenos.

El humor depresivo, enfatiza Walcher(21) citando a Schulte, responde en algunos casos sólo en forma incompleta a la medicación antidepresiva, requiriendo tratamiento especial, tanto de psicoterapia como de socioterapia.

Material clínico

Un colega del Servicio de Psicopatología nos solicita interconsulta para una paciente, planteando *si no se estará ante un cuadro de depresión esencial*. La paciente P. llega a la consulta puntualmente, con aspecto personal cuidado. Su expresión, paradójicamente, no expresa depresión. Nos comenta cierta preocupación por un estado de apatía, desinterés por todo, y cierto desgano. Soltera, 29 años, hija única y nivel secundario completo. En el momento de la consulta refiere faringitis, mareos, visión borrosa, inestabilidad y dolores en articulaciones. Desde el punto de vista físico presenta *trastornos funcionales no orgánicos*. Llega puntualmente, aparentemente interesada, pero refiriendo una gran apatía. Nos dice: “Tengo dolores y es el aviso de que me voy a deprimir”. A los tres días de la consulta refiere inquietud, temor. Dos semanas más tarde refiere disminución de la astenia, pero aún manifiesta no querer salir por sentirse inestable. Menciona que en septiembre de 1991 consultó por lo que denomina una “depresión grande”, siendo medicada con antidepresivos tricíclicos (amitriptilina 100 mg) y ansiolíticos, con muy buena respuesta. La paciente

presentó 92 puntos en la escala de alexitimia (70 es el baremo para nuestro medio) y 34 en la escala de Hamilton, resultados que luego discutiremos.

En febrero del 92 es medicada por un cuadro similar, momento en el cual había comenzado a engordar. Nos comenta que a los 19 años había presentado un cuadro depresivo, que mejoró espontáneamente. En ese momento es atendida en psicoterapia durante cuatro meses; se le indica una combinación de antidepresivos y ansiolíticos, con mala respuesta. Describe su experiencia psicoterapéutica como mala. En relación a los *antecedentes personales y familiares*, la paciente se recuerda “...triste, no era como el resto de las chicas. Me aislaba, me sentía menos que las demás, sentía que no me iban a aceptar, creo que esto me pasaba por mi carácter... nunca llegué a ser el centro de atención de nadie ni de nada... En mi casa no me dan bolilla, creen que invento lo que me pasa, me siento incomprendida”. Comenta que era “muy desatenta y vaga” con respecto al estudio. En realidad, lo que describe es como una cierta apatía e indiferencia.

La paciente expresa: “...noto que no tengo estimulación hacia las cosas lindas o feas... Me da lo mismo que me vaya bien o mal en cualquier aspecto... Por ejemplo, en el trabajo me da igual que me tomen efectiva o no, lo mismo en cuanto a la pareja; no me interesa si alguien queda en llamarme y no me llama. No me importa, pero no sé si es porque no doy con la persona indicada en cuanto a mi gusto, o porque yo *no siento estímulo* ni por eso ni por nada. Más bien, estoy casi segura que soy yo la desinteresada, creo que todo parte de mi estado anímico”.

A la paciente no le había ido mal en su actividad laboral. Había trabajado como administrativa en una fábrica de calzados, y en el momento de la consulta vivía de unos ahorros. Menciona la posibilidad de adquirir un departamento, pero con la misma indiferencia con la cual relata cualquier otro acontecimiento. Menciona una situación en la que *debió mudarse y a los 15 días se notó vacía, pero no sabe bien qué es lo que le pu-*

do haber pasado. “Yo me acuerdo que antes de enfermarme sentía las cosas que me pasaban, ya fueran buenas o malas. Las recibía, pero ahora, no. Es *...como si estuviera muerta por dentro, porque no siento nada...* Antes me preocupaba por las cosas de la casa, le preguntaba a mi papá si había pagado el alquiler, me preocupaba por todo. Como si en su momento hubiera dado demasiado sin recibir nada, y yo daba para todo...” Cuando se le pregunta sobre sus expectativas con respecto al tratamiento, dice: “Yo quiero hacer terapia; estuve pensando sobre el origen de las depresiones, pero no lo sé”.

Define la *situación familiar* como poco expresiva. En este sentido, la importancia del factor relacional y sociocultural ya fue expuesta por varios autores. Al *padre* lo define como débil y que delega. Dice al respecto: “Mi papá es un hombre muy indeciso, muy miedoso en cuanto a emprender la realización de algo. Entonces yo cumpla hasta ahora la parte de hija y jefe de familia...” La *madre* nació en el campo, tenía 10 hermanos, eran muy humildes. Algunos hermanos de la madre se murieron, otros viven en Santa Fe. No tenía vida familiar. Vino a Buenos Aires y pasó a vivir en una pensión; le gustaba salir a bailar. Se casó a los 38 años, P. nació un año más tarde. En relación a su madre, P. expresa: “cuando yo tenía 15 años, ella iba todos los días al médico, *se pasaba en cama por períodos cortos, estaba medio deprimida, era psicológico*”.

A continuación, incluimos extractos de algunas sesiones:

Sesión 24/6/93

P: “Empecé a trabajar en J., nueve horas por día, de lunes a lunes. Decaí anímicamente hace 20 días. Le traje anotaciones sobre cómo estuve. En casa estoy desanimada, me animo algo con amigos, en casa no tengo estímulo. (Silencio)...

Estuve tratando de pensar. Lo que me pasa se parece a lo que me pasó hace 10 años. A los 17 años iba a cuarto año. Mi papá tenía un negocio en sociedad. El socio vendió la parte de mi papá y lo dejó sin trabajo. Nos desalojaron.

Fui a casa de una vecina, *no tenía espacio mío*. Yo dormí en la calle varios días. Mi papá es un hombre débil, no afrontó los problemas. Después tuve que dejar el colegio pago y empecé a trabajar. Mi papá era alcohólico, lo cagaron todos". (En su relato no se evidencia angustia). "Fuimos a vivir a un hotel por dos años. Le dije a mi mamá de alquilar un departamento y al otro año ya estábamos ahí. *Me sentí muy desvalida, tenía que hacer todo yo. Ahí empecé con que no me quería levantar ni comer, por dos años. No me pintaba... después se me fue solo*. Sentía bronca contra la familia de mi papá. *Estaba aislada, no me descargaba, no discutía. Me tragué todo para no preocupar a mi mamá*. Me afectó el tema de la vivienda; ahora se parece a eso (en septiembre del 91, cuando necesité consultar por depresión y fue medicada, vencía el contrato). Reviví cosas que no quiero que me pasen. Lo quería ocultar... no se lo conté a nadie. No quería que nadie supiera donde vivía. *Siempre estuvo en mi mente. Nunca escribí... Ahora estoy dispuesta...*"

Sesión 22/7/1993

P: "Siento como un retroceso. La medicación no me hace nada. Compré el departamento, pero no siento satisfacción. Nada me estimula, ni lo lindo ni lo feo. Es como si estuviera muerta por dentro. Estoy insensible a todo".

Sesión 20/4/94

P: "¿Qué le digo, qué le cuento?"

T: Lo que quiera.

P: Mientras estuve viendo trabajos me sentía bien. Al llegar a mi casa, no me sentía bien. Siento el cambio pero no sé cómo definirlo, anímicamente estoy un poco mejor... mi casa es un refugio donde no me siento bien.

T: ¿Alguna vez lo fue?

P: Nunca. No me siento protegida, sí por las paredes. No soy dueña de nada, no puedo recibir a nadie. (Compró el lugar en el que vivían). Siempre viví con ellos (por los padres). Pensé que cuando lo termine de pagar me voy a un departamento de un ambiente.

T: ¿Le parece casual la mejoría anímica?

P: No me pasó nada que me pusiera bien. Hace una semana que estoy mejor. Cuando ella (Madre) se fue a M., sentí que yo era la dueña de casa. Se fueron por diez días. Anímicamente no hallo cambios. Me sentí aliviada... invitaba amigos.

T: ¿Estaba más activa?

P: Sí, estaba obligada.

T: ¿...y cuando se sintió dueña de casa...?

P: Me gustó, me gusta decidir sobre cada cosa. Mi mamá es muy absorbente, me critica todas las amistades, *ella me aísla. Capaz que este aislamiento no es tan casual. Si fuera por ella yo viviría aislada en una isla, sin amistades... Como si me quisiera para ella nada más*. Es muy difícil. Yo no me atrevo a decirselo. No me animo, la puedo herir, me puede decir que prefiero a mis amigos. Como si mis amigas pudieran sacarle un pedazo de mí. Mi papá está en el medio... *no corta ni pincha en el medio de las dos. Es neutral... Me siento chiquita; como si tuviera cinco años y me dijeran este nene no, esta nena sí.*"

Sesión 4/5/94

P: "Estoy más allá de todo lo que me pasa. Si me sale un trabajo me viene bien; si no sale da lo mismo. Las cosas no me preocupan... El día que me empezó a doler el estómago, que me puse a llorar, era parecido a lo que me pasaba antes. Yo estaba muy enchufada, como una máquina, y en un momento se paró. Fue demasiado lo que hice e inconcientemente quería parar, pero no así. No quiero hacer más las cosas, que las hagan los demás. No fui conciente... Me entregué... *No quise saber más nada... hasta acá llegué... El dolor fue como la alarma: "acá pasa algo"... Lo que me pasó no lo asumí... Se me fue como vino. No quiere decir que yo haya estado curada*".

Sesión 1/6/94

P: "Nunca fui muy comunicativa... nunca tuve una persona al lado para comunicarle. Nunca tuve una amiga, una pareja, una familia... Yo también tuve la culpa de pensar que nadie podía ayudarme o de tener vergüenza de contar.

T: ¿Por qué culpa, por qué no responsabilidad?

P: Ayer le escribí a Javier que estoy triste, que lo extrañaba, que estaba sola.

T: Pero no estaba sola...

P: Estaban mi papá y mi mamá, pero me sentía sola. Quería estar con él.

T: ¿Se encontraron?

P: No, él está muy ocupado.

T: Hay un cambio. No recuerdo que usted haya dicho, en algún momento, que extrañaba a alguien.

P: No sé... Siento que lo estoy queriendo.

T: ¿Es difícil, da miedo sentir?

P: A veces estoy con él y no siento nada... y a veces sí."

Discusión

Si la paciente pudiera responder a la controversia diagnóstica, planteada a partir de la interconsulta, lo haría de este modo: "La mía no es una *depresión esencial*, pero tampoco sólo una *depresión enmascarada*. Quizás lo mío responda a una neurosis de mentalización intermedia. Quizás tenga una constitución depresiva, pero fundamentalmente viví en un ambiente poco expresivo, donde no me supieron escuchar, donde no pude encontrar sentido a lo que iba viviendo y las sucesivas frustraciones que tuve me llevaron a no confiar en el sentido de la relación con los demás, y en definitiva me decidieron a no sentir".

Los temas de interés a tratar en la discusión son los siguientes:

a. Diagnóstico diferencial

En el cuadro 1 exponemos, a partir del pedido de interconsulta, los ítemes a considerar en el diagnóstico diferencial entre depresión esencial y depresión enmascarada.

La paciente solo ocasionalmente presenta autoreproche y culpa. La estabilidad y la duración permitirían según el DSM IV incluirla, quizás, como *distimia*. También podría referirse el concepto de *depresión doble* —episodios de depresión mayor asociados a distimia—(1). Sin embargo, el rol pro-

Cuadro I

Diagnóstico diferencial Depresión esencial y depresión enmascarada

<i>Indicadores</i>	<i>Depresión esencial</i>	<i>Depr. enmascarada</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos somáticos • Discurso • Espesor del Preconciente • Defensas predominantes • Rel. c/obj. mentales • Psicoterapia • Pronóstico • Resp. a ansiolíticos • Respuesta a ATD • Resp. a neurolépticos • Grado de alexitimia • Transferencia • Contratransferencia • Comportamiento • Culpa y autoreproche • Registro de duelos • Carácter fásico • Cambios matinales 	<ul style="list-style-type: none"> • Previa a trast. orgánicos graves • Operatorio • Francamente reducido • Renegación, desmentida, supresión • Desligazón, vacío • De elección • Severo • A investigar • No descripta • A investigar • Alto • "Blanca" • Aburrimiento, perplejidad, impotencia • Astenia, angustia difusa • No • Imposibilidad • No • A investigar 	<ul style="list-style-type: none"> • En general funcionales difusos • Queja somática • Moderadamente reducido • Negación, desmentida, conversión, aislamiento. • "Objeto cuerpo" • Segunda elección • En gral. favorable • Resp. favorable • En gral. exitosa • Buena • Moderado-alto • Narcisista, demandante • Angustia, preocupación • Angustia somática, insomnio • No • Registro "enmascarado" • Sí • Sí

(Sivak R.: Alvarez M. S., 1994)

tagónico del cuerpo justifica profundizar el diagnóstico desde una perspectiva más amplia. En este sentido, la paciente presenta somatizaciones funcionales y difusas (próximas a la depresión enmascarada).

b. Movimientos defensivos predominantes

Consideramos que en la paciente están en juego por momentos la represión, la desmentida, la negación, el aislamiento, la sofocación o supresión del afecto y la transformación en angustia(5).

En la depresión esencial predominan en cambio la renegación y la supresión del afecto, de la representación y de los comportamientos ligados a él(18). Para Smadja la *supresión*, a diferencia de la represión, es un mecanismo arcaico que estaría en la frontera del espacio psíquico con el somático. Daría por resultado el mecanismo de desligazón y vacío psíquico y astenia, a nivel del comportamiento. La problemática de

"la clínica del vacío" ha sido planteada por autores como Green(4) y Missenard(11) a los cuales remitimos para mayor profundización del tema.

La *represión*, en cambio, opera entre instancias intrapsíquicas, dando posibilidad de conciencia de conflicto y complejización del trabajo psíquico, el cual encontramos en la neurosis y en un grado menor en la depresión enmascarada.

c. Espesor del preconciente

La paciente, por momentos, liga algo de su estado con situaciones traumáticas y su *actividad mental es de complejidad y nivel fluctuante (neurosis de mentalización intermedia)*. En la *depresión esencial*, en cambio, existiría falta de ligazón. En la paciente existe, por momentos, ligazón libidinal con el cuerpo, con el afuera o con el entrevistador. En otros momentos, en cambio, predomina la sensación de vacío, apatía, incluso de cierta desorganización mental, lo que

alternativamente provoca interés o perplejidad y desconcierto en el entrevistador.

d. Ritmos cronobiológicos

Tradicionalmente referidos a la depresión enmascarada, son tanto estacionales como variables durante el día y la tarde. No se han descrito en cambio ritmos en la depresión esencial, lo que representa un tema para seguir estudiando(19).

e. Respuesta a los psicofármacos

Clásicamente se describe la excelente respuesta a los antidepresivos de la depresión enmascarada. No está descrita, en cambio, la respuesta en la depresión esencial. Walcher(21) advierte, sin embargo, sobre situaciones de respuesta variable a ATD en casos de depresión enmascarada.

La paciente presentó respuesta mala a moclobemida y alprazolam, respuesta variable a amitriptilina y nula respuesta a sertralina.

na, S-adenosilmetionina y a la combinación de trifluoperazina e imipramina. Actualmente, recibe 100 mg de imipramina, fluctuando su estado.

Consideramos de interés la investigación futura de la aplicación de psicofármacos en la depresión esencial, no referida en la bibliografía consultada.

f. Antecedentes personales y familiares

Se describen pérdidas abruptas en la narcisización en estadios tempranos de pacientes con depresión esencial (duelos maternos). En casos como el de la paciente, se puede inferir el peso del déficit de narcisización de la propia madre (familia numerosa, muertes, tipo de respuesta "somática" a las pérdidas)(3).

En la depresión enmascarada, el peso de la endogeneidad debería llevar a un exhaustivo análisis de los antecedentes de depresión en la familia. Se describen rasgos caracterológicos ligados a la serie obsesiva(12).

El estudio de características previas de personalidad, en pacientes que lleguen a presentar depresión esencial, representa una línea de gran importancia en la psicopatología actual(9, 4).

g. Respuesta a la psicoterapia

En la depresión enmascarada, la psicoterapia constituye el segundo paso luego de la instauración de la farmacoterapia adecuada. La no conciencia de conflicto y las defensas puestas en juego, llevan a ciertas dificultades en la psicoterapia de *insight*. En muchos casos, son útiles los recursos aportados por la escuela cognitiva.

Con la depresión esencial, estamos en presencia del mayor desafío que tienen actualmente los psicopatólogos, tanto en la detección de sus indicadores, como en las modificaciones técnicas que exige el tratamiento de estos cuadros con fallas o dificultades en el procesamiento mental. La evaluación permanente de éxitos y fracasos deberá realizarse en muchos casos en las salas de internación con pacientes de unidad corona-

ria, o con adolescentes y niños con riesgo de descompensaciones oncológicas e inmunológicas.

Conclusiones

Ciertos aspectos clínicos de la *depresión esencial* se asemejan a la *depresión enmascarada*, como la ausencia de culpa, reproche y tristeza y el predominio de la manifestación física. Sin embargo, es posible establecer el diagnóstico diferencial, considerando la relación del sujeto con diversos objetos mentales: en la *depresión enmascarada*, el sujeto está preocupado por su cuerpo, mientras que en la depresión esencial predomina el vacío y son los demás los que se preocupan por el cuerpo del sujeto.

La respuesta a los antidepresivos es notable en la *depresión enmascarada*, mientras que en la *depresión esencial* no ha sido descrita, razón por la cual debería estudiarse junto con la eventual respuesta a neurolepticos a bajas dosis. Sería esperable un difícil abordaje psicoterapéutico en la *depresión esencial*, aunque a largo plazo debería tener mayor valor que los fármacos.

Las somatizaciones serían potencialmente más graves en la *depresión esencial*, y de tipo funcional y más leves en la enmascarada. En relación al pronóstico, puede presumirse que es más reservado en la primera.

El entrevistador puede relacionar cronológicamente y significar sucesos traumáticos de pérdida en la *depresión esencial*. Sin embargo, el paciente no liga su problemática o la ausencia de ella a tal episodio. Para Marty, no existe contrapartida económica, signos positivos mentales en la *depresión esencial*, y plantea borramiento de actividades mentales.

De todos modos, de acuerdo con Taylor(20), creemos que se requieren investigaciones clínicas que tomen en cuenta no sólo el punto de vista del entrevistador, sino también indicadores objetivos (como *escala de alexitimia*, *cuestionarios* y *escalas de depresión*, test proyectivos y otros). En este sentido, seguimos estudiando la correlación entre alexitimia y de-

presión, en pacientes con trastornos funcionales y orgánicos. En principio, coincidimos con Taylor en el hecho de que la alexitimia representaría un constructo diferente al de la depresión, aunque existan zonas grises en las manifestaciones clínicas.

Joyce Mc Dougall(14), al referirse a los casos difíciles, comenta: "Me han llevado a comprender, por el encarnizamiento mismo de su resistencia al análisis, al cual sin embargo se aferran con violencia, que su coraza caracterológica tenía la función de proteger sus vidas y no sólo su sexualidad, como sucede en la neurosis".

Bleichmar(2) expresa: "El hecho de que una depresión sea de origen orgánico no excluye la analizabilidad de las ideas que presenta el paciente; es decir la inserción inteligible de las mismas en su vida. Aún cuando el factor determinante sea el somático y los esquemas afectivos evocuen las ideas que son correlativas, éstas no podrán sino construirse con los ladrillos de que dispone el sujeto y serán siempre ideas adquiridas en episodios significativos de su vida, y que por lo tanto podrán remitir de vuelta a los mismos. En este caso, la analizabilidad como sinónimo de comprensión debe ser diferenciada, por un lado, del problema de la psicogénesis o de la organogénesis (puede ser de una u otra naturaleza) y, por el otro, de la curabilidad del mismo".

Como lo planteamos en el título del trabajo, consideramos que la paciente presenta una neurosis con grado de mentalización intermedia y fluctuante que, por momentos, puede parecer una depresión esencial y en otros una enmascarada. A la vez, y considerando los aportes de Marty, pensamos que la depresión enmascarada implica un grado de mentalización más compleja, que permite esperar, en relación con la esencial, un mejor pronóstico, tanto emocional como somático.

Nuestra responsabilidad consiste en profundizar el diagnóstico clínico, psicodinámico, psicométrico y socio cultural. También, en elaborar las modificaciones técnicas que estos cuadros nos van exigiendo ■

Referencias bibliográficas

1. Bertoldi, A., Costa e Silva, J., Kalina, E., Ucha Udabe, R., Simposio satélite sobre distimias. II Congreso Mundial de estados depresivos. Mendoza, 1994.
2. Bleichmar, H., La depresión: un estudio psicoanalítico. Nueva Visión, Bs. As., 1991.
3. Gómez Fernández, R., Comunicación personal, 1994.
4. Green, A., Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. Amorrortu, Bs. As., 1990.
5. Laplanche-Pontalis, Diccionario de psicoanálisis. Ed. Universitaria, 1974.
6. López Ibor Alino, ¿Por qué se enmascaran las depresiones? Actas 2do. Congreso Mundial de Psiq. Biolog. Barcelona, 1978.
7. Marty, P., L'investigation psychosomatique, 1963.
8. Marty, P., La depression essentielle. Rev. Franc. de Psychanalyse, vol. 32, nro. 3, 1966.
9. Marty, P., La psicopatología del adulto. Amorrortu, Bs. As., 1990.
10. Marty, P., Rev. Franc. de Psychosomatique T1, 1991.
11. Missenard, A., Lo negativo. Amorrortu. Bs. As, 1991.
12. Montanari, R., Los trastornos anímicos endógenos. El Ateneo, Bs. As., 1987.
13. Mc Dougall, J., The psychosoma and the psychoanalytic process. Int. Rev. Psychoanal. 1. p. 437, 1974.
14. Mc Dougall, J., Alegato por cierta anormalidad. Ed. Petrel, 1982.
15. Sivak, R., Alexitimia: importancia teórica y clínica en psicopatología. Controversias actuales. Revista Argentina de Medicina Psicopatológica. Nro. 55, 1990.
16. Sivak, R.; Wiater, A., Evaluación del constructo alexitimia en pacientes orgánicos. II Jornadas Interinstitucionales de Psicopatología, Hospital T. Alvarez, 1991.
17. Sivak, R.; Alvarez, M. S., Revisión del concepto de depresión esencial. Dificultades en el diagnóstico y la terapéutica. Actas de la Jornada de Psicopatología. Liga Israelita Argentina, 1994.
18. Smadja, C., Simposio Argentino Francés de Medicina Psicopatológica, 1994.
19. Smolovich, J., Comunicación personal, 1994.
20. Taylor, G., Alexithymia. Concept, Measurement and Implications for Treatment. Am. J. Psychiatr., Jun: 141, 1984.
21. Walcher, W., Psychogenic factors responsible for triggering off masked endogenous depression. Citado por Kielholz, op. cit., 1973.

Trabajo presentado al II Congreso Mundial de Estados Depresivos. Mendoza, 12 al 15 de octubre de 1994.



INSTITUTO

EIRNA

**ATENCIÓN 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.

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

Transexualismo, psicosis y cirugía

Yves Abourachid*
François de Pecoulas
Diana Kamienny
Françoise Gorog

Assistant. SM23 Centre Hospitalier Sainte Anne.
Praticien hospitalier. SM23 Centre Hospitalier Sainte Anne.
Attachée. SM23 Centre Hospitalier Sainte Anne.
Chef de service. SM23 Centre Hospitalier Sainte Anne.

Ciencia: no siempre
hay buenas noticias

¿Qué ocurrió con las histéricas de antes? Si bien la demanda de amor de las histéricas, su relación tan particular con el padre, con la "otra mujer", no han cambiado, también es cierto que la relación de la histérica -si la hay- con el cuerpo, se ha modificado. Mídanos el cortocircuito subjetivo que la cirugía estética ofrece a estos sujetos.

Este cambio se debe probablemente al saber introducido por la ciencia y vehiculado por la cultura tal como esta última se sirve de la primera para enmascarar la verdad del sujeto. Más paradigmática aún que esta evolución del discurso de la ciencia en nuestras culturas, es la producción de los fenómenos subjetivos nuevos, consecuencias técnicas que la ciencia introduce en lo real.

Así, quisiéramos evocar los fe-

nómenos de este orden producidos en sujetos en los que encontramos lo que la psiquiatría ha dado en llamar "trastornos de la identidad sexual".

Estos fenómenos de cuestionamiento del sexo, de duda sobre fondo de certeza delirante, de pasaje al acto "transformador", de demanda de reconocimiento y cambio de un sexo anatómico diferente a aquél con que la naturaleza y quizás el deseo de los padres nos ha recibido, merece nuestra atención.

Estos fenómenos son asimismo una consecuencia de los avances tecnológicos que llaman a los sujetos a la hora de su verdad, pero de un modo que excluye precisamente esta verdad. Los sujetos ven en la ciencia un lugar adonde acudir, un cortocircuito disponible para su drama, una solución que les ahorraría la espera e incluso el trabajo delirante.

Transexualismo

En los casos publicados antes de 1950, se distingue raramente entre transexualismo y travestismo, ni siquiera entre los sentimientos de transformación corporal y las preocupaciones homosexuales, conscientes o no, llevadas al acto o no. En estas observaciones, a menudo el acento está puesto sobre rasgos clínicos puntuales en detrimento de una evaluación más global del caso.

Es a Hirschfeld(11) a quien debemos el término de travestismo (1910) y a Cauldwell el de transexualismo (1949) retomado luego por Benjamin(3), lo que individualiza así una entidad nosográfica distinta del fetichismo perverso y del delirio de transformación sexual en la psicosis. Esta distinción se prolongó en los trabajos de Hamburger y luego de Stoller, quien introducirá el concepto de disforia de género; basando el transexualismo que él llamará Primario, en la noción de una identificación precoz (pre-edípica) y aconflictual con la madre.

Desde el caso Jorgensen publicado por Hamburger en 1953 hasta la década 1970-1980, numerosos autores trataron el problema de los trastornos de la identidad sexual y de la indicación de la cirugía de "reassignación" del sexo en tales casos. Parece que los resultados alentadores del comienzo se han atemperado con el paso de los años: aún no hay criterios universalmente aceptados, ni en lo que toca al diagnóstico ni, sobre todo, para las indicaciones terapéuticas, ya sea que se trate de cirugía o de hormonoterapia. Los

Resumen

Este trabajo trata de mostrar la evolución del concepto de transexualismo, la asociación muy frecuente con la psicosis, el abordaje terapéutico que estos casos han suscitado sucesivamente, y el peligro que la cirugía puede representar en el tratamiento de estos pacientes, en quienes el pasaje al acto suicida no está excluido.

Palabras Clave: Transexualismo - Identidad sexual - Psicosis y cirugía.

TRANSEXUALISM, PSYCHOSIS AND SURGERY

Summary

This work tries to show the evolution of the concept of transsexuality, the often association with psychosis and the therapeutic approaches that have been made, the danger that surgery may represent in the treatment of these patients who usually commit suicide is specially remarked.

Key Words: Transsexualism - Sexual identity - Psychosis and surgery.

TRANSEXUALISME, PSYCHOSE ET CHIRURGIE

Résumé

Ce travail essaye de montrer l'évolution du concept de transexualisme, l'association très fréquente avec la psychose, l'abord thérapeutique que ces cas ont successivement suscité et, le danger que la chirurgie peut représenter dans le traitement de ses patients, chez qui le passage à l'acte suicidaire n'est pas exclu.

Mots Clé: Transexualisme - Identité sexuelle - Psychose et chirurgie.

* Correspondencia: Dr. Y. Abourachid, SM23, C. H. Sainte Anne, 1, rue Cabanis, 75014, Paris.

resultados de ciertos estudios no muestran en definitiva una gran diferencia de evolución entre las series de pacientes operados o sólo inscriptos en lista de espera.

De todos modos, es cierto también que numerosos pacientes que solicitan un cambio de sexo resultan ser psicóticos o personalidades llamadas "border-line" para los que este pedido no hace sino revelar el aspecto más saliente de una estructura que puede presentar, por otro lado, otros problemas no menos importantes de trastornos de la identidad. Si bien frente a la negativa de la intervención a menudo los pacientes amenazan con la autocastración, el éxito de este tipo de pasaje al acto es en realidad muy raro, según se constata en la literatura, sin que esto autorice a negar la gravedad real de tal gesto.

La frecuencia de casos en los que se asocia la homosexualidad, travestismo o síndrome transexual y psicosis nos lleva a considerar estas asociaciones como necesariamente relacionadas.

Observaciones históricas... o cuando los delirantes podían despegar un delirio

Por razones evidentes no podemos transcribir las descripciones de los casos *in extenso*; recomendamos al lector el trabajo de Tesis de uno de nosotros donde las historias de los transexuales no dejan prácticamente dudas del diagnóstico de psicosis*.

Las más antiguas son las de Marc y Esquirol. Charcot y Magnan(7) en un artículo de 1882 dedicado a la inversión del sentido genital, informan sobre varios casos. Garnier (citado por Masson(19)) en 1890 propone una muy larga observación de un delirante: "Me imagino pasando por las peripecias de la vida de un príncipe ruso llamado Sergio, secuestrado por bandidos, luego prisionero del Zar, exiliado y sometido a torturas horribles por un Pope que intenta hacerme eunuco (...). Mi sexo se transforma y de masculino, se vuelve femenino (...)".

* Dr. Y. Abourachid. Thèse de Doctorat en Médecine. Université de Paris, VII, 1989. "Troubles de l'identité sexuelle dans la psychose".

De la *Psychopathia Sexualis*(15), nos gustaría resumir brevemente algunas observaciones:

Observación 247: homosexual de 30 años que se viste de mujer en público, dice que le gustan sobre todo "los verdaderos hombres de la calle" a los que "tiende trampas", permanece parcialmente vestido durante el coito para esconder sus órganos genitales. De niño sus padres le decían "eres una niña frustrada", confeccionaba vestidos de mujer para sí mismo y sus hermanas, se miraba en el espejo y se decía entonces: "si pudieras ser una niña..."

Observación 354: se trata de la autobiografía de un médico que se reconoce como mujer muy pronto y que dirá "no temer al bisturí de la castración para lograr sus fines" y que "únicamente el matrimonio le impide despedirse de sus órganos genitales". Las sensaciones genitales se viven como fenómenos extraños y molestos: "una sensación de quemadura, escoror y temblor, molestia en el bajo vientre". Cuando se masturbaba, le parece desdoblarse. Si está a caballo, sus partes genitales le transmiten sensaciones femeninas. Durante su primera relación sexual, tiene la sensación de que su compañera lo trata como si fuera una jovencita. Poco después se desencadenan fenómenos alucinatorios que persistirán, atenuados, hasta la época en que escribe esta biografía pero acerca de los cuales habla poco, escucha la voz de su padre muerto.

"El sentimiento obsesivo de ser mujer persistía y se hizo tan fuerte que ya no llevaba más que la máscara del hombre (...). El pene me parece clitoris, la uretra me parece ser la entrada de la vagina, el escroto me parece ser los grandes labios. La piel de todo mi cuerpo da la sensación de una piel femenina". A pesar de su apariencia de hombre se ha transformado en mujer, debe "actuar" y ha tenido que "aprender todo otra vez". Durante la luna llena sufre de fenómenos menstruales a los que falta sólo la hemorragia. Vivirá una "segunda noche de bodas: (...) creí morir de las delicias del amor disfrutando de las sensaciones reservadas a la mujer". Su mujer a par-

tir de entonces se transformó en su marido y sus hijos fueron dados a luz por él mismo.

Observación 362: se trata de un hombre de 42 años cuya madre habría deseado una niña, razón por la cual le habría hecho llevar vestidos de mujer hasta la edad de 7 años. Hacia los 14, se escapa de la casa y roba los documentos de una jovencita usurpando así su identidad. Trabaja como empleada doméstica: "Era la mejor empleada que haya habido jamás". No hay en esta observación ningún elemento que pueda orientar con certeza hacia la psicosis, salvo que este hombre parece estar habitado también por un "deseo de concepción" muy particular.

Observación 367: concierne a un maestro soltero delirante de 33 años. Los demás lo "evitan pues tiene exhalaciones nocivas, hiede, huele a cadáver, a orina podrida, lo que él atribuye a poluciones internas: una corriente que va desde el pubis al pecho". Al año siguiente, lo internan otra vez: "hay voces que le dicen que es una mujer, nota que crecen sus senos y también oye decir que es una puta".

De este relato fragmentario, sólo podemos retener la sucesión de los dos episodios: primero la cada-verización, luego la transformación en prostituta.

Magnan(21) informa en 1897 la historia de un tipógrafo de 43 años. Niño abandonado, su madre adoptiva lo trata con dureza, le impone atender a sus otros hijos desde la edad de 7 años. El se viste de mujer, borda y teje, vive de prostitución y habla de él en femenino. El autor concede a propósito de este sujeto "que tiene algunas concepciones delirantes y cree haber parido por detrás al cabo de nueve meses dando a luz un niño ahora muerto, ilustración de la "posición pasiva femenina", y del componente anal (el alumbramiento "por detrás"), descritas por Freud así como de los lazos que éstas mantienen con la psicosis, aun cuando los recuerdos de la temprana infancia pueden hacer pensar en transexualismo, el delirio en este aspecto es indiscutible.

En 1922, Guiraud(10) relata de manera bastante extensa la histo-

ria de un transexual. Durante su servicio militar, un superior "abusa de su cuerpo personal" practicando "lo que llamamos pederastia" esto sucede varias veces, lo que lo impulsa a intentar suicidarse con su bayoneta.

"Era mal considerado, voces invisibles me acusaban de ser un m..., un sátiro, de haber violado jovencitas, que iban a llevarme ante la corte marcial, fusilarme (...). Me ordenaban bendecir a las personas, dar la absolución a mi vino y al mismo tiempo me parecía que era un clérigo". En ese momento es internado: "En todas partes me decían que era una mujer, voces infantiles me llamaban para gozar de la carne, (...) me hacían sentir las sensaciones voluptuosas de una mujer (...).

En 1930, Codet, Cossa y Migault(6) critican el diagnóstico de Heuyer en cuanto a un paciente internado por la Enfermería Especial de la prisión. Para Heuyer, se trata de una psicosis discordante; para Codet, de un "feminismo psíquico" asociado a debilidad mental.

Nuevamente, los otros se ríen de él, sólo vestirse de mujer acalla estas burlas.

De los dos casos informados por Horton y Clarke(13), retengamos algunas características.

En 1939, Agnès Masson(20) publica la autobiografía de un travesti, Jean. A. Masson no dice si ha podido ver a Jean, la autobiografía que nos entrega está desprovista de todas esas pequeñas asperezas que hacen de la vida de todos una sucesión de acontecimientos más o menos felices, lo cual da la impresión manifiesta de que Jean trata de proponer una imagen dulcificada de su existencia, lo que el autor hace notar con las palabras "la ligera vanidad y las grandes tendencias imaginativas del sujeto". Todo esto conduce a pensar que se trata de una reinterpretación; también es sorprendente comprobar el desconocimiento o al menos el conocimiento muy superficial de la diferencia de los sexos a una edad tan tardía. Asimismo es notable la importante fractura que se produce durante el espectáculo cuando él ve su imagen, esto tiene profundas consecuencias en sus resultados escolares, aunque más adelante se deje moldear por sus maes-

tros. Con posterioridad, en cada uno de sus encuentros con mujeres, todo le prueba que él es más mujer que sus compañeras, con las que dice tener relaciones "lesbianas"; parece indiscutible que su matrimonio acentúa su travestismo. Todos estos elementos no favorecen el diagnóstico de una estructura neurótica o perversa.

Los dos pacientes de Fortineau(9) son netamente psicóticos, he aquí un fragmento de su pedido de cirugía:

- "Tal como lo dice el informe Landouzy, las partes aparentes, es decir los testículos deben ser llevados hacia adentro, se debe hacer un corte aquí, así se hace la abertura de la mujer".

- "¿Se le hace una vagina?"

- "No, la vagina está, basta con abrir la puerta (...). Quizás yo soy el único en mi especie, sólo tienen que probar conmigo (...) cuando sea mujer, me vestiré de mujer pero no seré una mujer de la calle, seré capaz de tener hijos (...) Cuando estaba en Valincourt, hice el Talmud de los Escribanos; es la glorificación de María Magdalena con el Nombre de Jesús, es Ella quien fue crucificada, no era una mujer completamente formada". Yawger (34) describe un caso de hermafroditismo psíquico con psicosis: se trata de un hombre de 42 años. Su existencia es modesta y transcurre en un medio muy protegido hasta que se casa a los 27 años; su esposa obtiene el divorcio dos años después alegando que es "frígido". El paciente duda también si es el padre de su único hijo.

Se dice medio hombre medio mujer; sostiene por otra parte que

hay radiografías que han podido mostrar que tiene dos ovarios. Además, todos los meses sufre dolores menstruales. Si bien las preocupaciones en cuanto a la identidad sexual datan ya, seguramente, de antes de sus 18 años, es a partir del divorcio que empieza a pensar en deshacerse de sus partes viriles.

Finalmente, Olkon(24) relata un caso de eonismo con rasgos psicopáticos:

"Como mujer (señala otros numerosos puntos)

- me siento en un medio ambiente adaptado
- mis actitudes, mi apariencia han mejorado mucho
- todo mi ser reacciona armoniosamente
- me siento honrada de hacerme cargo de las responsabilidades y tareas de una mujer
- mi pasado será la prueba suficiente de mi sinceridad
- soy una mujer y viviré como tal."

Este paciente llegó a la clínica psiquiátrica de la universidad de Illinois pidiendo al médico una constancia escrita de que "él era ella", petición que no consideraba poco usual, agregando también que se le practicara una amputación del pene y se le hiciera una vaginoplastia. Su argumento era que su apariencia como mujer era tan perfecta que una certificación era su derecho más legítimo y que le bastaba con mostrar hasta qué punto esta apariencia era perfecta.

Su capacidad de afirmar sucesivamente aseveraciones tan contradic-



torias, en un discurso a veces en los límites de la lógica, con giros lo suficientemente extraños para que se pudiera emplear el término de manierismo, y sobre todo, el carácter ciertamente delirante de sus reglas hacen de todo esto una psicosis, lo que da otro color a su ausencia de reacciones emocionales. Por otro lado, hay que reconocer que para él todo se limita a las apariencias (perfectas) de ser mujer. Su rechazo de todo argumento que venga de un tercero roza la certeza paranoica.

En todas estas observaciones resumidas en orden cronológico de 1838 a 1944, el diagnóstico de psicosis, puede sospecharse ante los signos discretos, aun cuando no es certero. Es interesante señalar que para Charcot(7), este tipo de manifestación no es una entidad mórbida distinta. Un punto constante es el del carácter de certeza inquebrantable que toma el sentimiento de ser una mujer luego de un trabajo de reflexión, de reinterpretación; cuando la afirmación atañe al "hermafroditismo", el pedido de rectificación concierne a la parte masculina. Es frecuente que las alucinaciones sean de tipo verbales o cenestésicas. La imagen del cuerpo, en el espejo, en los dibujos o las fotografías, o en la mirada de los otros tiene una importancia considerable. Los acontecimientos de la vida conyugal: primeras relaciones sexuales, matrimonio, divorcios, nacimientos, resultan tener un papel sistemáticamente precipitante para estos sujetos.

Son sólo los pacientes de Ol-

kon(24) y Fortineau(9) los que reclaman una intervención quirúrgica, los otros se conforman muy bien con la feminización que alcanzaron a través de la elaboración delirante.

La llegada de la cirugía y de las estadísticas

Sorensen y Hertoft(28) vuelven a trazar la historia del transexualismo en Dinamarca y evocan un problema que en cierta medida arroja una sombra de duda sobre el carácter progresista que oponen los partidarios del "activismo quirúrgico" según la expresión de Bourgeois(5) a los autores mucho más reservados. En efecto, partiendo del caso Jorgensen donde la operación había sido obtenida invocando una ley que autoriza la castración "si la libido de la persona lo expone a cometer un crimen o a un sufrimiento mental importante", evocan el estatus legal de la castración. En esa época, según estos autores, el presidente del Consejo Legal Médico, instancia que juzga de manera sistemática el fundamento de estos pedidos en Dinamarca, estaba a favor de la castración "como la mejor medida social para los criminales y desviados sexuales". En los años cincuenta, el 75% de los pedidos eran aceptados (900 castraciones de 1929 a 1950). El 25% restante,

correspondía a sujetos que

habían renunciado a la operación a último momento. En los años sesenta, el número de acuerdos cae al 29%, esto coincide con la jubilación del presidente del Consejo Legal Médico. En los años setenta, a pesar de un crecimiento considerable de los pedidos, el número de acuerdos permanece estable y únicamente los transexuales logran obtenerlo.

Hirschfeld(11) hace un comentario que va en el mismo sentido en cuanto a la castración con fines "sociales eugénicos" en Alemania a fines de los años treinta... Señala que tales leyes también fueron votadas en los Estados Unidos, lo que desde luego no corresponde, según él, a buenas "indicaciones". Todo esto hace pensar que la cirugía de castración no era utilizada, al menos al comienzo, con fines tan progresistas como queremos suponer.

Leyendo los textos que tratan del devenir de los transexuales operados, comprobamos que pocos de ellos son metodológicamente satisfactorios. Chocamos con la imposibilidad de establecer un grupo de control en sentido estricto. Por el carácter tan urgente de los pedidos, no se puede encarar una repartición aleatoria en grupos, sobre todo si se admite que no hay más tratamiento que el quirúrgico.

Hay que reconocer que los criterios diagnósticos son variables de un estudio al otro y esto no sólo por tener un mejor conocimiento del síndrome con el paso del tiempo, sino también por las divergencias teóricas, sobre todo en lo que toca al recurso quirúrgico, yendo esquemáticamente, de Lothstein(18) para quien este procedimiento debe evitarse, a Fisk(8) que pudo enmendar la sintomatología psicótica de algunos de sus pacientes a través de la castración quirúrgica. La evaluación post-operatoria a largo plazo se centra, según los estudios, en tests estandarizados, incluso escalas sofisticadas, con frecuencia confeccionadas por los autores, pero también, a veces, en criterios mucho menos delimitados, que apelan a la evaluación (la satisfacción del paciente) cuando en realidad lo que ellos dicen es muy poco fiable; o bien en nociones de inserción socio-



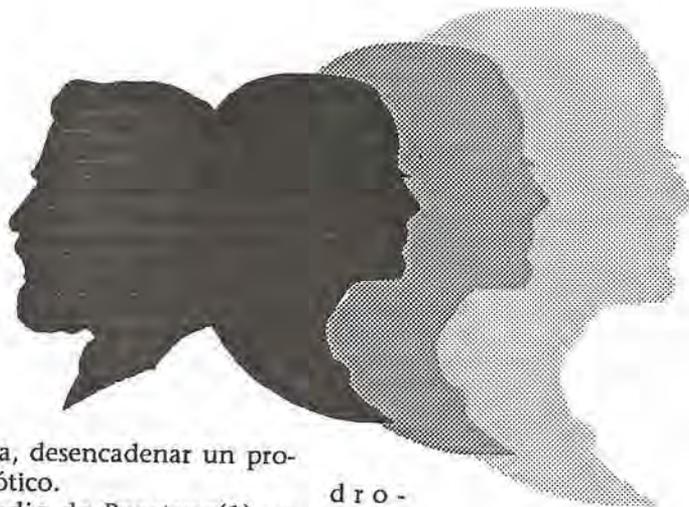
profesional que no pueden ser más que un lejano reflejo de la evolución psiquiátrica.

Los caminos metodológicos son muchos: anotaciones hechas por los mismos terapeutas que naturalmente saben que obran para mejorar a estos sujetos y se arriesgan así a ser influenciados en su evaluación. Casi todos los estudios son retrospectivos. El porcentaje de perdidos de vista es alto. Los grupos son pequeños y muchos pacientes se operan fuera de los programas oficiales, al menos es la opinión de Lothstein (entre otros). Por lo tanto estos estudios son sin duda poco representativos.

Uno de los primeros estudios es el de Benjamin(3) cuyos resultados son extremadamente buenos: 85% de casos satisfactorios, 10% de casos dudosos y muy pocos casos no satisfactorios. Los criterios de evaluación son subjetivos. J. Bourgeois(4) indica que Seth Charney intentó ver otra vez a estos pacientes muchos años después y lo que comunicó sobre esto en 1976 en el Simposio de la "Gender Dysphoria Association" parece mostrar un escepticismo profundo en cuanto a la evolución a largo plazo.

En 1965, Ira Pauly(25) realiza una revisión de la literatura (100 casos de 54 autores con superposiciones probables). De 48 pacientes operados, 20 mejoraron. Dos quintos de estos se casaron, la misma proporción tuvo relaciones homosexuales, se trata pues de transexuales atípicos. Se informa que hay cerca de un tercio de procesos disociativos y de ideaciones paranoídes, 20% de estos pacientes necesitaron ser internados. Hay una tasa elevada de auto-mutilación: 18%. La autora tiene serias dudas a propósito del devenir de estos sujetos operados, que tienen una visión del mundo femenino muy idealizada y que esperan del cambio de sexo la posibilidad de poder, finalmente, vivir. I. Pauly aconseja entonces proponer, en primera instancia, una solución a través de la psicoterapia.

En 1968(26), durante el cuarto Congreso Mundial de Psiquiatría, retomando estas mismas cifras, I. Pauly indica la ineficacia de la psicoterapia que puede incluso,



según ella, desencadenar un proceso psicótico.

El estudio de Baastrup(1) en 1966, intenta proponer una categorización diagnóstica de los travestistas que piden un cambio de sexo. De treinta sujetos, diez le parecen psicóticos según los siguientes criterios: convicción inquebrantable que reorganiza toda la vida y el discurso del sujeto, acepción sumamente irrealista de la mujer como un ser muy superior, dotado de cualidades extraordinariamente buenas y nobles.

Ocho tienen trastornos de la personalidad con homosexualidad pasiva vivida en una tonalidad persecutoria y sentimiento de ser utilizado, tendencia al aislamiento y al repliegue que puede evolucionar hacia una descompensación psicótica; pero también conductas antisociales o de prostitución. Nueve son perversos heterosexuales travestistas que temen que su comportamiento termine por tener una repercusión social o profesional.

La evolución para Baastrup no se ve beneficiada aparentemente con el recurso a la cirugía: los psicóticos terminan por estabilizarse incluso sin operación; los pacientes con trastorno de la personalidad evolucionan más desfavorablemente, incluso si son operados.

En 1974, Hoenig y Kenna(12), intentan una clasificación sindrómica de los transexuales en 72 casos del hospital universitario de Manchester, entre los cuales se contaban 54 hombres. Si bien no hallan más que 2,8% (1,8% de los hombres y 5,5% de las mujeres) que presentan síntomas de primer rango según K. Schneider, 18% de sus pacientes tienen severos trastornos de la personalidad y 9,7% psicosis afectivas. En este artículo se hace una distinción entre sín-

drome paranoide y psicosis, el transexualismo responde más bien al primer término como un equivalente de dismorfofobia donde un sentimiento sobreevaluado de una anomalía corporal estructura el pedido del sujeto.

El estudio de Sturup(31) en 1976 está hecho sobre 10 casos de los cuales damos brevemente algunos elementos de la anamnesis, del tratamiento y de la evolución. Algunos de estos pacientes constituyen un problema diagnóstico:

El caso A de quien se dice que su entorno se aprovecha de su credulidad e inocencia, tiene una visión muy idealizada de la mujer: la más alta, la más pura manera de vivir. Luego de la operación, se aísla, se siente espiado por sus vecinos que hacen comentarios sobre él. El autor debe precisar que todo esto es verdad, que no se trata de un delirio, a lo sumo de una reacción paranoide no psicótica.

El paciente H ha desarrollado una sintomatología calificada de histérica, suficientemente grave sin embargo como para solicitar la pensión por invalidez: le era imposible seguir yendo a su trabajo.

El sujeto K del que dijimos que tuvo un período de muy intenso fervor religioso y para quien la asignación de un sexo es muy fluctuante: primero, ya casado, deja a su esposa para vivir con una mujer homosexual; luego de la operación declara no ser una verdadera mujer por lo tanto decide vivir con otra homosexual, adoptando hacia ella una actitud de "homosexual masculina". Terminará por volver con su mujer y retomar su vida de hombre. De-

clara no lamentar de ningún modo el haberse hecho emascular.

Finalmente, L tratado con hormonoterapia únicamente desarrolló una reacción paranoide respecto de uno de los terapeutas; se suicida a los 49 años dejando una correspondencia en la que, para sorpresa del equipo, lo que nos es confiado con mucha honestidad, se descubre un delirio de persecución muy desarrollado. El autor propone la hipótesis de que este paciente quizás no habría delirado si hubiera sido operado.

De estos diez pacientes, seis se casaron, a menudo bajo la presión de su futura esposa que veía en esto un medio de cura; a veces son ellas las que están detrás del pedido de cirugía. Por otro lado, una gran mayoría de los operados termina por necesitar una pensión de invalidez. Finalmente, pensamos que A, H, K y L están en realidad más allá de la "reacción paranoide" y que se trata de verdaderas estructuras psicóticas.

El estudio de Walinder(32, 33), retoma 100 historias clínicas con cinco arrepentimientos de la intervención, para proponer criterios de mal pronóstico, que son: psicosis y estado límite, actividad heterosexual, apariencia poco compatible con la femineidad y edad tardía del pedido. Por otro lado, señala que aquellos de estos cinco pacientes que habían detenido su hormonoterapia lamentaron menos su género anterior cuando se retomó este tratamiento.

Meyer y Retter(23), en 1979, hacen el balance de diez años de actividad de la "clínica de identidad de género" (C. I. G) del hospital John Hopkins: 100 pacientes. En 1971, un estudio intermedio mostraba resultados favorables. En 1979, se había perdido el contacto con la mitad de los sujetos lo que, al decir de los autores, constituye un verdadero problema para la validez del estudio, pero asimismo nos lleva a preocuparnos por la suerte de estas personas. Nos explican que en John Hopkins, son en definitiva los pacientes los que toman la decisión de operarse, la intervención no se les propone en el marco de un rígido calendario. Es así como se forman dos grupos: uno de operados, otro de sujetos inscriptos en el programa de espera, a menudo

prolongada, de una intervención. La inserción profesional, el ajuste psicológico y el status conyugal mejoran modestamente en los dos grupos, sin ninguna diferencia significativa. La conclusión es que la cirugía no tiene mayor eficacia que la entrada en un programa estructurado, con un equipo sensible al sufrimiento y que deja al tiempo hacer su obra de estabilización. Todos los pacientes operados se declaraban satisfechos con su elección cuando la clínica cerraba casi la publicación de este artículo. Notemos al pasar que los dos grupos no están formados por el mismo tipo de pacientes.



Hunt y Hampson(14), en 1980, hacen por su lado el balance de la actividad de la "clínica de identidad de género" de Seattle. Entre 1968 y 1972, se recibieron 250 pedidos y se operaron 17 hombres. La evaluación tiene lugar seis a once años luego de esta intervención. Se comprueba una mejoría en cuanto a la adaptación social y la aceptación familiar:

"Todavía tiene problemas psicológicos pero es mucho más fácil convivir con él" dicen los familiares. Todos están satisfechos con la operación pero un cuarto pide una intervención complementaria. Pudo llevarse a cabo una comparación de los puntajes medios M. M. P. I. preoperatorios y los obtenidos durante las entrevistas de evaluación a largo plazo. Los

perfiles conservan una semejanza sorprendente a pesar de los ocho años pasados. Los puntajes Histeria e Hipocondría son significativamente altos. La interpretación propuesta por los autores es la siguiente: hay una tendencia a la rigidificación de las estructuras defensivas con recurso a la negación, lo que los hace menos vulnerables a las dificultades que el problema les presentaba anteriormente. Los puntajes de Paranoia, Manía y Esquizofrenia no se ven modificados.

M. Bourgeois(4), en 1980, participa en el balance de la C. I. G. de Stanford (Laub y Fisk). En 1974, se seleccionaron 628 pacientes y se operó a 74. Se nota una mejoría de la adaptación psicológica y del género; el "funcionamiento psíquico" sin embargo, no se ha modificado. En 1978, 97 operados son autoevaluados a través de un cuestionario que se les envía. El 80% afirma tener relaciones "heterosexuales", a menudo orgásmicas; los dos tercios se dicen bien insertados social y profesionalmente. Hay dos suicidios, dos depresiones severas y una psicosis maniaco-depresiva, dos regresos al primer género, finalmente otros tres lamentan la operación.

La conclusión de esta experiencia es que la cirugía mejora a los sujetos cuidadosamente seleccionados; pero también, que no hay que dudar en esperar ante la mínima duda respecto del éxito de la operación.

La metodología empleada para la evaluación nos parece criticable cuando recordamos hasta qué punto estos sujetos distorsionan la realidad, probablemente en gran parte de manera inconsciente, para que se adapte a sus deseos. Pocos de estos pacientes devolvieron el cuestionario y lamentablemente, no sabemos nada de todos los demás.

Sorensen(30), en 1981, evalúa a 23 pacientes que pudieron rastrearse de 29 hombres operados en 25 años, y esto a más de 5 años como promedio. Los otros 6: tres suicidios, uno perdido de vista, y dos que se negaron a responder.

• El status social sigue siendo bajo pero hay un muy importante aumento de pensiones por invalidez y ayuda social.

- 17 viven solos, aislados; 6 viven con un hombre.

- Un tercio no está satisfecho y la mitad pide una intervención complementaria.

- Su vida sexual es pobre: 6 no mantienen relaciones sexuales, 15 se masturban a veces, sin gran satisfacción. 12 están angustiados durante las relaciones vaginales y no tienen por ello gran satisfacción sexual. De hecho, la mayoría considera a la sexualidad como de poco interés.

Los tres suicidios se produjeron entre pacientes operados (consideramos esto como un elemento de respuesta al artículo de Sturup), pacientes que amenazaron con pasar al acto y forzaron a los terapeutas a tomar una decisión a pesar de una mala indicación: inestabilidad psíquica, edad demasiado importante. Uno de ellos desarrolla un síndrome calificado de demencial a los 59 años con una fuerte tonalidad persecutoria frente a los terapeutas: agresividad, amenazas y certeza de haber sido mal atendido. En los tres casos, el suicidio tiene lugar poco después de la operación (2 años en promedio).

Sorensen(29) había propuesto la teoría de la existencia de un grupo nuclear de transexuales basada en criterios Reichnianos: personalidad narcisista, pasiva femenina con fuga hacia un ideal estético y débil compromiso libidinal. Los pacientes que responden a este perfil son los que se encuentran más satisfechos del resultado pero son también aquéllos cuya inserción social es más degradada.

J. Beatrice(2), en 1985, propone un estudio controlado de 40 pacientes (en 4 grupos de 10) con criterios metodológicos rigurosos y explicitados:

- 10 transexuales operados.
- 10 transexuales en lista de espera, pero ya aceptados para cirugía.
- 10 travestistas heterosexuales perversos
- 10 heterosexuales "normales" voluntarios.

Se los reunió por criterios de edad, de nivel socio-educativo, de etnia y de religión. Todos fueron evaluados por el autor, quien no tuvo papel alguno en el tratamiento de los sujetos. Se precisa que estos transexuales no son tí-

picos, pues hay una nota fetichista en sus conductas vestimentarias, la creencia transexual comienza bastante tarde, (a una edad promedio de 6,5 años), la mayoría ha estado casado y ha tenido hijos. Todos tienen un nivel económico elevado. Para el autor, se trataría pues de un subgrupo de transexuales secundarios cuya identidad de género se ha puesto en duda luego de la edad en la que se desarrolla habitualmente la problemática edípica. Ninguno tuvo un sentimiento de femineidad precoz y aconflictual tal como lo describe Stoller.

La evaluación se hizo con la "Tennessee Self Concept Scale" (T. S. C. S.), escala de autoapreciación: en los cuatro grupos, los puntajes están alrededor del promedio, sin diferencia significativa, lo que traduce una buena aceptación de su estado, la operación no mejora esta medida para los transexuales.

Con el M. M. P. I., se encontraron diferencias significativas en las escalas: Paranoia, Esquizofrenia y Masculino/Femenino, los transexuales operados tienen los puntajes Paranoia y Esquizofrenia más altos.

El análisis de los perfiles M. M. P. I. de cada uno de los grupos, realizado tomando en cuenta los dos puntajes más elevados de cada sujeto (clustering) arroja los siguientes resultados:

- Heterosexuales: sin patología significativa para el grupo.

- Travestistas: idem

- Transexuales preoperatorios: manía y desviación psicopática elevadas de manera muy significativa. Esto está relacionado con los posibles diagnósticos: Personalidad antisocial, Personalidad inestable, y psicosis maniaco-depresiva.

- Transexuales operados: desviación psicopática y esquizofrenia significativamente elevadas, lo que se relaciona con los diagnósticos siguientes: Esquizofrenia paranoi-

de, Personalidad paranoide y Personalidad esquizoide.

Dado que se evaluó que el puntaje M. M. P. I. permite predecir el diagnóstico final de los pacientes internados en psiquiatría por primera vez en más del 60% de los casos, es ciertamente presumible que haya un disfuncionamiento psíquico en estos transexuales. Además, la cirugía, que podría precipitar la evolución, no aparece aquí como el tratamiento más adaptado.

Lindelmann y Korlin(16) en 1987, intentan evaluar factores pronósticos y describen a 40 pacientes: 17 fueron operados, uno de ellos se suicidó. De los 13 operados seguidos desde hace más de tres años y retenidos para su estudio, cuatro lamentan la intervención. Son los que hicieron su pedido luego de los 33 años y que fueron operados rápidamente por el carácter urgente del pedido; dudaron muy poco antes de la operación, lo que se interpreta como una negación masiva. Son también los que llevaban una actividad sexual (homosexual, bisexual o fetichista) más importante antes de la operación.

Ninguno de estos sujetos está considerado como psicótico.

¿Qué conclusiones sacar de estos estudios?

Su evolución en el tiempo muestra que al entusiasmo de los pioneros, a pesar de algunas opiniones negativas y polémicas sostenidas poco o nada por argumentos clínicos: [citamos aquí a

L'ÉVOLUTION PSYCHIATRIQUE

*Cahiers de psychologie clinique et de
psychopathologie générale fondés en 1925*

Rédacteur en chef: Yves Thoret

4 Números por año

Solicitar informes y suscripción en la redacción de Vertex
49-0690 de 10 a 16 horas

Merloo(22): "todos los pacientes a los que yo he visto pedir un cambio de status genital eran psicóticos o border-line (...) El dinero de las fundaciones es más fácilmente destinado a los modos de pensamiento mecanicistas (...)", a este entusiasmo terapéutico, decíamos, le sucedió un pragmatismo de programas de estudio prestigioso con medios importantes en el seno de las universidades norteamericanas que han obtenido resultados terapéuticos en definitiva modestos para los pacientes.

Aunque no se observaron las "epidemias" (ver Scherrer(27)) de descompensaciones psicóticas que algunos presagiaban, hubo suicidios, en algunos pacientes se desencadenó efectivamente una psicosis, otros confiesan finalmente lamentar la operación o no haber llegado totalmente a La Mujer que sienten que son y siguen pues pidiendo otras intervenciones. Lo que nos sorprende por el contrario, es el hecho de que estos mismos sujetos se dicen muy general-

mente satisfechos con la operación. Es en verdad ilusorio querer obtener valores promedio de estas estadísticas dado lo importante de las diferencias metodológicas. A pesar de la afirmación de voluntad atórica, vemos aflorar aquí o allá supuestos que muestran, por ejemplo, la considerable diferencia observada entre los resultados del equipo de Stanford y el del John Hopkins, y esto el mismo año y en el mismo país.

Cuando intentamos, más allá de los valores estadísticos, recoger las palabras y el itinerario de los sujetos, llegamos a situaciones mucho más complejas, como, por ejemplo, las que Sturup expone: ¿qué pensar de este hombre, esposo y padre, que decide vivir en una comunidad de homosexuales, único lugar donde se siente aceptado y que, después de haber sido castrado se da cuenta de que no puede ser una verdadera mujer y decide entonces ser la amante masculina de una homosexual para finalmente volver a vivir junto

a su esposa como hombre castrado sin sentir, no obstante, ningún arrepentimiento por haberse operado?; ¿qué pensar sino que quizás no hubiera sufrido de no haber sido operado?

Aquí tenemos de hecho un reflejo de la tendencia general que tienen estos pacientes a no encontrarse nunca lo suficientemente mujer, y también el poco interés que para ellos tiene la vida sexual.

¿Qué pensar asimismo de ese otro paciente del que se descubre, *post-mortem*, leyendo sus cartas, que deliraba de manera consistente y que desde luego rechazaba toda consulta con sus perseguidores? Recordemos cuán valiente es, para nosotros, la actitud del autor al publicar estos datos clínicos.

Bourgeois, relatando su experiencia norteamericana, explica que en Stanford, se recibieron millares de pedidos; se retuvieron 628, finalmente se operó a 169. He aquí un "screening" particularmente eficaz, pero nada se dijo



AUTOMATISMO MENTAL PARANOIA

Gaëtan GATIAN de CLÉRAMBAULT

presentación de
Paul Bercherie

En este libro, de reciente edición, se publican por primera vez en castellano, los siguientes trabajos de Clérambault:

- Coexistencia de dos delirios: persecución y erotomanía (1920);
- Los delirios pasionales: erotomanía, reivindicación, celos (1921);
- Erotomanía pura. Erotomanía asociada (1921);
- Condiciones de aparición, desarrollo y duración de los estados pasionales (1923);
- Automatismo mental y escisión del yo (1920);
- Las psicosis alucinatorias crónicas (1923);
- Las psicosis alucinatorias crónicas. Análisis. Patogenia (1924);
- Folie à deux (1923);
- La cuestión de los delirios colectivos está estrechamente ligada a la de los mecanismos generadores de las psicosis (1924);
- Sobre un "mecanismo automático" radical de ciertos delirios interpretativos: la pseudo constatación espontánea incoercible (1933).

En venta en librerías

de los pedidos rechazados, ni sobre las razones de tal rechazo, ni, sobre todo, sobre qué fue de estos sujetos, todos lo bastante sufrientes también como para hacer el pedido. ¿Cuántos de entre ellos eran psicóticos, "border-line" o deprimidos? ¿Cuántos fueron a hacerse operar en otro sitio? si como lo dice Lothstein(17), en ciertas oficinas de los EE.UU., basta con tener los recursos para hacerse "reassignar".

El único estudio metodológicamente satisfactorio es el de Beatrice(2); es también uno de los más recientes y arroja grandes sospechas sobre la cirugía como responsable de descompensar a ciertos sujetos ya frágiles y a la vez evoca un posible lazo entre ciertas formas de transexualismo secundario y la psicosis.

Conclusiones parciales

En un presente en el que no faltan los comités éticos convocados por la mayoría de las corporaciones profesionales, (bio-ética, ética del derecho, ética médica...) no podríamos dejar de criticar un procedimiento que nos lleva a una concepción individualista y que crea una entidad "Hombre" y una ética ligada a la moral. En esta perspectiva todo paciente insatisfecho con su cuerpo, en particular en su expresión sexual, tendría el derecho de corregir esto. Pero esta modificación es buscada a través de la cirugía, a partir de un abordaje real de este exceso de goce. No olvidemos que este exceso de goce, que en nuestros transexuales toma la forma de un goce femenino delirante, equivale a

otras formas del goce no co-relacionadas con la significación fálica como se presenta a menudo en la psicosis.

¿Qué decir del esquizofrénico habitado por ese goce invasor que mora en su lengua? ¿Vamos a aceptar también para él el pedido de cirugía?

No podríamos, luego de este breve recorrido, incitar al activismo quirúrgico en los pacientes que hemos intentado describir. Por el contrario, queremos resaltar, según la bibliografía citada, que la idea del derecho a la atención y la de la evitación de la autocastración comportan un riesgo y que aceptar el pedido de cirugía en este tipo de patología implica consecuencias irreversibles para el sujeto. Seamos conscientes de esto ■

Referencias Bibliográficas

1. Baastrup, P. C., Transvestism: a Psychiatric Sign? 4ème Congres. Mondial de Psychiatrie 1966, 4: 3055-3056.
2. Beatrice, J., Transvestites, Preoperative Transsexuals and postoperative Transsexuals. J. Nerv. Ment. Dis. 1985, 173:358-368
3. Benjamin, H., The Transsexual Experiment. Julian Press 1966 New-York.
4. Bourgeois, M., Le Traitement Psychologique du Transsexualisme, quelques Tentatives Récentes. Ann. Med. Psychol. 1978, 136, 9:985-1008.
5. Bourgeois, M., Le Transsexualisme, Dysphorie de Genre et Tr. de l'identité Sexuelle: une expérience Américaine. Ann. Med. Psychol. 1980, 138, 4:472-480.
6. Codet, H., Cossa, P., Migault, P., Féminisme Psychique et Débilité Mentale. Encéphale 1930: 694-696.
7. Charcot, J., Magnan, V., Inversion du sens génital. Arch. Neurol. 1882; 3, 7: 53-60 et 4, 12: 296-322.
8. Fisk, N., Five Spectacular Results. Arch. Sex. Behav. 1978; 7: 351-369.
9. Fortineau, Idées de Transformation Sexuelle et Transvestisme dans le Délire Chronique. Ann. Med. Psychol. 1939; 97: 51-55.
10. Guiraud, P., Délire Systématisé et Inversion Sexuelle. Ann. Med. Psychol. 1922; 3, 9:1 28-1 32.
11. Hirschferd, M., Anomalies et Perversions Sexuelles. Office de Centralisation D'ouvrage Paris 1957.
12. Hoénig, J., Kenna, J. C., The nosological position of transsexualism. Arch. Sex. Behav. 1974; 3: 273-285.
13. Horton, C. B., Clarke, E. K., Transvestism or Eonism, two Cases. Am. J. Psychiat. 1931 (May)1025-1030.
14. Hunt, D. D., Hampson, J. L., Follow-up of 17 Biologic Males Transsexuals After Sex-Reassignment Surgery. Am. J. Psychiat. 1980;137, 4:432-438.
15. Krafft-Ebing, R. V., Psychopathia Sexualis. Payot, Paris 1958.
16. Lindemalm, G., Korlin, D., Uddenberg, N., Prognosis Factors vs outcome in M to F Transsexualism a follow up study of 13 cases. Acta Psychiat. Scand. 1987; 75,3: 268-274.
17. Lothstein, L. M., The Post-Surgical Transsexual, empirical and Theoretical considerations. Arch. Sex. Behav. 1980, 9:547-564.
18. Lothstein, L. M., Sex Reassignment Surgery: Historical, Bioethical and Theoretical Issues. Am. J. Psychiat. 1982;139: 417-425.
19. Masson, A., Le Travestissement: Essai de Psychopathologie Sexuelle. Le François, Paris 1935.
20. Masson, A., Transvestisme: un Cas. Ann. Med. Psychol. 1939; 97: 132-139.
21. Magnan, V., Des Anomalies, Aberrations et Perversions Sexuelles. Ann. Med. Psychol. 1885; 1: 455.
22. Merloo, J., Change of Sex and the Collaboration with the Psychosis. Am. J. Psychiat. 1967;124: 263-264.
23. Meyer, J., Reter, D., Sex Reassignment Follow up. Arch. Gen. Psychiat. 1979; 36,9:1010-1015.
24. Olkon, D. M., Eonism with added outstanding psychopathic features. J. Nerv. Ment. Dis. 1944; 99: 159-167.
25. Pauly, I., Male Psycho-sexual Inversion: Transsexualism a Review of 100 Cases. Arch. Gen. Psychiat. 1965; 13, 2:172-181.
26. Pauly, I., The Current Status of the Change of Sex Operation. J. Nerv. Ment. Dis. 1968; 147, 5:460-71.
27. Scherrer, P., A Propos du Transsexualisme et de sa Thérapeutique éventuelle. Ann. Med. Psychol. 1980; 138, 4:453-461.
28. Sorensen, T., Hertoft, P., Sex Modifying Operations on Transsexuals in Denmark in the Period 1950-1977. Acta Psychiat. Scand. 1980; 61,1: 56-66.
29. Sorensen, T., Hertoft, P., Transsexualism as a Nosological Unity in Men and Women. Acta Psychiat. Scand. 1980; 61, 2: 135-151.
30. Sorensen, T., A Follow up of Operated Transsexual Males. Acta. Psychiat. Scand. 1981; 63,5: 486-503.
31. Sturup, G. K., Male Transsexuals. A Long Term Follow up after Sex Reassignment Operations. Acta Psychiat. Scand. 1976; 53,1: 51-56.
32. Walinder, J., Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. Brit. J. Psychiat. 1971; 119, 549:191-196.
33. Walinder, J., Lindstrom, B., Thuwe, I., Prognostic factors in the assessment of male transsexuals for sex reassignment. Brit. J. Psychiat. 1978; 132, 1: 16-20.
34. Yawger, N. S., Transvestism and other Cross-sex Manifestation. J. Nerv. Ment. Dis. 1940; 92: 41-48.

Psiquiatría y Medicina

Julio C. Villena Aragón

Jefe del Servicio de Salud Mental del Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari y Profesor Adjunto del Departamento de Salud Mental. Facultad de Medicina, UBA. Arenales 3854, PB. B., 1425, Buenos Aires.

Resumen

Entendiendo que la Psiquiatría es parte de la Medicina, se presenta una experiencia de seis años de progresiva inserción de un servicio de Salud Mental en las labores Asistencial, Académica y de Investigación del Instituto de Investigaciones Médicas "A. Lanari" de la Facultad de Medicina de la U.B.A.

Partimos de una concepción epistemológica post paradigmática, el Neorrealismo Científico, en el abordaje de la problemática de la Salud Mental comprendiendo que lo psicológico y lo biológico constituyen dos niveles de análisis en un mismo universo científico y de un único objeto de estudio, el ser humano. Se puntualizan los factores que hacen a un frecuente aislamiento de los servicios de Psiquiatría en los hospitales generales y se relatan las medidas tomadas para revertir esa situación, preexistente en el Instituto Lanari. Presento conceptos teóricos y técnicas utilizadas, que hacen a una integración de la Psiquiatría al mundo de la ciencia aplicada, apartándonos de los planos especulativos de imposible verificación científica. El Psicoanálisis Contemporáneo surge en el marco del Neorrealismo Científico que es el sustento científico y epistemológico para la multidisciplinaria.

Palabras Clave: Psiquiatría y Medicina - Neorrealismo Científico - Psicoanálisis Contemporáneo.

PSYCHIATRY AND MEDICINE

Summary

In the understanding that psychiatry is part of medicine, I present in this paper a six years experience of an increasing integration of the Mental Health Service in the clinical, academic and research activities of the Institute for Medical Research, "A. Lanari", of the Medical School of the University of Buenos Aires.

We start from a post paradigmatic epistemological conception, Scientific Neorealism in our approach to Mental Health. We understand that the psychological and the biological are two levels of analysis for the same scientific universe and for the same object of study. I point out factors that contribute to the frequent isolation of the Psychiatric services in general hospitals, and describe measures taken to revert that situation, previously existing at this hospital. I present theoretical and technical concepts employed that are instrumental to the incorporation of psychiatry to the world of applied sciences, moving away from speculations impossible of scientific verification. Contemporary Psychoanalysis emerges within Scientific Neorealism, which is the epistemological and scientific underpinning for the multidisciplinary approach.

Key Words: Psychiatry and Medicine - Scientific Neorealism - Contemporary Psychoanalysis.

PSYCHIATRIE ET MEDECINE

Résumé

Dans la perspective d'une Psychiatrie faisant partie de la Médecine on présente ici une expérience de six ans d'insertion progressive d'un Service de Santé Mentale dans les activités d'assistance, académique et de recherche de l'Institut de Recherches Médicales "A. Lanari" de la Faculté de Médecine de l'Université de Buenos Aires.

On part d'une conception épistemologique post-paradigmatique, le Néoréalisme Scientifique, dans l'approche de la problématique en Santé Mentale. On conçoit que le psychologique et le biologique constituent deux niveaux d'analyse d'un même univers scientifique et d'un objet d'étude unique: l'être humain. Un certain nombre de facteurs qui provoquent un isolement des Services de Psychiatrie au sein des Hôpitaux Généraux sont signalés ainsi que les mesures prises pour retourner cette situation préexistente à l'Institut Lanari. On signale des concepts théoriques et des techniques utilisées pour développer une intégration de la Psychiatrie au niveau de la science appliquée en s'écartant des niveaux spéculatifs impossibles à vérifier scientifiquement. La Psychanalyse Contemporaine surgit dans le cadre du Néoréalisme Scientifique qui représente le substrat scientifique et épistémologique de la multidisciplinarité.

Mots Clé: Psychiatrie et Médecine - Néoréalisme scientifique - Psychanalyse contemporaine.

Sabemos que el tema de lo psíquico empezó por ser el tema del alma y del espíritu y que pasó mucho tiempo para que se desprendiera de la filosofía y pasara al campo de la ciencia conformando distintas disciplinas científicas. La primer disciplina en ocuparse de las "enfermedades del alma" fue naturalmente la medicina y lo hizo en un momento en que lo mítico, lo mágico y lo científico todavía no parecían diferenciarse lo suficiente. Con el correr del tiempo surge el estudio de lo psicopatológico, teniendo como marco referencial la relación mente-cuerpo. Los desarrollos en el tema de la relación mente cuerpo han influenciado grandemente la relación de la psiquiatría con la medicina. Reconociendo esto último, no me extenderé sin embargo en seguir estos desarrollos más allá de decir que han sucedido muchas cosas desde el ahondamiento del dualismo cartesiano que marcó un importante alejamiento de la psiquiatría de su familia médica, hasta el presente en el que se vuelve a un concepto integrado en el que mente y cuerpo (para algunos cerebro-mente) vuelven a ser una sola cosa. En la Psiquiatría dos tendencias básicas dividieron a los psiquiatras en realistas e idealistas. Los primeros acusaban a los idealistas de tener una mente sin cerebro, en tanto los idealistas acusaban a los realistas de tener un cerebro sin mente. Paulatinamente los idealistas más esclarecidos han ido substanciando la mente y los realistas mentalizando el cerebro. En el proceso se han ido superando ambos reduccionismos.

La importancia que Mac Lean le asigna en 1952 al circuito que años antes descubriera Papez, fue un hecho histórico en el estudio

de las relaciones entre las emociones y las estructuras encefálicas. Con la denominación de Sistema Límbico remplazando a la de cerebro visceral, empiezan a estudiarse las maneras en las que las emociones operan en el cuerpo, dando paso a una moderna medicina holista en el estudio de las entidades previamente denominadas psicósomáticas. En esta concepción post Alexander, el papel del Gyrus Cingulate, como formación del archi y mesocortex, posiblemente de enlace entre el mundo representacional del neocortex y el límbico de las emociones, haría posible el registro de las emociones y la respuesta afectiva a las ideas y a las percepciones, en el marco de la historia, circunstancias y perspectivas del individuo. La música que aporta el sistema límbico y la letra que aporta el neocortex, nos dice Murray, hacen a la canción de nuestra experiencia y sería la especialidad del psiquiatra, hablando metafóricamente, ocuparse de lo límbico, de lo neocortical y de lo conductual. Es en este contexto conceptual que se ha estado dando un progresivo reencuentro entre la Psiquiatría y la Medicina.

Neorrealismo Científico

Este reencuentro se da en el marco de la nueva filosofía de la ciencia, el Neorrealismo Científico, que incorporando los aportes del neopositivismo y de la concepción paradigmática de la ciencia supera las dificultades inherentes a cada una de estas previamente dominantes epistemologías y nos lleva un paso más allá del concepto de paradigma. Para el Neorrealismo Científico el universo existe independientemente del conocimiento pero no es accesible directamente sino tan solo por medio del mundo del conocimiento. El universo del conocimiento es producto de la actividad humana pero tiene por finalidad la representación de aquel universo independiente de su actividad. El universo estaría conformado por estructuras funcionales de variados grados de complejidad cuyas leyes de causalidad y función serían inheren-

tes a sí mismas. De allí que las posibilidades de función y reacción de una estructura funcional estén dadas y limitadas por su propia configuración dinámica. Un hecho, que es lo observable, involucra estructuras funcionales de diferente nivel de complejidad y es función de cada disciplina representar la acción que se produce en el nivel que le corresponde, pero el hecho sólo podrá tener explicación con el concurso de las representaciones de los diferentes niveles involucrados. Para el Neorrealismo Científico, esta es la base científica y epistemológica de la acción multidisciplinaria en la investigación y la ciencia aplicada. Cada disciplina científica puede y debe establecer sus principios y esquemas explicativos, como lo sugería la concepción paradigmática, pero a diferencia de aquella, el neorrealismo marca que no cualquier principio o esquema puede ser, por cuanto existe una realidad a la cual la representación debe corresponder. Dado que el universo es uno solo en el que interactúan todas las estructuras funcionales (el universo de la ciencia es también uno solo), todas las leyes de causalidad y función enunciadas por las diferentes disciplinas también deben representar la concordancia que existe entre los diferentes niveles de organización en el universo y particularmente la concordancia que existe entre los diferentes aspectos del mismo objeto de estudio. Esto equivale a decir que las leyes enunciadas por cualquier disciplina deben ser concordantes con las de las otras disciplinas científicas, sin que disciplina alguna esté subordinada a ninguna otra. Esta correspondencia entre los diferentes planos explicativos de un solo universo científico hace posible la prueba interniveles de las verificaciones de la Teoría General de los Sistemas Vivientes.

Una de las implicancias para la psiquiatría de lo aquí presentado esquemáticamente, es que la psiquiatría como campo aplicado de las ciencias biológicas y sociales está en una posición de particular privilegio para registrar las correspondencias o las incompatibilidades en las explicaciones de las mismas temáticas, cada una a di-

ferente nivel de organización. Así, por ejemplo, lo biológico y lo psíquico, que son diferentes aspectos de un mismo fenómeno, tendrán que ser tratados en sus respectivos niveles disciplinarios, pero deberá existir concordancia en ambos niveles explicativos para que el accionar psiquiátrico en el campo aplicado, el campo de los hechos, pueda ser coherente y operativo.

Conforme se fue saliendo del dualismo mente-cuerpo con los progresos científicos antes consignados, se fue dando ese reencuentro entre la psiquiatría y la medicina. Los primeros tiempos de ese reencuentro y antes de la vigencia del Neorrealismo Científico, fueron mostrando que la brecha era ancha y hacía falta construir un puente. En ese estado de cosas nació la psiquiatría de enlace, como esa punta de lanza para la reinserción de la especialidad psiquiátrica en su campo médico. Tomemos nota en este punto que ninguna otra especialidad de la medicina tuvo que tener una subespecialidad de enlace con la medicina. No estoy de acuerdo con el jefe del departamento de psiquiatría del Massachussets General Hospital, el Dr. Nec Cassem en criticar el término psiquiatría de enlace por cuanto creo que ha reflejado una realidad y una necesidad en un tiempo de la relación entre la psiquiatría y la medicina. Pienso, sin embargo, que en este momento, con el avance de las ciencias médicas y psicológicas y en el marco del neorrealismo científico, lo que corresponde tener es no ya una psiquiatría de enlace sino una psiquiatría integrada con la medicina.

La experiencia en el Lanari

En el Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari de la Facultad de Medicina de la U.B.A., con un equipo multidisciplinario de salud mental, hemos ido logrando una total inserción en las actividades asistenciales docentes y de investigación del Instituto.

Como se sabe, el Instituto Lanari tiene una larga trayectoria muy reconocida nacional e internacionalmente, como un Instituto de alto nivel científico y acadé-

mico, más allá de sus limitaciones presupuestarias y de infraestructura, lo que incrementa sus méritos. Pero como en la mayor parte de los hospitales generales, el servicio de psiquiatría tenía escasa figuración y su presencia en el funcionamiento del Instituto tendía a fluctuar entre intransigente y conflictivo. En este momento somos miembros plenarios del Instituto en igualdad de condiciones con las demás especialidades y estamos muy reconocidos a la clínica médica y a todas las demás especialidades por su generosa receptividad a nuestra participación. Recibimos interconsultas de las salas de internación en clínica médica al igual que las demás especialidades y con frecuencia internamos pacientes "psiquiátricos" en las salas generales. Estas internaciones nos han dado excelente resultado, convenciéndonos de que en tanto no se den masivamente y salvo psicopatías graves, es la forma de internación de elección. El *setting* médico clínico le da al paciente psiquiátrico un marco de contención insuperable y nos da a nosotros como clínicos un marco de seguridad en la tarea. Con las otras especialidades intercambiamos consultas continuamente. Participamos en los ateneos quirúrgicos en los que frecuentemente se plantea la condición psicológica del paciente en relación a la cirugía y las consecuencias de la misma en su dimensión psicosocial. En los ateneos clínicos participamos explicando las circunstancias emocionales y psicosociales que antecedieron, coexisten y continuarán a la enfermedad del paciente, así como también los aspectos interpersonales de la relación médico paciente en el caso presentado. En los ateneos anatomopatológicos con frecuencia se discute la naturaleza de los síntomas psiquiátricos antes de conocerse los resultados de los estudios anatomopatológicos del cerebro. En un caso en particular se discutía si los trastornos que presentó el paciente respondían a un cuadro demencial o a un cuadro psicótico funcional. Tener un estudio anatomopatológico que ofrezca evidencias para ayudar a dirimir tan interesante debate o que aporte

datos que permitan correlacionar el tipo de trastorno con las alteraciones morfológicas, es una experiencia única y que apunta a la integración científica.

Una de las bases para nuestro programa ha sido estar al servicio del trabajo asistencial que realiza el médico en las diferentes especialidades. Estamos convencidos, y lo estamos comprobando, que el reconocimiento en lo asistencial deriva de la utilidad de nuestra labor para el paciente y para el médico, de que no hacen falta otras formas persuasivas; en realidad no sirven si no tienen esta base. Simple pero hay que cumplirlo a diario, sobre todo teniendo en cuenta nuestra natural competitividad.

También nos es fundamental el respeto por el trabajo del médico, por su forma de pensar y de operar más allá de que podamos discrepar con algunos estilos personales o conceptuales. No creo que sea función de la psiquiatría o de la psicología juzgar esos estilos sino más bien el trabajo conjunto para que puedan modificarse y/o modificarnos.

Es frecuente entre nosotros ser críticos del "modelo médico" pero a pesar de sus innegables falencias ¿no será que tiene importantes virtudes para persistir durante tanto tiempo? Después de todo los que lo practican también se preocupan por mejorarlo y hay quienes en ese modelo muestran exquisita sensibilidad para con sus pacientes y una muy actual conciencia de la complejidad de su tarea. Por otra parte ¿daría mejores resultados nuestro modelo psiquiátrico o psicológico? y si fuese así ¿cuál de los muchos que tenemos?, ¿no será mejor trabajar conjuntamente para hacer a todos los modelos más sensibles a las necesidades del paciente a la vez que más operativos?

Evitamos una de las deformaciones profesionales más serias, la de interpretar todo lo que sucede a nuestro alrededor en términos psicopatológicos. En los tiempos iniciales de mi asociación al Instituto fui a ofrecer nuestros servicios a una de las especialidades. En tono muy cordial me decían que siempre les interesaba la colaboración de psiquiatría pero que no les había servido el que los an-

duvieran interpretando. Hoy es uno de los servicios con el que más estrecha colaboración tenemos.

Otra cosa que por supuesto sabemos que no debemos hacer es contestar a una consulta con jerga incomprendible para el pobre colega que entonces tendrá que poner cara de inteligente para preservar su ego o el nuestro. En los ateneos médico-clínicos, quirúrgicos y anatomopatológicos es particularmente importante que la ansiedad no nos conduzca por esos caminos de tentación. Sabemos que no es fácil exponer y responder ante 70 u 80 colegas que muchas veces requieren precisiones que no les podemos dar.

Además de tratar de evitar tanto como nos es posible ciertos vicios profesionales, hemos podido implementar medidas activas que pensamos tienen mucho que ver con nuestra incorporación en la labor asistencial del Instituto. En la interconsulta con los pacientes de sala de clínica médica o de terapia intensiva, una conversación con el médico y una consulta con la historia clínica previa a la entrevista con el paciente sabemos son esenciales para ese primer encuentro siempre decisivo con el paciente. No creemos que la función primaria de la interconsulta sea la de determinar la psicopatología del paciente o la alteración en la relación médico-paciente. Cuando éstas están, irán surgiendo en la evaluación.

Intentamos que nuestro primer acercamiento sea con el ser humano que está enfermo y hospitalizado y que en esa circunstancia está seguramente angustiado, preocupado o asustado e incluso aterrado, enojado, frustrado; lamentándose por su mala suerte, con un sentimiento de injusticia o indignado con la vida o con sus dios; resignado y esperanzado o abatido y desesperanzado; deseo de salir para empezar de nuevo, pero temeroso de no poder hacerlo; incapaz de aceptar las limitaciones de su enfermedad y hacer buen uso de la ayuda que se le brinda o de lo que le queda de vida o de sus funciones. Es generalmente a partir de estos humanos sentimientos y cuando no se pueden manejar o expresar adecuadamente, que surge la in-

terconsulta. De allí que esa captación empática tenga un gran valor terapéutico. Esas dificultades y muchas otras a menudo transitan los canales de la transferencia y de la contratransferencia pero así como no hay relación médico-paciente o relación terapéutica donde no estén presentes la transferencia y la contratransferencia, tampoco existe relación alguna cuya explicación se pueda agotar en la transferencia y la contratransferencia o en otros fenómenos técnicos. No estoy sugiriendo que nuestro accionar no es técnico, muy por el contrario pienso que, por ejemplo, es peligroso no percatarse de la psicopatología en el paciente, pudiendo esto llevarnos a una riesgosa ingenuidad.

Con nuestro enfoque, la mayor parte de los pacientes que inicialmente no habían pedido la interconsulta o que la habían aceptado reticentemente, continuaron tratamiento por consultorio externo una vez dados de alta. Es notable la receptividad de los pacientes internados al tratamiento psicoterapéutico cuando antes por mucho tiempo, a veces años, se habían resistido a acudir al tratamiento, a pesar de las indicaciones de sus clínicos. Es importante el respeto por esta receptividad y la apropiada capitalización de la oportunidad para iniciar tratamiento.

El seguimiento diario del paciente y del curso de sus tratamientos médico clínicos y quirúrgicos es de fundamental importancia para poder integrar la dimensión psiquiátrica al conjunto del tratamiento. En todo esto, el rol protagónico en el equipo tratante lo debe mantener incuestionablemente el médico de cabecera y/o el cirujano, según el caso y el momento. Uno debe tener cuidado de no diluir ni competir con la transferencia positiva del paciente con su médico que sabemos es un elemento esencial en su cura. Por el contrario debemos alentarla y ayudar a que se encuadre en expectativas realizables. Para esto es indispensable que en el continuo diálogo con el médico de cabecera, nos informemos de lo que el paciente puede esperar. Este permanente diálogo además, mantiene la presencia de Sa-

lud Mental en el pensamiento del médico.

A pesar de no tener guardia psiquiátrica permanente, ha sido importante nuestra disponibilidad y no han sido infrecuentes las visitas al hospital en horas de la madrugada o durante los fines de semana. Además de nuestra disponibilidad, contamos con un consultorio en el área de internación en el que entrevistamos a los pacientes que pueden deambular y realizamos la contención de familiares que enfrentan situaciones penosas en el cuidado de los seres queridos.

El consultorio externo del Servicio de Salud Mental está situado en la misma área que los consultorios de clínica médica y de las demás especialidades, dándole al médico un acceso inmediato a la consulta con nuestro servicio, lo cual posibilita ayudarlo a determinar la necesidad de la interconsulta; a menudo nos llaman para participar de la entrevista médica o continuarla en la dimensión psicológica.

Mantenemos diariamente un servicio de admisión que responde a pedidos de consulta en forma inmediata en los horarios estipulados o en situaciones de emergencia, evitando así las listas de espera. No es fácil para la población hospitalaria decidirse a consultar y la lista de espera juega a favor de las resistencias. El estudio comparativo de lugares que tienen lista de espera con los que no las tienen revela que el índice de deserciones es significativamente más alto en las instituciones que tienen listas de espera.



Bases teóricas

Paso a hacer breve referencia a algunos conceptos teóricos que proviniendo del Psicoanálisis Contemporáneo configuran nuestro abordaje en la Clínica y que entendemos como importantes en el éxito alcanzado. Trabajamos con el material manifiesto presentado por el paciente y por sus circunstancias, incorporando lo latente cuando lo consideramos pertinente y en todo caso sólo como una parte de relativa importancia en la comprensión de lo que le acontece. Al mismo tiempo, consideramos la realidad objetiva del paciente, de su entorno socio familiar, institucional y de la relación médico-paciente en la comprensión del paciente y sus circunstancias. Pensamos que si nos mantuviéramos en el plano de lo puramente latente o de la subjetividad estaríamos cayendo en un reduccionismo y creando una "realidad" ajena a la vivenciada por el paciente y observada por el médico que lo deriva.

En otro orden de cosas, si damos una explicación en términos puramente representacional-simbólicos a, por ejemplo, un trastorno con compromiso inmunológico, estaremos dando una explicación que además de tener poco fundamento científico, le hará muy difícil al médico clínico y al inmunólogo relacionar su conocimiento a tan extraña formulación. Si tomamos en cuenta en cambio los descubrimientos de la última década de las vías Límbico-tímicas, entonces podremos investigar conjuntamente con los inmunólogos el cómo de la acción de las significaciones vía sus emociones sobre el sistema inmunológico y esto es lo que precisamente intentamos en un programa de investigación conjunta con el servicio de Inmunología en el tema del Lupus Eritematoso sistemático y trastorno emocional. No ha sido esto cambiar de una concepción psicológica a una concepción biológica de la psiquiatría sino superar el dualismo en los planos explicativos. En este punto es particularmente importante comprender que sabiendo ya que el mundo psicológico de la persona afecta su función orgánica y viceversa, lo que corresponde es estudiar el cómo de esa integración.

Hay un sinnúmero de nuevos datos en la investigación científica y clínica que nos llevan a tener que reformular importantes conceptos en nuestro campo, de manera tal que sean más compatibles con lo que se está manejando hoy en día en la medicina. Si consideramos por ejemplo que en el adulto el fenómeno REM (y consecuentemente el fenómeno onírico) se presenta cada 90 minutos es imposible seguir sosteniendo que el motor del sueño es el deseo infantil reprimido por cuanto sería poco pensable que el deseo infantil reprimido necesitase manifestarse con esa periodicidad y regularidad y tan universalmente en los seres humanos adultos. Si a esto agregamos que en los últimos años se ha podido establecer que el fenómeno REM empieza con descargas de las neuronas gigantes de tipo colinérgico de la región pontina del sistema reticular y que a los movimientos oculares del sueño REM anteceden ondas

ponto-geniculo-occipitales (PGO), tenemos que pensar en la causación del fenómeno onírico en términos más amplios. Es también poco pensable que un fenómeno tan complejo como el REM, con compromiso de circuitos de predominancia colinérgica en las zonas anterior, media y basal del cerebro pudiese estar al servicio de la expresión del deseo infantil reprimido o que este deseo tuviese existencia en los demás mamíferos en los que definitivamente se da el fenómeno REM. Si en cambio entendemos al proceso onírico como un proceso de metabolismo cerebral y elaboración psíquica del gran cúmulo de registros que tiene el individuo sin que pueda elaborarlos en su aparato consciente, tendremos una concepción más acorde al estado actual de los conocimientos que nos permita investigar mejor la significación de los contenidos del proceso onírico. También podremos entender cómo la interrupción sostenida del soñar aun cuando al sujeto se le permita dormir, lleva a procesos de toxicidad psicofisiológica con manifestaciones psicóticas. También podremos entender mejor el hecho de que los infantes pasan tanto tiempo soñando en tanto sus procesos de elaboración consciente son limitados en función del poco desarrollo de su aparato consciente y de los pocos recursos que le dan su experiencia limitada y su rudimentaria organización cognitiva.

El concepto de los sueños como procesos de elaboración psíquica fue adelantado por psicoanalistas como Jung, pero el psicoanálisis contemporáneo replantea estos conceptos en el marco del conocimiento clínico y neurofisiológico actual. Esta manera de conceptualizar los sueños se basa en una concepción amplia del inconsciente como fuente de creatividad y receptáculo de la mayor parte de la experiencia humana ontogenéticamente y filogenéticamente hablando, que supera en mucho las restricciones que nos impone el concepto del inconsciente como producto de la represión. Así pensado el proceso onírico ya no queda como una provincia extraña a la medicina y a las ciencias biomédicas, sino que

por el contrario se plantea como un tema para la investigación conjunta en la que nos interesará particularmente el concurso de la neuroquímica y de la biología molecular. Nuestra especialidad aportará su conocimiento del dinamismo inconsciente tomado en forma amplia y de las significaciones simbólicas que manteniendo sus propios principios deberán tener correspondencia con los conocimientos que sobre el proceso onírico poseen las disciplinas afines. En un próximo libro desarrollo esta temática ampliamente. Lo que intento subrayar con estos breves ejemplos es que además de nuestra actitud hacia los modelos de investigación y asistencia en medicina, son nuestras maneras de pensar en el fenómeno psicológico y en el fenómeno psicopatológico las que pueden conducirnos a una mayor integración en la medicina o a un mayor aislamiento de la medicina.

También nuestra manera de entender un fenómeno psicopatológico nos puede dar una mayor o menor operatividad con el paciente y hacer a una visión integrada de lo biológico y de lo psicológico. Si por ejemplo en un cuadro delirante y confusional que acompaña a una cerebritis lúpica decimos solamente que es un cuadro orgánico cerebral (que en realidad lo es) con la connotación de que los síntomas están producidos por la vasculitis encefálica, el tratamiento posiblemente se limitaría al tratamiento específico para la encefalitis lúpica como puede ser el uso de corticoides o de ciclosporina conjuntamente con los neurolepticos tendientes a controlar las manifestaciones psicóticas de la enfermedad. Si por otra parte se entienden el delirio y la confusión como formas regresivas de comportamiento ante la enfermedad, sería muy poco lo que podríamos hacer en una situación aguda y de limitaciones en la comprensión simbólica por parte del paciente. Podría haber quienes con esa concepción favorecieran el uso de psicofármacos y quienes se opusieran a ellos por considerar que favorecen la regresión, sin tampoco saber si el fenómeno psicótico es propio de la expe-

riencia infantil. Si pensamos en cambio, como lo consideramos nosotros, que toda persona inter-nada con una enfermedad de riesgo va a sentir miedo por lo que le pueda suceder, miedo a las amenazas a su vida que provie-nen de lo que está sucediendo en su cuerpo, sabremos que va a ex-perienciar intensas ansiedades hi-pocondríacas. En condiciones normales estas ansiedades condu-cen a buscar respuestas en el mé-dico que puedan disminuirlas y a cooperar en un esfuerzo común por derrotar a la amenaza, pero en el paciente con cerebritis lúpi-ca la condición de su sistema ner-vioso central no le permite poner ese miedo al servicio de su cuida-do. En cambio, proyecta la ame-naza de su cuerpo a los otros de su medio inmediato, desarrollan-do delirios persecutorios con los médicos y enfermeras tan típicos en estos pacientes. A esto tam-bién contribuye el que los médi-cos y enfermeros tienen que apli-car procedimientos cruentos o molestos que el paciente, al no poder contextualizarlos en el marco de una plena y organizada conciencia de enfermedad, va a sentir como ataques. Compre-n-diendo así la condición del pa-ciente podremos recurrir a ansio-líticos y neurolépticos para bajar las ansiedades de diverso tipo y al mismo tiempo poner nuestra función empática y de integra-ción cognitiva al servicio del pa-ciente de tal manera que podá-mos ayudarlo a entender y elabo-rar sus emociones y lo que le está aconteciendo. Una persona en esta condición necesita ante todo que alguien capaz de entender lo que está viviendo, aquello que la confunde y la aterra, pueda acompañarla en este terrible trán-sito que además puede conducir-la a la muerte, a la demencia o a la recuperación, lo que ya consti-tuye en sí una horrenda incerti-dumbre. Este enfoque nos ha da-do resultados muy favorables considerando la gravedad de los cuadros. Como es la regla, la sos-tenida intervención psicoterapéu-tica a nivel apropiado permitió controlar las situaciones de agita-ción psicomotriz y delirio con dosis de psicofármacos mucho menores a las normalmente re-queridas para estos cuadros. Esta

c o -
adyuvancia terapéutica no es, sa-bemos bien, de manera alguna misteriosa sino que ambas moda-lidades terapéuticas transitan por canales comunes. En la perspecti-va biológica, la palabra del tera-peuta, particularmente su tono y su capacidad empática como así también el ordenamiento de la experiencia mediante la com-prensión y explicación interpre-tativa, produce cambios en la vi-vencia del paciente que a nivel biológico se traducen (vía sistema límbico) en cambios neuroquí-micos, similares a los producidos por los psicofármacos. En la pers-pectiva psicológica podemos de-cir que las alteraciones neuroquí-micas, producidas por estados emocionales conflictivos sosteni-dos, algunas veces toman una suerte de autonomía funcional provocando alteraciones emocio-nales y puede ser necesario en-tonces actuar rápidamente en la cadena con autonomía funcional, administrando psicofármacos.

En referencia a la complemen-tariedad de los abordajes, también recurrimos a técnicas comple-mentarias de probada eficacia, al-gunas de las cuales han tenido comprobación experimental. En pacientes que están particular-mente tensos y con crisis de páni-co recurrentes, hemos empleado exitosamente programas reglados de relajación. Esta técnica es particularmente útil en pacientes en hemodiálisis, pacientes con dolor crónico que no responden a los analgésicos etc. Hemos compro-bado constantemente que con el



uso de estas técnicas remiten o disminuyen los síntomas rápidamente dándole una

mejor calidad de vida al paciente y siendo junto al abordaje psico-farmacológico y psicoterapéutico, importantes coadyuvantes en el tratamiento médico clínico. En algunos pacientes con SIDA o con cáncer terminales hemos agregado a los abordajes mencionados técnicas de visualización con sorprendentes resultados en cuanto a la tolerancia a los tratamientos y sostenimiento de una buena calidad de vida. Pensamos en cambio que los resultados curativos con estas técnicas deberán esperar comprobación científica.

Utilizamos escalas como el MMPI para correlacionar con los cambios clínicos observados. Lo interesante es que los pacientes no sólo muestran mejoría clínica si no también cambios favorables en los índices de angustia, paranoia, depresión etc. Esto demue-stras que en corto tiempo con el uso de varias técnicas se pueden lograr resultados confiables. Ade-más de interesar a los médicos por los progresos de los pacien-tes, estas comprobaciones prove-en de material cuantificable que ellos pueden entender y en el cual pueden confiar como instru-mento científico cercano a sus propios criterios de medición. El uso de escalas cuantitativas per-mite además correlacionar los cambios cuantificables en nues-tro campo con los índices de la-boratorio y clínicos que maneja el médico clínico. Esto es particu-larmente importante en progra-mas de investigación multidiscipli-narios.

Nuestra integración operativa con la medicina no psiquiátrica se está dando también en el plano académico. Comprendiendo que el cambio de actitudes y el conocimiento necesario para esta integración debe empezar en el inicio de la formación profesional estamos llevando a cabo por sexto año consecutivo un programa de formación en Salud Mental, cuyo informe ha sido publicado en el Órgano del Centro Internacional para la Medicina Familiar. Este programa pone al alumno de ciclo biomédico en contacto directo con la persona del paciente y sus circunstancias, con la persona del médico y sus circunstancias, con la relación médico-paciente en sus diversas facetas, con el medio hospitalario y la realidad institucional.

Una vez por semana durante cinco horas cada alumno que cursa la materia Salud Mental I acompaña a un Residente en todo su hacer médico, incluyendo toda su interacción con los jefes, colegas, pacientes a su cargo y toda la ocupación y preocupación que tiene en la preparación de la atención del paciente. Así el alumno observa desde una admisión a sala, hasta lo que significa ir personalmente a buscar el resultado de un estudio al laboratorio; hacer de camillero, el seguimiento de los pacientes, el actuar en una emergencia médica o en la comunicación al paciente o a los familiares de información algunas veces delicada o angustiosa.

El médico residente con frecuencia convierte al alumno en su ayudante en forma y circunstancias apropiadas para su condición. El alumno tiene la función de participar en lo que estas circunstancias controladas le posibiliten y de volcar sus observaciones en un informe escrito semanalmente para su discusión con los docentes de la Unidad Académica. Estos a su vez son miembros del Servicio de Salud Mental del Instituto que cumplen funciones de interconsulta y que por tanto conocen a los pacientes y a los médicos con los que hace la experiencia el alumno.

Los informes de los alumnos muestran una progresiva capacidad para registrar las circunstancias de vida del paciente en las

cuales irrumpe la enfermedad o se da una recurrencia de los síntomas en una entidad crónica. Tales circunstancias no son de orden psicopatológico pero constituyen importantes experiencias psicológicas que inciden en la patogenia del cuadro de maneras todavía no totalmente determinadas y que por lo tanto tienden a ser ignoradas.

En un caso llamó la atención de una estudiante el que un paciente relatará que su cuadro de hipertensión arterial empezó cuando a su hijo lo llamaron al servicio militar para enviarlo a las Malvinas. El paciente añadió que su hijo es lo más importante en su vida y no resistió el pensar que pudiera morir. Profundizando en la historia se pudo determinar que no existían antecedentes sintomáticos ni familiares del cuadro pero sí se presentaba una historia de relación con su hijo y con su propio padre que confería una significación particular al vínculo del paciente con su hijo. Fue motivo de enriquecedora discusión el impacto que causó en la alumna el que en tanto el médico trataba de alcanzar precisiones en el desarrollo del síntoma y en la determinación de datos relevantes al establecimiento de criterios etiológicos y fisiopatológicos, el paciente y su esposa reiteraban las circunstancias del inicio de la enfermedad como proponiendo una explicación causal para la misma. Con esta observación se pudieron tratar importantes aspectos en la elaboración de criterios de causalidad y de la dinámica del enfermar biopsicosocial.

Otra alumna informa acerca de una experiencia cargada emocionalmente, de la siguiente manera:

"Mientras estábamos con una médica, la llamaron de urgencia para atender a un paciente que había sufrido un paro respiratorio en terapia intensiva. Acudimos inmediatamente y comenzaron las maniobras de RCP y los distintos estudios para verificar su estado, en tanto nosotros contemplábamos desde un rincón llenos de ansiedad, que podía notar en la cara de mis compañeros al igual que, supongo, en la mía. Lo que sentí fue un gran deseo de que el paciente no muriera como si yo,

sólo con estar mirando, hiciera fuerza para ello. Mientras se desarrollaban las últimas pruebas con el paciente, observamos que una paciente de la cama enfrentada lloraba desconsoladamente en tanto el anciano de la cama contigua tomaba la merienda como si nada sucediera. Podía comprender la reacción de la mujer; lo que resultó increíble fue la reacción del anciano".

Todos los alumnos acusan el impacto emocional de este primer contacto con el mundo hospitalario y la realidad del quehacer médico en toda su dimensión. Es particularmente notable la movilización afectiva que se produce en el estudiante en sus primeras visitas a la unidad de Terapia Intensiva y a la de Hemodiálisis. Reportan desde intensas sensaciones tales como mareos, náuseas, taquicardia etc., hasta complejos sentimientos de impotencia, lástima, temor, empatía etc. Podríamos preguntarnos si es apropiado para la salud mental de los estudiantes someterlos a tales experiencias. Lo recopilado a través de estos seis años señala que sí lo es, al igual que el testimonio de los médicos consultados acerca del tema, quienes sin excepción dijeron que hubieran deseado tener una experiencia como la aquí planteada, ya que sus vivencias traumáticas o por lo menos conflictivas fueron vividas sin este tipo de asistencia psicológica. Por otra parte sabemos bien que estas vivencias están presentes en las primeras experiencias de todo médico en formación. El no poder elaborar los sentimientos que producen contribuye de manera importante a la deshumanización defensiva del médico. Esto último se nutre y se facilita con el énfasis actual en la tecnificación en medicina.

A la observación participante realizada por el alumno se sumó para algunos de ellos la posibilidad de presenciar grupos tipo Balint de relación médico-paciente que se llevaron a cabo con algunos Médicos Residentes. Esto les permitió el acceso a la vivencia inmediata de importantes aspectos de la experiencia médica, volcados desde la interioridad de los protagonistas. Consecuentemente, este programa vuelve a poner

en escena para el médico residente el tema de la salud mental y la relación médico paciente.

Este programa fue diseñado para que el alumno pueda participar de esta experiencia plena como ser humano con vocación de servicio, antes de que los conocimientos técnicos y la presión del tiempo lo alejen del ser humano sufriente, conduciéndolo hacia el mundo de los síntomas y a la obligación de saber. Otros importantes objetivos del programa son:

1. La preservación de la Salud Mental del futuro médico previniendo la patogenia del encuentro traumático no elaborado, de los primeros contactos con el dolor y sufrimiento de la enfermedad, la cronicidad, la agonía y la muerte.

2. El contacto vivencial del alumno, al comienzo de su carrera, con la práctica de la medicina para ayudarlo a conocer la naturaleza de la profesión elegida, disminuyendo así la posibilidad de error en dicha elección.

3. Incorporar vivencialmente a la conciencia del alumno las vicisitudes de la relación médico-paciente, de la realidad institucional en la práctica médica y de la dinámica de las relaciones profesionales.

Un programa de esta naturaleza sólo es posible en el marco de una total integración del servicio de Salud Mental en las actividades médico asistencial y docente de una institución médico clínica ■

Bibliografía

Casemont, P., Learning from the patient. The Guilford Press, New York, London, 1991.

Gedo J., The Biology of Clinical Encounters. The Atlantic Press, Hillside, London, 1991.

Modell, A., Other Times Other Realities.

Harvard University press. New England, 1990.

Villena Aragón, J., Salud Mental y Educación Médica. Medicina Familiar, Organización Mundial de Medicina Familiar, 1993.

Villena Aragón, J., Psicología social y

Clínica Psicosocial. Ed. Teckne, 1987.
Villena Aragón, J., The Universal and The Cultural in The Psychological Phenomena. International Forum of Psychoanalysis. International Federation of Psychoanalytic Societies. Scandinavian University Press. Stockholm. V2, 1994.



Diccionario de Psicofarmacología y drogas coadyuvantes de la clínica psiquiátrica

1994/95

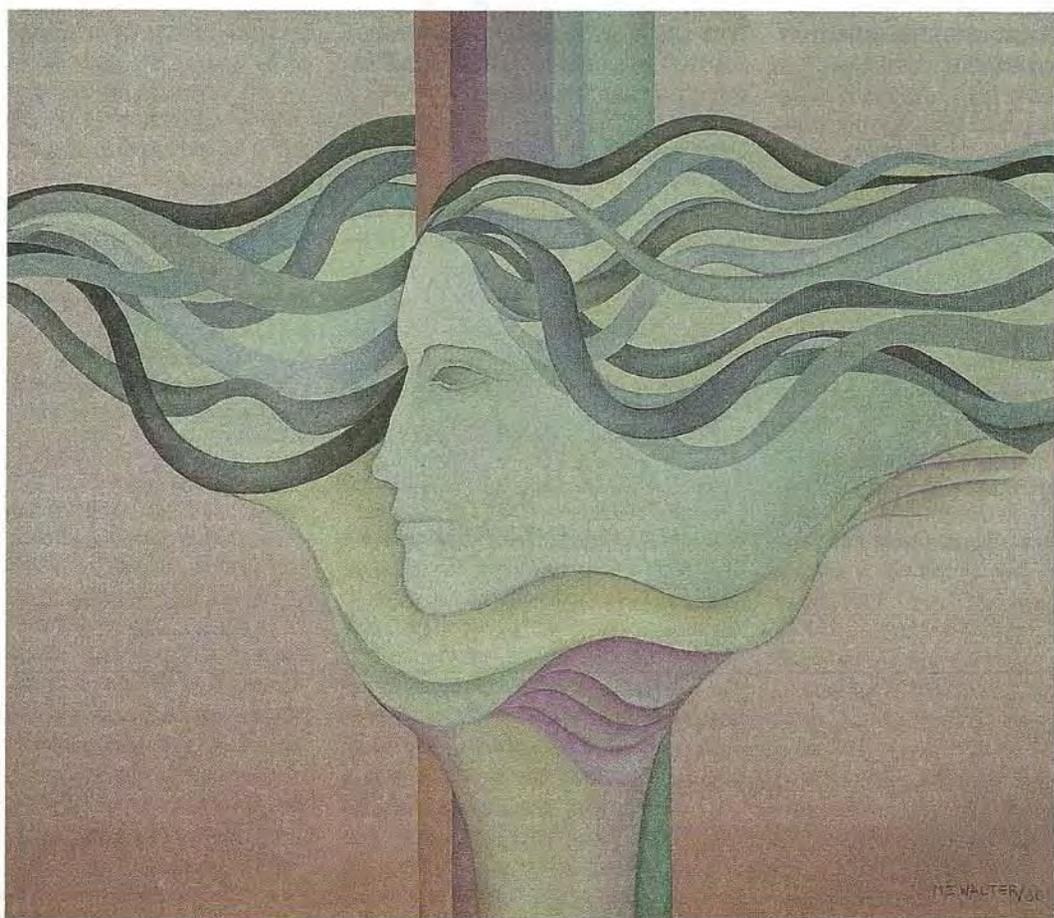
Por primera vez en la Argentina se edita un Diccionario de Psicofarmacología.

Contiene una monografía de especialidades medicinales por orden alfabético, a la que se agregan cuatro índices: por monodrogas, por grupo farmacológico, por nombre del producto, y de empresas farmacéuticas y sus productos.

A esto se suman una serie de tablas de interacción medicamentosa, e información complementaria sobre Centros toxicológicos y Sistema Nacional de Farmacovigilancia.

Solicítelo a su promotor.

En venta en librerías



María Inés Walter
Perfil
Oleo sobre tela
46 cm. x 55 cm.
1980



Envejecer

Coordinación Daniel Matusevich

“La vejez es sólo restricción para quien no la merece. Uno la merece no retirándose del mundo, o haciéndolo sólo para aspirar a una forma más estricta y exigente de logro. Este presupone una nueva vida para todos los que han fracasado, pero también para los que dan la sensación de que no fracasarán. Quiero llamarlo la cara bifronte, la cara de Jano de la vejez: una se vuelve hacia el vencido, y la otra hacia aquellos que aún no fueron derrotados, o que tal vez no podrían serlo nunca”.

Este fragmento del “Elogio de la vejez” del Premio Nobel Elías Canetti nos pareció apropiado para encabezar el Dossier de este número.

En los artículos seleccionados la tarea clínica da paso, equilibradamente, al aporte teórico. Podemos hablar de tres dimensiones en el envejecer: la biológica, la social y la psicológica. De una u otra manera, este Dossier trata de dar cuenta de las mismas.

Haydée Andrés introduce el concepto de “vejeces”, en contraposición al de “vejez”, tratando de rescatar lo singular que hay en cada viejo y en su entorno. De esta forma se destaca la heterogeneidad propia de cada individuo y se evita caer en generalizaciones que terminan siendo reduccionismos.

Teniendo en cuenta lo físico, lo social y lo psicológico se podrá acceder al nivel de conflicto real del viejo y a partir de ahí comenzar a construir. Especial importancia adquiere el concepto de reminiscencia, tomado como función psicológica relacional que se opone al aislamiento y a la deprivación sensorial, estableciendo una mo-

dalidad de comunicación constituida por recuerdos y olvidos que debe ser respetada y estimulada.

El tema de la temporalidad del envejecimiento es central, ya que como todo proceso requiere tiempo y se produce en él.

Así lo entendemos junto con Chapot, Guido, Lopez, Macotinsky, y Szurman cuando hablamos de la “finitud del tiempo” y de la “finitud de la propia vida”, enumerando exhaustivamente los duelos parciales que deberán ser elaborados para llegar al duelo mayor, “el del propio envejecimiento”. Especial interés adquiere el lugar del cuerpo envejeciente como testigo y protagonista que casi siempre está presente en los motivos de consulta de los viejos.

¿Qué ocurre con las patologías narcisistas? ¿cómo atraviesan este momento vital? Sin duda se trata de envejecimientos patológicos en donde la negación casi se transforma en desmentida. Son los otros los que envejecen, hasta que la imposibilidad de sostener estas fantasías llega al punto de poder desencadenar el colapso narcisista.

La literatura psiquiátrica no abunda en material acerca de cómo envejecen los psicóticos. Este hecho no nos parece casual porque de alguna manera, vejez y psicosis crónica condensarían elementos que desafían la capacidad del terapeuta, debido a que éste es enfrentado a sus propios fantasmas de envejecimiento y locura.

Pierre Noël nos envía su artículo en el cual se detalla un seguimiento de 23 pacientes de más de 60 años, atendidos durante por lo menos 15 años, teniendo en cuenta el tratamiento psicológico,

la medicación, el lugar de la familia, las internaciones, quedando configurado un mapa muy exacto de cómo envejecen aquéllos que tienen un delirio crónico o una esquizofrenia.

El autor no descarta las descompensaciones tardías de la patología, pero en cambio relativiza las evoluciones demenciales tipo Alzheimer. Así, queda abierta la polémica con respecto a estos temas, quizás de los más controvertidos de nuestra especialidad.

Leopoldo Salvarezza, pionero en pensar la vejez, retoma algunos de sus temas ya clásicos –como el prejuicio hacia los viejos, el lugar de la familia, la biomedicalización– como prólogo para intentar descifrar el sentido del ser terapeuta de viejos frente a los otros terapeutas y a la sociedad. Decía el mismo Salvarezza en 1988: “Un viejo frente a nosotros es como una especie de ‘espejo del tiempo’, y como todos sabemos el destino que la sociedad impone a la vejez –desconsideración, rechazo, aislamiento, explotación y depósito en sórdidos lugares a la espera de la muerte–, nos provoca angustia frente a este futuro posible y nos impulsa a escaparnos de ella. En otras palabras, elegimos no atenderlos”.

Tal vez esta cita nos permita comprender los resultados obtenidos por Sergio Strejilevich a partir de una encuesta, en relación a la formación psicogeriatrica de los jóvenes médicos residentes. Esta, que cuando no es nula resulta insuficiente, replica la realidad que viven los viejos en nuestra sociedad.

Es nuestra intención que este Dossier contribuya a mejorar el estado actual de las cosas ■

ABORDAJE DE LA PERSONA VIEJA DESDE LA MIRADA DE LA PSICOGERIATRIA

Haydé Andrés



Profesora adjunta, Dpto de Salud Mental de la Fac. de Medicina, UBA. Presidente honorífica del Capítulo de Psicogeriatría de la APSA. Miembro titular de I.P.A. J. D. Solís 489, 1641 Acassuso, Prov. Buenos Aires

** Comunicación presentada en las Jornadas "Comunicación y Tercera Edad", Mar del Plata, 30-11-91*

Hablar de generalidades psicológicas comunes a todos los que tienen más de 60 años o entre los que tienen 70 u 80 años, es arbitrario e injusto, ya que la historia personal (o biografía) hace enormes diferencias personales. Y estas diferencias —dadas por estas historias previas— son las que van a dar matices distintos a los fenómenos propios de esta etapa de la vida.

Por eso es que cada vez más los gerontólogos no hablan de “la vejez” sino de “vejeces”. Es decir que cada cual tiene la suya, donde los años anteriores tienen un fuerte peso para lo físico, para lo psicológico y para lo social. Y en esto último tener en cuenta qué redes comunicacionales ha poseído esta persona —qué vínculos ha desarrollado durante su vida joven y adulta, y qué patrimonio trae a la vejez— y evaluar qué capacidades trae para poder gestar nuevas en este momento de la vida.

Haciendo esta salvedad podemos introducirnos en la descripción de algunos fenómenos psicológicos propios de esta etapa, y que, como ya hemos dicho, cada uno enfrentará como ha enfrentado otras circunstancias de cambios en su vida. En algunos casos adaptándose paulatinamente, sin necesidad de ayuda terapéutica, y en otros con dificultad para procesar y adaptarse al cambio. En este caso, con necesidad de intervención terapéutica.

Estos cambios que sostienen la llamada “crisis de la vejez”, que es cuando más se hacen visibles, abarcan las tres áreas: física, psicológica y social. No podemos decir cuál empieza primero, y si en cambio podemos observar cómo se realimentan e inciden las tres. Aquí sí que no cabe la disociación que a veces sostenemos para mirar las enfermedades en otros períodos de la vida, entre lo físico, lo psicológico y lo social. En *el viejo sintomático* se ve con claridad la unión de estos tres planos, como también se ve que para recuperar la *salud* se necesita del orden o del bienestar en estos tres planos.

En el síntoma físico hay que saber leer y decodificar qué mensaje nos está dando, qué área se está expresando, qué nos quiere decir a través de esta queja. Es también

de muy fácil observación cómo a partir de un estímulo psicosocial se provoca una respuesta a nivel de lo físico. Por ejemplo, cómo la *deprivación sensorial* —consecuencia del aislamiento— produce como resultado un deterioro mental con neuronas que no funcionan y se atrofian.

Desde el punto de vista de lo *físico*, los síntomas más importantes son los psicosenoriales y psicomotores. En lo *social* la merma de vínculos e interacciones con compañeros al producirse la jubilación, que trae aparejados cambios en la situación económica que se torna debilitada. Todo esto produce un fuerte impacto en lo *psicológico* creando un estado de disminución de la autoestima, con gran inseguridad y extrañeza en su identidad. Se establece así un estado de desconocimiento personal, y donde antes “todo lo podía y emprendía” ahora todo está cambiado: cambiado desde adentro y también desde afuera desde donde le devuelven una imagen desvalorizada porque ya no lo ven como lo veían antes. Ahora está debilitado e inerme. Psicológicamente es un momento en el cual las pérdidas ocupan la primera escena. Hay que dar de baja muchas cosas, fundamentalmente la juventud. Según quién sea esta persona, se encuentra apartado, ensimismado, a veces irritado.

Además, al empezar a transitar este período, después de los 60 años, aparece el límite de la vida como más preciso. No es que se va a morir ya, sino que a partir de aquí puede pensar en cifrar en un número de años su existencia. Es decir, puede acercarse un número al resto de su vida. En tanto que desde la juventud ese número parecería ilimitado. Esto significa que también se enfrenta al duelo fundamental que tiene que procesar que —además del de la juventud— es el de su vida entera, su vida física.

Estos son los elementos psicológicos que hay que elaborar: las pérdidas anteriores y aun la de la vida. Recién una vez que esto pudo ser procesado, se recupera la energía psíquica necesaria para insertarse en la vida —que sigue transcurriendo— con nuevos proyectos.

Es en este momento cuando aparece una función psicológica que va a servir para realizar todo este proceso de aceptación y de nueva adaptación. Esta función habitualmente nosotros la significamos negativamente, pero es al revés: es una función que cuando está presente denota *salud mental*. Es la *reminiscencia*. No es un recuerdo fotográfico de hechos. Está hecha de recuerdos y olvidos significativos. Esta función va a permitir el reciclaje del pasado, con lo cual se refuerza la identidad y la autoestima. También va a tener una *función de comunicación* con los que lo escuchan para mostrar su valía, la estima de que era objeto en su trabajo, con sus amigos. Y también la posibilidad de comunicar sus experiencias vividas, partes de su vida, trascender con su vida en los otros. Con lo cual se restablece la comunicación interrumpida por la introversión y a veces el aislamiento. Nosotros habitualmente reprimimos a la reminiscencia categorizándola como signo de arterioesclerosis cerebral. Pero en realidad, cuando un viejo es reminisciente deberíamos pensar que está procesando su cambio con *salud mental*. En cambio, cuando existen trastornos psicopatológicos del orden de la melancolía o la depresión, nos encontramos con un bloqueo de la reminiscencia. Entonces ésta necesita ser estimulada en forma terapéutica para ayudar a establecer la salud mental.

Parte importante de todo este proceso, que con frecuencia no evaluamos suficientemente, es el tema de las dificultades en la audición. Este fenómeno que no es registrado, a veces, por el entorno —porque cuantitativamente no pareciera de monto— es el comienzo del aislamiento. De aquí que si no se interviene para ayudarle a resolver este problema, aparece el sentimiento de soledad, que significa la aparición de tristeza, de depresión. Y en esta ecología de *aislamiento y soledad* nos encontramos en un lugar de alto riesgo para la salud mental.

Yo diría que muchos de los estados psicopatológicos de la vejez tienen como uno de los factores determinantes este problema.

Si en otras edades de la vida es importante para la buena *integra-*

ción psicológica y mental la función de la audición, yo diría que en la vejez es importante para prevenir la *desintegración* mental y psicológica. Pensemos que muchos de los medios de comunicación en el viejo son del área de la audición, y que estos medios le transmiten vida. El escuchar una voz para un viejo que vive solo es a veces un elemento de acompañamiento. Muchos dicen: "Yo pongo la TV todo el día. No la miro. Es sólo para sentir alguien que habla cuando estoy solo". Además es también general que para muchas personas de ciertas generaciones, por ejemplo de 70 u 80 años, la radio -mucho más que la TV- es un objeto muy acompañante y a veces, la única comunicación.

A partir del tema de la audición -si éste no se resuelve- y junto a éste el aislamiento, en poco tiempo van apareciendo ciertos rasgos en la personalidad, que se hace más rígida mentalmente, con cambios en el humor y con la aparición de marcado egoísmo, tacañería y desconfianza. Donde el miedo y lo paranoide comienzan a incubarse. De aquí que cualquier estímulo es capaz de producir una

descompensación y así entramos en un itinerario de patología que involucra lo físico, lo psíquico y lo social, y que va a ser costoso atravesar para volver a la salud.

Si no se tiene comprensión de todos estos elementos, es muy difícil entender muchos fracasos y frustraciones profesionales, a veces como con el tema de las prótesis (o los audífonos) en los viejos, que a ellos les cuesta mucho aceptar, y que rechazan, porque les ponen de manifiesto "su vejez", el duelo de su juventud. A veces el audífono es el síntoma más manifiesto que les dice "que ya no es el de antes" y siente frente a él rechazo y vergüenza, porque esto hace visible todas las otras minusvalías. He visto con frecuencia que algunos tienen varios audífonos -4 ó 5- y no los usan. Entonces el profesional que aborda al anciano debiera pensar que cada vez que un viejo se acerca para pedir oír mejor, se abre un proceso para hacer juntos un camino donde la persona que maneja la técnica pueda ayudar a que este paciente acepte la prótesis. Esto es un indicio que indica que se lo está ayudando a aceptar

su vejez y también a sentirse aceptado en la misma.

No es sólo una entrevista o un par de ellas donde lo único que se despliega es lo técnico. Tenemos que comprender que detrás de esta dificultad auditiva hay un proceso que se está desarrollando en el plano psicológico (el de la persona como tal) y no en el plano biológico solamente. Este proceso es el que nos toca acompañar. Y del éxito de nuestra labor depende el futuro de la *salud mental* de esta persona mayor. Esto, que parece tan pequeño e intrascendente como es el *hacer posible la incorporación de la prótesis como un elemento propio de su vida* es un acto profesional fundamental, de *prevención* en el campo de la *salud mental*.

Finalizar la vida con una "buena cabeza" es prioritario para llenar de sentido toda la vida que aún se tiene por delante. De allí aquello de que "*no sólo hay que agregar años a la vida, sino vida a los años*".

Así se pone la mirada en el mejoramiento de la calidad de vida. Un tema de relevante interés en este último tiempo ■



PASO DEL TIEMPO Y CAMBIOS EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Lic. Sara Chapot
Lic. Patricia Guido
Lic. Marcela López
Lic. Graciela Macotinsky
Dr. Daniel Matusevich
Dr. Samuel Szurman

Psicóloga; Directora del Dep. de Adultos mayores de la Soc. Hebraica Argentina.

Psicóloga; Coord. del Equipo de Psicogeriatría de la Liga Israelita..

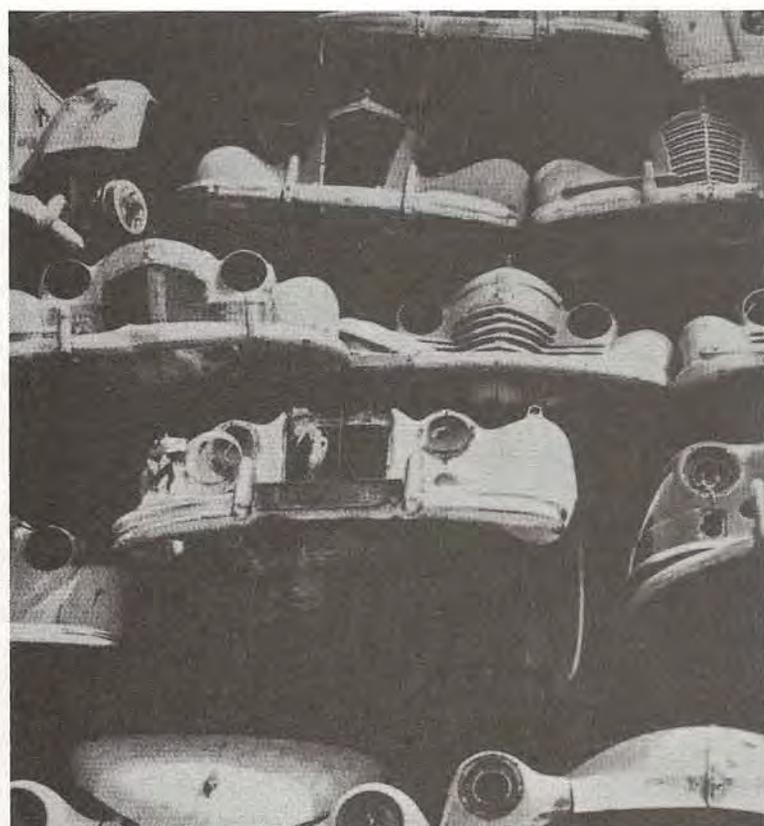
Psicóloga; Hospital de Día Geriátrico de la Liga Israelita.

Psicóloga; Miembro de la Asociación Esc. Arg. de Psicoterapia para Graduados;

Médico Psiquiatra; Miembro del Capítulo de Psicogeriatría de APSA.

Médico Psiquiatra; Director del Hospital de Día Geriátrico de la Liga Israelita.

Gallo 1543, P. B. "C". Buenos Aires. Tel. 822-3218.



“Existir para la realidad humana es temporalizarse: en el presente apuntamos al futuro con proyectos que exceden nuestro pasado, nuestras actividades caen fijas y cargadas de exigencias inertes. La edad modifica la relación con el tiempo, con el correr de los años nuestro futuro se achica, mientras que nuestro pasado aumenta”.



En este trabajo nos proponemos pensar cómo el tiempo subyace, se concretiza y atraviesa lo corporal durante el envejecimiento.

La mediana edad es el momento para rever lo transcurrido y tomar decisiones sobre el resto de la vida; a partir de aquí el sujeto comienza a registrar cambios en la percepción del paso del tiempo. La temporalidad adquiere un nuevo sentido, aparece la conciencia de que el tiempo es finito, lo que equivale a pensar en la finitud de la propia vida. "No tengo todo el tiempo por delante"... "Es más lo que he vivido que lo que me queda por vivir". Ya no es el tiempo que manejamos, es el tiempo que nos maneja marcando límites existenciales.

Clara, 60 años. Dice en la primera entrevista: "Fue doloroso decir la edad, no me suena. No se me nota, soy yo que no me puedo acomodar, debe ser la crisis de la vejez. Cuando voy sumando la edad empiezo a pensar que tengo menos tiempo, el tiempo que me queda. Mi hija se casó hace cinco años y el nido se quedó medio vacío. También fui abuela, es una palabra que me cuesta. Yo hago todo, todo el tiempo, no me puedo quedar quieta. No puedo pensar un futuro con mi marido. Necesito equilibrarme".

La percepción de cambios en los otros, el crecimiento de los hijos, el nacimiento de un nieto, las modificaciones en la estructura familiar, permiten comenzar a pensar en la posibilidad de elaborar una imagen propia nueva, diferente a como había sido hasta ese momento.

María, 70 años. Cuenta la paciente: "De pronto empecé a sentir una diferencia entre los jóvenes y yo, mis hijos y yo. El ser joven es tener proyectos. Tengo que hacer las cosas rápido porque no hay mucho tiempo. ¿Para qué empezar algo si se me va a cortar? Si los jóvenes se equivocan se los disculpa, si yo me equivoco me dicen que soy una vieja. De repente me siento joven, de repente me siento vieja".

Se produce así un cierto extrañamiento, debido a que la referencia a los cambios está dada por una mirada pendular que oscila

entre la generación joven a la cual ya no se pertenece y una imagen en la que el viejo aún no se ha proyectado(1).

En la mediana edad se evidencian las modificaciones en el cuerpo: pérdida de elasticidad e hidratación en la piel, alteración de las funciones oculares y auditivas, incremento de la fatigabilidad muscular, arrugas, canas. El cuerpo denuncia el transcurrir del paso del tiempo, hay un cambio en la imagen, ya no se podrán sostener fantasías de omnipotencia e inmutabilidad.

Cuerpo y tiempo se entrecruzan en el devenir del envejecimiento. Pensamos que el tiempo está en el cuerpo(4).

Este proceso natural de envejecimiento se verá afectado en mayor o menor medida por la organización psíquica previa del sujeto, su historia, sus vínculos, su inserción socio-cultural y por aquellas circunstancias no predecibles en la vida de las personas. Así, la pérdida de la belleza y del encanto físico no tendrán el mismo efecto en una estructura histérica que en una obsesiva; la declinación de la fuerza muscular no será igual para un deportista que para quien desarrolla una actividad intelectual; un analista y un pintor vivirán las dificultades auditivas de distinto modo.

Estas cuestiones plantean una serie de interrogantes:

- ¿a qué edad se comienza a envejecer?
- ¿cada sujeto envejece de manera diferente?
- ¿existe una vinculación entre enfermedad orgánica y envejecimiento?

Balbo cita el caso de un paciente de 30 años cuyos desvelos giraban alrededor de la apariencia de su cuerpo: Miguel "que tiene treinta años, pero que podría no tener más de veinte porque parece más joven que su edad. Su preocupación obsesiva es la apariencia de su cuerpo, y toda su existencia se organiza en torno de esta obsesión. No dejar que aparezca la menor arruga; para lograrlo cada mañana trata su rostro durante dos o tres horas con productos de belleza. Le gusta leer, pero es una tarea que debe realizar con medida, porque con la lectura, como con la reflexión, o la concen-

tración del pensamiento, se corre el riesgo de que se arrugue la piel de la frente y de que en ella se inscriba una marca(2)".

Con frecuencia escuchamos a una persona de 70 años decir: "yo no me siento de setenta años"; y su aspecto tampoco lo es y en otras, hablamos de "ese viejo de 70".

Como mencionamos anteriormente, los cambios propios del envejecimiento son vividos de acuerdo a la intrasubjetividad propia de cada individuo y su historia. Pero estas modificaciones producen desajustes y desestructuraciones que imponen la puesta en marcha de mecanismos específicos de elaboración psíquica. El sujeto deberá realizar un trabajo de duelo: el del propio envejecimiento.

Dada la multiplicidad de pérdidas, a veces intempestivas otras progresivas, no podemos ignorar el incremento y la intensidad del trabajo psíquico involucrado. Por ende, la energía libidinal que queda disponible, se enfrentará a una búsqueda acuciante de nuevos objetos en menor tiempo. La plasticidad yoica y el interjuego pulsional posibilitarán nuevas catectizaciones y la reorganización de las defensas e identificaciones disponibles, pasibles de ser analizadas más allá del tiempo y la edad.

La vejez no es una enfermedad en sí misma, pero podrá influir negativamente provocando un proceso de envejecimiento patológico. Es una etapa más de la vida, diferente a las anteriores por ser la última y la más cercana a la muerte(7).

En relación al motivo de consulta, María continúa diciendo: "Tengo picos hipertensivos, los días que no tengo presiones importantes, no los tengo. Cuando pasa algo que no puedo manejar, me sube la presión, ese es el motivo que se ve. Siempre que hay una situación de pérdida yo me angustio. Hace dos años yo vivía con mi hija separada y ahora se fue al Sur. Mi otra hija se casó hace unos meses. Mi hijo va a ser papá, vive con una chica con la que me peleé. Me quedé sola". En el transcurso de cinco años fallecieron su madre, su hermano, su hermana y su esposo; su padre falleció cuando ella tenía 10 años:

"Creo que una de las razones por las que no quería hacer terapia seriamente es por tener que contar todas estas muertes".

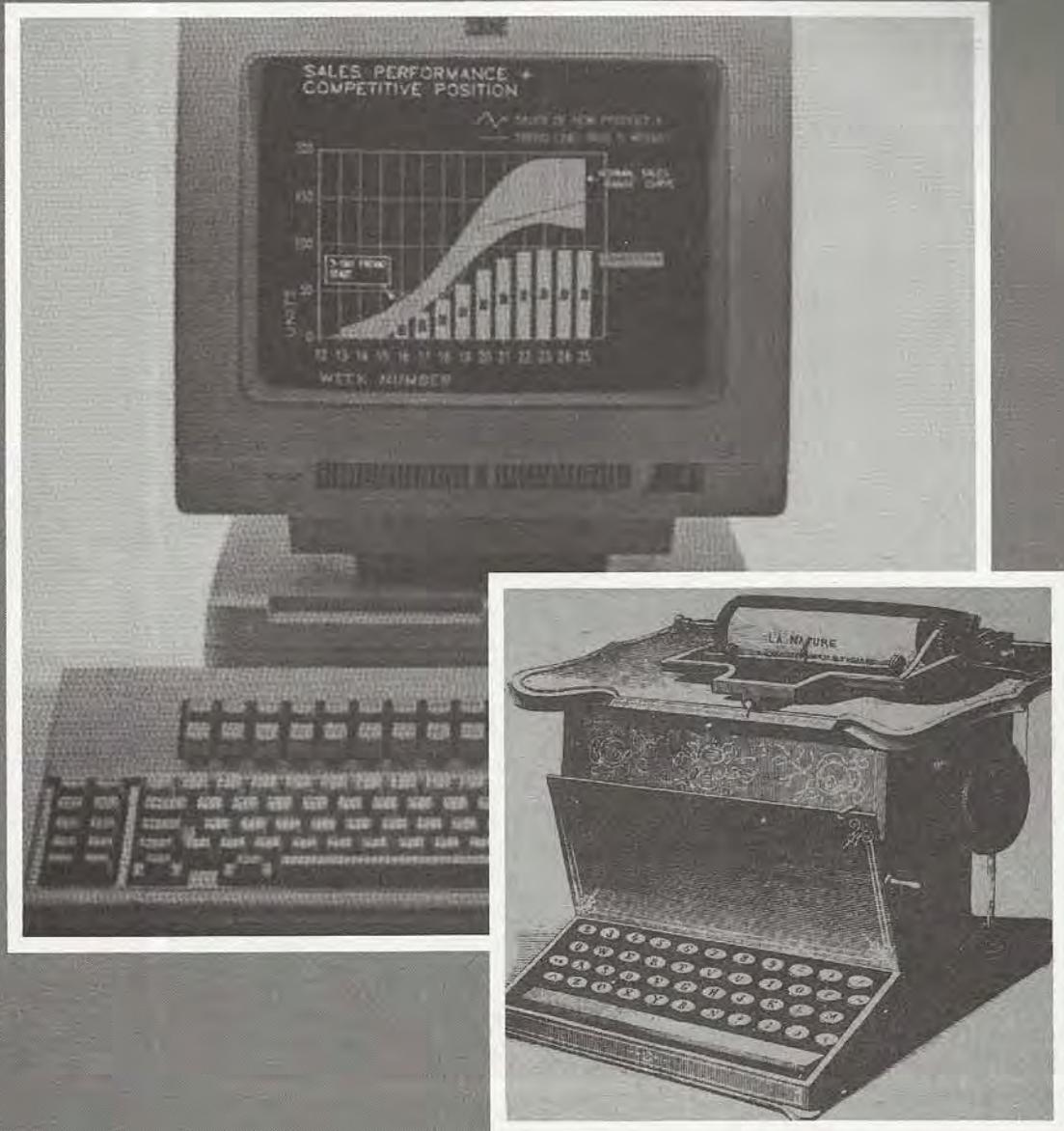
Las situaciones de pérdidas actuales reactivan en ella duelos pasados no elaborados y una vivencia de desamparo: "Me quedé sola".

Los viejos están expuestos a mayor cantidad de pérdidas: la de un ser querido, de una función laboral o profesional, de amigos, de grupos de pertenencia, de funciones mentales. Cuando estas pérdidas rebasan el funcionamiento del aparato psíquico, el cuerpo puede responder y aparecer como escenario de los conflictos.

En el viejo, el duelo puede transformarse de padecimiento afectivo en dolor físico. Este es más soportable, más conocido, mejor admitido socialmente y permite satisfacer la necesidad de dependencia recuperando vínculos afectivos a través de los cuidados. El dolor somático es una forma eficaz de pedir o exigir atención de los otros y de someterse o rebelarse a las recomendaciones del médico. El padecer del cuerpo adquiere un valor relacional. La necesidad de ser cuidado y mirado pasa a ser un intento por mantener los lazos con otros y sostener la libidinización a través del vínculo objetal(6).

Raquel, 69 años. Durante la primera entrevista se incorpora y refiere no soportar más sus dolores reumáticos. Queda parada gran parte del tiempo y cuenta su historia. A los 17 años perdió a su familia en la guerra y hace dos meses enviudó. "A mi marido lo operaron, tenía un tumor. Sufrí mucho, me duelen los pies, tengo problema de reuma". "Yo no sé viajar sola, necesito que me lleven... porque sola no me animo... me duele la cintura".

Sara, 79 años. "Míreme hoy, cómo estoy, casi no pude vestirme", dice mientras muestra sus brazos y la dificultad para moverlos. Sara tenía artritis reumatoide.



dea, agudizada desde el fallecimiento de su esposo. "Usted, por mi voz, ya se da cuenta cómo estoy". En una sesión comenta: "¿Sabe lo que pasa? Todo el mundo quiere llegar a viejo, pero a nadie le gusta serlo".

Estas pacientes reflejan en la clínica la presencia de un lenguaje paraverbal: gestos y posturas de dolor, necesidad de señalar el cuerpo doliente. Así, se configura una modalidad vincular, legalizada para el viejo por la presencia de la enfermedad.

El trabajo de duelo sobre estos cuerpos que envejecen adquiere características peculiares en las personalidades narcisistas. Al respecto, Bleichmar plantea que estas personalidades se manejan con la lógica binaria de las dos posiciones –se es o no se es perfecto– y con la lógica del rasgo único prevalente, rasgo que asume el valor total, que elimina la posibilidad de examen y valoración de los otros rasgos al tomar la parte por el todo(3). La preocupación central está constituida por su valoración frente a sí mismo y ante los otros.

Sofía, 76 años. La enfermedad orgánica, una afección bronquial, enfrentó a la paciente ante la posibilidad de envejecer "enferma", produciendo intensas crisis de pánico y angustia. La imposibilidad de elaborar la enfermedad y adecuarse a ella agudizó el cuadro, paralizándolo y empeorando su evolución. En el momento de la internación, la muerte surgía como una única posibilidad. Le decía a su terapeuta: "Me muero, me muero".

La enfermedad produjo un quiebre, ella no podía pensarse como enferma. Siempre había cuidado a otros, ella era "la sana", los otros, "los enfermos". Dice: "A

partir de aquí, todo será distinto". Durante el proceso de la enfermedad el vínculo terapéutico se convirtió en el organizador de la conmoción interna, producida por el cuadro clínico y sus efectos en el psiquismo. Se trabajó con la paciente y su familia. Toda evaluación clínica traía aparejada la pregunta de si iba a morir, había perdido el control omnipotente de todas las situaciones.

Esta paciente, al igual que otras personalidades narcisistas, construye su escala de valores en cuyo extremo más alto está el ideal, en ella: salud, belleza, potencia, vida; en el otro extremo se encuentra el negativo de dicho ideal, instituido por: enfermedad, impotencia, dependencia, muerte.

Recordemos que el Yo Ideal, producto de la idealización narcisista, se constituye en modelo de perfección, teñido de una actitud de fascinación incondicional, ajena a toda discusión o crítica.

Esta fascinación recaerá en la más alta valoración de uno o más atributos, y se desplazará extendiéndose hacia la representación total del sujeto.

Al establecerse la instancia crítica (superyo), las normas y la escala valorativa, se instala el Ideal del Yo, que dará lugar a que cada atributo sea discriminado en forma independiente, sin caer en la representación totalizante.

Durante el proceso de envejecimiento se reformula la propia ubicación del sujeto en su escala de valores; en personas con características narcisistas el interjuego del sistema de ideales está en primer plano.

En todo sujeto existe el anhelo de alcanzar el Yo Ideal, sin embargo la modalidad y la medida varían en la vida mental de cada

uno. Las características de las personalidades narcisistas provocarán que todo rasgo, sea físico, moral o intelectual que no responda al ideal, pase a un segundo plano. Al no cumplirlo se desencadenará el "colapso narcisista"; en este estado patológico ningún otro logro podrá contribuir al mantenimiento de la autoestima.

En estas personalidades el tiempo está congelado, las cosas deben seguir siendo como se necesita que sean; la salida del congelamiento narcisista implica tener que hacer el duelo por las pérdidas hasta entonces no registradas, y también por la omnipotencia que permitía negarlas.

El cuerpo del viejo es el representante del tiempo vivido, es el portador de la historia, con sus vínculos, sus logros, y sus fracasos. Envejecer es doloroso.

Una paciente nos dice sobre su expectativa de tratamiento: "La vida me fue presentando distintos desafíos y este es uno más, a lo mejor el más importante, no digo el último, pero a lo mejor uno de los últimos...". "Hay algo más en el fondo que soy yo. Hacer algo sin enfermarme, sin paralizarme".

Como dice Simone de Beauvoir "Para que la vejez no sea una parodia absurda de nuestra existencia anterior no hay más que una solución, y es seguir persiguiendo fines que den sentido a nuestra vida... lo deseable es conservar a una edad avanzada pasiones lo suficientemente fuertes para evitar doblarnos sobre nosotros mismos(5)" ■

La cita de la portada, pág. 35, pertenece a "La vejez" de Simone de Beauvoir.

Notas bibliográficas

1. Alvarez P., Carrion C., Ferrero G., Guido P., Macotinsky G., Stivelberg A. "Cuerpo y temporalidad en el proceso de envejecimiento". Jornadas de Psicosomática. Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. Buenos Aires. 1994.

2. Bianchi, H., Gagey, J., Moreigne, J., Balbo, G., Poivet, D.Y., Thomas, L. V., La cuestión del envejecimiento. Perspec-

tivas psicoanalíticas. Biblioteca Nueva. Madrid. 1992.

3. Bleichmar, H., El narcisismo, Estudio sobre la enunciación y la gramática inconciente. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires. 1983.

4. Boschan, P., "Acerca de la temporalidad en psicoanálisis". X Encuentro de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados "El quehacer Psi-

coanalítico". Buenos Aires. 1987.

5. De Beauvoir, S., La vejez. Editorial Sudamericana. Buenos Aires. 1970.

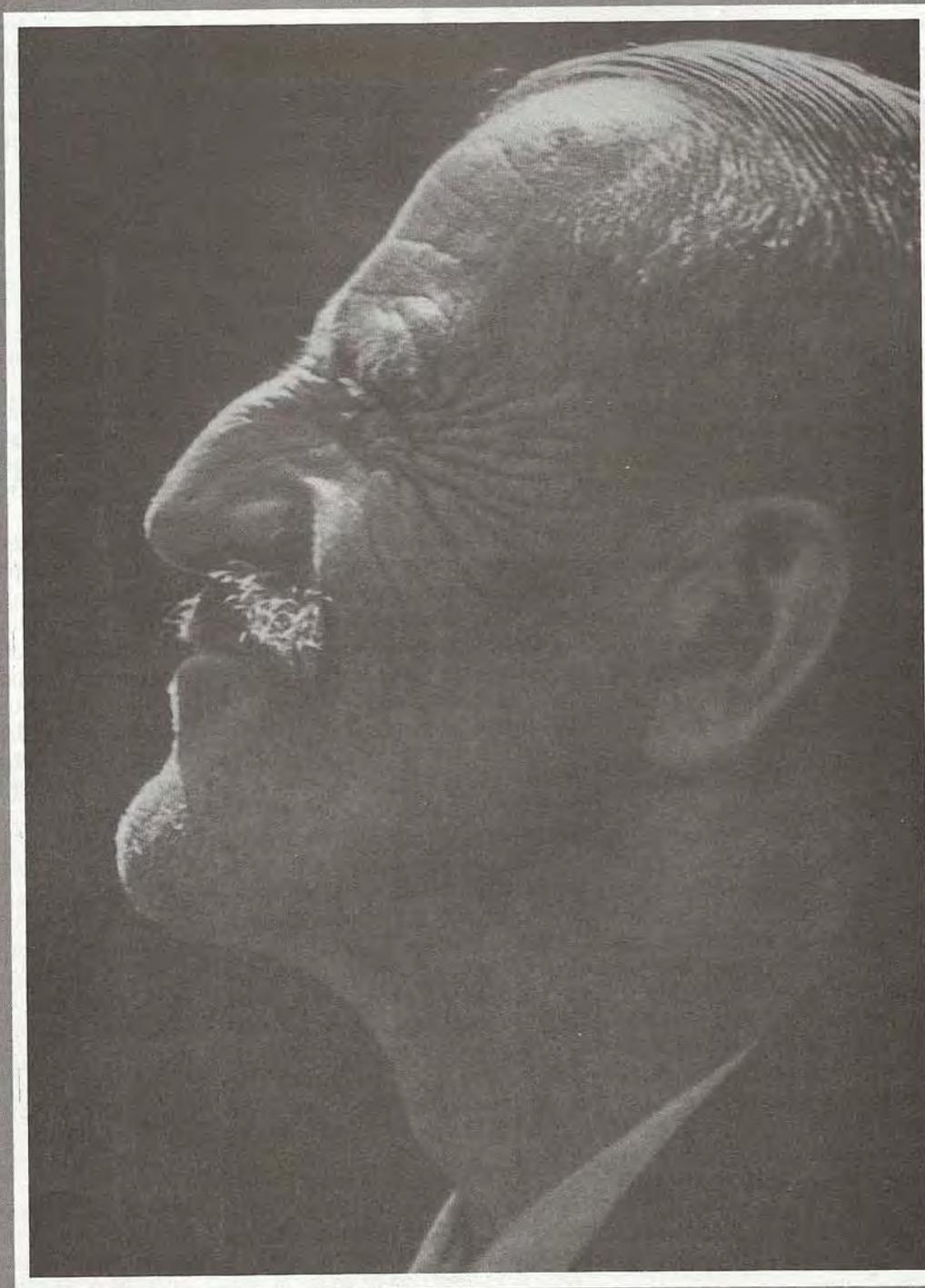
6. Lifac, S., "Cuerpo en la vejez ¿Eros o Tanatos?". Mimeo.

7. Salvarezza, L. Psicogeriatría. teoría y clínica. Editorial Paidós, Buenos Aires. 1988.

ACERCA DE PSICOTICOS QUE HAN ENVEJECIDO

P. Noël

*Médico psiquiatra. Psychiatre des Hôpitaux.
7, rue de la Cerisaie, 75004, Paris. Francia*



Me han pedido que escriba sobre las psicosis envejecidas. En lugar de hacer un trabajo de reflexión basado únicamente en los datos disponibles de la literatura psiquiátrica, me pareció más pertinente rever un cierto número de observaciones personales. El hecho de jubilarme este año me dio la oportunidad de hacer un trabajo longitudinal sobre pacientes psicóticos... que habían envejecido al mismo tiempo que yo. Como dice Zagury(23), "es quizás un honor para nosotros y seguramente nuestro destino: envejecemos junto con nuestros enfermos, duramos con ellos".

Criterios de inclusión

1. Hemos retenido las observaciones de aquéllos y aquéllas:

- que presentaban un delirio crónico o una esquizofrenia,
- que había atendido durante al menos 15 años,
- que habían alcanzado o superado en 1994 la edad de 60 años.

La suma de estos tres criterios resultó muy selectiva ya que 23 casos respondieron a esta triple definición.

¿Por qué 15 años de evolución y 60 de edad?

Sabemos, en efecto, que en el registro de las psicosis esquizofrénicas, muchos estudios longitudinales recientes, en particular norteamericanos -a los que Tignol(20) pasa revista- se conforman con 5 años de evolución, so pretexto que el proceso patológico estaría ya fijado, proceso que algunos consideran incluso como adquirido ya desde el segundo año de evolución.

Por el contrario, el estudio -ya clásico- de L. Ciompi y C. Muller (6), aunque data de 1977, observa pacientes esquizofrénicos (237 casos) que superaron los 65 años de edad y cuyo tiempo de evolución es de 36,9 años promedio. El mismo procedimiento para Manfred Bleuler (evolución de 24 años en promedio) y para Huber, Gross y Schuttler (evolución sobre 21 años). Nosotros situaremos nuestra investigación en relación con estos tres estudios.

Quince años de trabajo nos permitían quedarnos en los límites temporales del sector conside-

rado* y estudiar la vida de relación con estos pacientes tomando en cuenta un tiempo suficiente.

Los 60 años son un punto crucial, en el imaginario por supuesto, pero también en la realidad ya que en Francia para la mayoría de los ciudadanos es la edad legal para jubilarse. También a esta edad se comienza a cobrar la pensión mínima de vejez cuando el interesado trabajó poco o nada en el pasado. Para los pacientes de más edad, es la posibilidad de verificar si el proceso de senescencia interfiere o no con el potencial evolutivo de la psicosis.

2. Este estudio, un tanto retrospectivo, que parte de fines de 1994, elimina evidentemente numerosos casos:

- Los que al cambiar de domicilio o por otras razones partieron hacia otro terapeuta y otro equipo referente. Precisemos que este cambio no tiene nada de obligatorio: de 23 pacientes, 10 ya no viven en el sector pero a su pedido, siguen siendo atendidos por nuestro equipo.

- Los que están lo suficientemente bien curados (?) como para no tener que ser seguidos, los que también, más simplemente, no volvieron más y sigan probablemente con su tratamiento en otro sitio. Se trata de respetar la libertad del paciente y de su familia aceptando no saber qué fue de él.

- Los que fallecieron, ya mayores o más jóvenes, como consecuencia de una afección somática intercurrente. Pero pensamos también en los suicidios o en ciertos "accidentes", equivalentes al suicidio. Es claro que estos suicidios se produjeron cuando los pacientes eran jóvenes, mientras que el suicidio de psicóticos luego de los 60 años es poco frecuente. Después de esa edad, el suicidio tiene que ver con otras patologías. Aubry confirma esto(citado por Ciompi, 6).

- Los que se hallan en una institución no psiquiátrica -en especial un geriátrico- y cuyo estado

se ha estabilizado lo suficiente para no necesitar ya más de un seguimiento psiquiátrico.

3. Vemos así que se excluyen de este estudio tanto los casos de evolución más bien favorable: fin de la atención, estabilización en un geriátrico, como los casos calificados como desfavorables: decesos, suicidios. Podríamos plantear la imagen de una curva de Gauss: los dos extremos escapan a este trabajo y la población que observaremos constituye la parte media de dicha curva. Idea *a priori* que deberemos verificar, al tiempo que evitamos las generalizaciones. La muestra es demasiado reducida para permitir un usufructo estadístico.

Características sociológicas

Sintetizamos estas características en el cuadro siguiente:

1. *Sexo*: se cuentan 11 mujeres y 12 hombres.

2. *Edad*: la edad promedio es de 70 años para las mujeres, 64 para los hombres. Las cuatro personas que tienen más de 75 años son mujeres.

3. *Lugar de vida*:

- Sólo una paciente (la Sra. Vis...) se encuentra siempre internada en el servicio. Esta mujer de 82 años en la actualidad, de nivel intelectual mediocre, se halla internada sin interrupción desde 1960. Disociada, delirante, frecuentemente alucinada, agitada por períodos, ansiosa y depresiva, todos los intentos por ponerla en una institución geriátrica fracasaron en razón de la recrudescencia de los trastornos cuando se evocaba todo proyecto de este tipo, y frente a las reticencias de su hijo a verla cambiar de lugar, al encontrarse él mismo en la incapacidad material y psicológica de acoger a su madre en la casa.

- Todos los demás son seguidos en tratamiento ambulatorio, lo que está ligado a la política** de

* Recordemos que la psiquiatría pública en Francia está sectorizada. Un equipo pluridisciplinario tiene a su cargo la atención y prevención de un sector geodemográfico de alrededor de 70.000 habitantes. Yo era responsable desde 1970 del sector situado en el 11° *Arrondissement* de París.

** El dispositivo de atención de este sector comprendía en 1971, 140 camas (ocupadas) y un dispensario. Hoy en día, se compone de 41 plazas de internación de tiempo completo, un centro de crisis de 4 plazas, un centro de atención ambulatoria (dispensario/atención a domicilio/lugar de recepción de tiempo parcial),...

Tabla 1

Nombre	Sexo	Edad actual	Edad de inicio aparente de los trastornos	Actividad profesional hasta...	Ultima hospitalización	Entorno	Diagnóstico CIM 10
Ant...	F	69	35	1990	1975	C	F22.0
Atl...	M	61	25	1981	1973	B	F20.0
Aue...	M	63	29	1978	1981	E	F20.5
Dur...	M	66	32	1984	1968	C	F20.5
Fos...	M	60	30	1976	1976	A	F20.0
Ful...	F	60	29	1972	1994	P	F20.5
Gai...	F	70	31	...	1979	P	F20.5
Gau...	F	63	35	1972	1974	B	F20.0
Gav...	F	60	25	1960	1992	P	F20.0
Ger...	F	60	21	...	1989	P	F20.5
Klo...	M	70	23	1967	1993	E	F20.0
Lav...	F	86	48	1969	1975	P	F22.0
Lem...	F	70	23	...	1978	D	F20.5
Lig...	F	76	48	1991	1982	B	F22.0
Mey...	M	61	38	1972	1989	P	F22.0
Nar...	M	65	36	⇒	1972	D	F20.5
Pep...	F	76	37	1976	1994	A	F25.2
Plu...	M	62	34	1971	1993	A	F25.2
Pyr...	M	72	36	1972	1972	E	F20.5
Sai...	M	62	42	1992	1979	B	F22.0
Ver...	M	70	25	1969	1970	A	F20.5
Vis...	F	82	36	1950	...	H	F20.0
Yaf...	M	60	28	1982	1994	C	F20.1

A: Vive solo; B: Vive con familia próxima; C: Vive en familia; D: Vive con un/a amigo/a; E: Vive en pareja; P: Lugar de vida protegida; H: Hospitalizado

este sector en el transcurso de los años: limitar los tiempos de internación a lo estrictamente necesario y devolver a los pacientes a su medio habitual –incluso a un lugar de vida no hospitalaria– cada vez que las condiciones de recepción son suficientes y que se puede desarrollar una atención ambulatoria. Al tiempo que se intenta evitar el síndrome “de la puerta giratoria”, esto conduce a provocar internaciones –cortas– cuando sobreviene o se repite una descompensación.

– La distribución es la siguiente:

Seis viven en una estructura protegida: uno en un departamento alquilado por el sector (Sr. Mey...); tres se hallan en un geriátrico pero su patología psiquiátrica impone consultas regulares en el dispensario (Sra. Lav..., Sra. Ful..., Sra. Gai...); dos se encuen-

tran en familias receptoras (Sra. Gav..., Sra. Ger...).

Ocho conviven con alguien: tres con un miembro de su familia: hija (Sra. Ant...), hermana (Sr. Dur...), madre (Sr. Yaf...); dos con otra persona (Srta. Lem..., Sr. Nar...); tres viven en pareja (Sr. Aue..., Sr. Klo..., Sr. Pyr...). Otros ocho viven solos. Cuatro de ellos tienen sin embargo la familia cerca de ellos (menos de una hora en subterráneo): la madre (Sr. Sai...), un hermano (Sra. Gau..., Sr. Atl...), un hijo (Sra. Lig...); cuatro viven totalmente solos (Sr. Fos..., Srta. Pep..., Sr. Plu..., Sr. Ver...).

Algunos comentarios:

- Vivir en una estructura protegida no siempre suprime el riesgo de una descompensación psiquiátrica: la Sra. Ful..., en el geriátrico donde reside, se ha hecho de amigos hombres y frecuenta con ellos los bares de los alrededores, su alcoholización le provocó trastornos de comportamiento y subexcitación; fue necesaria una internación de algunas semanas, era la primera en 16 años. La Sra. Gav..., luego de una internación de más

de 20 años interrumpida sólo por cortos permisos para estar con sus hermanas, pudo encontrar progresivamente un nuevo equilibrio en una familia receptora pero la regresión asilar, la importancia de los trastornos del comportamiento (que la familia receptora calificaba como trastornos del carácter) requirieron varios retornos al hospital, por períodos muy cortos, a fin de aliviar a la familia y orientar mejor el acompañamiento terapéutico.

- La convivencia familiar parece una ayuda eficaz ya que los pacientes de este grupo son aquellos para los cuales no hubo internación en diez o veinte años. Hay una excepción sin embargo que prueba que siempre es posible una evolución imprevista: el Sr. Yaf... no había sido internado desde 1978. Desde hace algunos meses, está otra vez delirante, disociado, extraño; descompensación con rechazo hacia el tratamiento: vive cada vez de manera más fusional con su vieja madre, cada vez más demente. Hasta el momento sobreprotegido por una madre autoritaria, parece no haber podido soportar la inversión de la situación.

...7 plazas en familias (remuneradas a tal efecto), 7 plazas en departamentos protegidos. La cohorte de enfermos seguidos durante un año es de alrededor 750. El tiempo promedio de estancia hospitalaria es de 38 días.

• ¿La familia a cierta distancia procura cierto equilibrio? Parece ser así para tres pacientes que modulan muy bien los encuentros familiares en función de ciertos ritmos personales cuya dimensión obsesiva defensiva no está ausente. Pero para la Sra. Gau..., la intensidad de los fenómenos alucinatorios escapa a todo sosiego familiar.

• ¿Cómo se negocia la verdadera soledad? De manera muy variada...

El Sr. Ver... soltero, anciano tranquilo y malicioso, rompió desde hace largo tiempo con toda su familia por razones que tienen que ver en parte con su psicosis. Como vasco-francés, frecuenta la asociación de los vascos parisinos, va allí a hablar su lengua de origen y a jugar a las cartas. También pasa largo tiempo en las plazas y en invierno en las oficinas de correo... y me informa sobre sus observaciones. La Srta. Pep..., 76 años, devota, cuyos accesos de apariencia distímica obligan a internarla con frecuencia, se aburre en su casa, a pesar de su devoción y de las visitas regulares de las enfermeras. No se decide aún a aceptar entrar en un geriátrico. El Sr. Plu... tiene dos polos de interés: la televisión, donde sigue todas las competencias deportivas, y los compañeros del bar. Su mujer volvió a las Antillas y lo dejó solo en París, hace dos años. Lo mantiene con la expectativa de una "vida en común" más tarde, pero él no se ilusiona. Su ácido humor no alcanza a esconder su desarraigo y esto parece ser confirmado por ciertos accesos de excitación con alcoholización. El Sr. Fos... vivía con su madre -mi "cuidalocos" solía decir- quien murió en 1993. Algunos meses después fue encarcelado por tráfico de drogas. Acaba de salir de la cárcel y es muy difícil atenderlo, sobre todo por que no asumió bien mi jubilación.

• Notemos finalmente que entre los 18 pacientes que viven en departamento, 16 son locatarios y 2 propietarios. Todas estas viviendas son modestas pero disponen de un mínimo de confort. Sin embargo, dos de ellos tienen sólo un lavabo y kitchinette.

• Este grupo de pacientes aparece -en este registro de la vivienda- como muy diferente de la po-

blación más joven que frecuenta nuestro lugar de atención ambulatoria: en éste, encontramos un número importante de personas que viven en hoteles -a veces sordidos- o que cambian con frecuencia de domicilio o frecuentan centros de alojamiento, incluso casas ocupadas. Nuestro grupo parecería indicar una estabilización de los modos de vida con la edad pero ¿acaso no se trata también de los efectos de nuestro modo de inclusión? Las personas sin domicilio fijo o inestable son a menudo también las que cambian fácilmente de lugar de atención y que no entran cómodamente en una relación terapéutica de largo devenir, sobre todo si el perfil evolutivo de su patología favorece esta inestabilidad de comportamiento.

Características psicopatológicas

1. El cuadro comprende los diagnósticos establecidos según la C. I. E 10. Encontramos así 5 subgrupos:

5 casos F20.0 esquizofrenias paranoides

2 casos F20.1 esquizofrenias hebefrénicas

9 casos F20.5 esquizofrenias residuales

5 casos F22.0 trastornos delirantes persistentes

2 casos F25. 2 trastornos esquizoafectivos mixtos.

Digamos para comenzar que esta clasificación no nos satisface. Fija los casos de manera arbitraria, no tiene lo bastante en cuenta la variabilidad en el tiempo de la expresión psicopatológica. Incluso en el caso de esquizofrenias residuales que son *a priori* los menos variables en sus manifestaciones, esta etiqueta resulta reductora: a menudo persiste una actividad delirante mínima, la pobreza del lenguaje o de la comunicación así como los rendimientos sociales aparentemente mediocres, oscilan y se asocian tanto a las condiciones del entorno cuanto al bagaje cultural inicial. "Los trastornos delirantes persistentes" están anexados a la esquizofrenia, lo que choca con nuestras convicciones basadas sobre la psiquiatría clásica y la experiencia clínica. Los cinco casos tienen en común su fecha de aparición tardía, su modo evo-

lutivo, los elementos paranoides de la personalidad y la temática delirante, lo que les da una especificidad real, no esquizofrénica, aunque tal o cual episodio haya podido tomar pasajeramente una apariencia paranoide. En cuanto a los trastornos esquizoafectivos, ¿cómo integrar de forma válida en esta definición las variaciones distímicas de muchos psicóticos cuando lo esencial de su patología no reside allí? Se retuvieron dos casos en razón de la repetición de las amplitudes tímicas y de una coloración afectiva del comportamiento psicótico habitual. Agreguemos finalmente que el Sr. Atl... presenta una evolución parafrénica de su delirio paranoide y que la Srta. Gau... sufre de una psicosis alucinatoria crónica típica. Clasificarlos a ambos en 20.0 es reductor.

Nuestras reticencias respecto de la C. I. E 10 -compartidas por muchos psiquiatras franceses- no nos hacen más indulgentes para con el DSM, ya sea el III R o IV. Evitamos deliberadamente el utilizarlos. Nos parece esterilizante recurrir a un procedimiento centrado en la observación del comportamiento, sin referencias teóricas.

2. Tratemos de encontrar algunas modalidades evolutivas:

- Las estabilizaciones "empobrecidas"

- Los términos de síntomas negativos, de déficit, de pobreza inducen a menudo una pasividad terapéutica; tienen que ver de manera insidiosa con la "creencia" en lesiones orgánicas subyacentes. Estamos de acuerdo con el análisis de Petitjean y col.(16) para quien "el clínico debe dedicarse a aprehender (detrás de los signos en negativo) lo que, en el paciente, queda vivo, vivaz... la distancia entre el sujeto esquizofrénico y el proceso esquizofrénico".

El Sr. Pyr... presa de un viejo automatismo mental y siempre activo vive junto a su esposa una sociabilidad restringida y repetitiva, a menudo silenciosa; desde que dos bisnietos van a la casa, el Sr. Pyr... está más animado, habla y juega con ellos, toma iniciativas, organiza meriendas y salidas. Este ejemplo, entre otros, muestra la prudencia con la que se le puede acordar un carácter predictivo



desfavorable a los síntomas llamados negativos; por otro lado es la conclusión de Fenton y Mac Glas- ham(citado por Tignol, 20). También se podría tomar la opinión de Carpenter y Strauss(3) cuando demuestran la precocidad de aparición de este tipo de síntomas. Pero también podemos tomar a C. Massat y col.(14) cuando intentan identificar el sentido del déficit y sitúan a éste sobre todo en "la pérdida de la familiaridad basal con el mundo": esto equivale a decir que el trabajo terapéutico es indisociable de la asistencia social, pues algunos querrían considerar que los síntomas positivos le competen al psiquiatra, y los negativos, al campo social. Ya existe la derivación de que el esquizofrénico estabilizado no sea más que un disminuido y sea enviado a la gestión social de éste. "Ya no se trata de la muerte afectiva del asilo, sino de una estrategia... de reclusión social"(Trémine, 21).

- *Las pseudoneurotizaciones*
 - Hemos encontrado cantidad de ejemplos de una evolución que comprende manifestaciones de tipo histérico o fóbico pero en sujetos más jóvenes que los del presente estudio. Por el contrario, hemos encontrado aquí comportamientos defensivos muy organizados de modo obsesivo. Así, el Sr. Dur..., aunque no trabaja desde hace largo tiempo, siempre se levanta temprano y a la misma hora, sale según itinerarios inamovibles, comparte con su hermana las actividades domésticas según atribuciones que son siempre las mismas. Reemplazó las actividades profesionales por actividades culturales, quiso aprender inglés y seguir un curso de enseñanza general, "está muy bien, es como en el colegio, tengo un maletín bien ordenado y cuadernos prolijos". Participaba también en circuitos turísticos alrededor de París, pero siempre en el mismo lugar del autobús "detrás del con-

ductor". También ritualiza la escrupulosa observancia del tratamiento medicamentoso. En este gran delirante paranoide, el sosiego del delirio y de la angustia psicótic,- quizás también una relación terapéutica muy personalizada durante 23 años- terminaron por dar tardíamente un modo de vida obsesivo, modo de "represión defensiva"(15). También son frecuentes las defensas de apariencia paranoica: actitudes rígidas, reivindicadoras, tendencia a la megalomanía, temática delirante que deviene de prevalencia persecutoria, pero que están siempre asociadas a síntomas de discordancia. Para nosotros, los Sres. Klo... y Fos... parecen ilustrar este tipo de evolución.

- *Las oscilaciones evolutivas tardías*

- Conocemos el cuadro de Ciompi y Muller(6), que esquematiza 8 tipos de evolución de la esquizofrenia. La fase calificada como terminal aparece allí de for-

ma sostenida o progresivamente decreciente. ¿Es acaso porque este estudio data de 1977? ¿Es acaso el efecto de las modalidades terapéuticas actuales (neurolépticos + seguimiento pluridisciplinario)? Nos parece que la edad no protege de las descompensaciones (no más que la vida en lugares protegidos como vimos anteriormente). Los casos de dimensión distímica poseen sin duda un potencial evolutivo particular (Srta. Pep..., Sr. Plu...) pero el Sr. Yaf... presenta a los 60 años accesos con "síntomas positivos" exacerbados que cortan la estabilización observada de 1978 a 1992.

3. ¿Tiene la senescencia un papel tranquilizador?

El promedio de edad de nuestros pacientes no es lo suficientemente elevado como para sacar conclusiones generales. Además, vimos al evocar los casos de la Srta. Pep..., del Sr. Plu..., del Sr. Yaf..., que las descompensaciones tardías de la patología siempre

son posibles. Es así como entendemos la frase de Ciompi(6) "la esquizofrenia es también un problema en la vejez". A la inversa, el sosiego llegaría "a costa de retraimiento, negativismo, abulia, estereotipias", lo que no corresponde a los casos expuestos aquí; pero comprobamos sin embargo que hay cierto aplanamiento de los síntomas y modos de vida menos conflictivos. Todo lo cual nos permitiría decir que -así como en la población general- la tercera edad sería hoy en día para los psicóticos más parecida a la imagen de la madurez que de la vejez.

Por otro lado, ¿la esquizofrenia favorecería una evolución demencial de tipo Alzheimer? Ciompi(6) abre el interrogante y lo deja sin respuesta. Carpenter y Strauss(3) parecen dudarlo y más recientemente, Powchik y col.(18), a partir de un marcador biológico, concluyen su estudio diciendo que "los esquizofrénicos corren poco riesgo de desarrollar un día un Alzheimer".

4. Las internaciones

El cuadro da algunas fechas clave y amerita breves comentarios:

- la paciente está internada sin solución de continuidad "desde hace más de 30 años, con oscilaciones sintomáticas importantes, como ya hemos visto. Por ende, no entra en la descripción de las evoluciones esquizofrénicas catastróficas de Manfred Bleuler(citado por Ciompi, 6), incluso si la intensidad de los trastornos obliga a mantenerla en el hospital.

- 11 pacientes no han estado internados desde hace 15 años, esto es la mitad de los casos.

- si nos basamos en la ausencia de internación desde hace 5 años, esto concierne entonces a 15 pacientes, es decir los 2/3. Ciompi consideraba en 1977 que "los principales períodos de internación de los esquizofrénicos tienen lugar durante la segunda mitad de la vida". En la actualidad ya no es así, y las nuevas modalidades de atención son en parte responsables de ello.



- las internaciones recientes tocan a 7 pacientes de los 22 y su desencadenamiento parece ser independiente de la edad (Cf. más arriba). Son más bien los factores sociológicos y psicopatológicos los que las explican. Repitamos aquí que en todos los casos estas internaciones duran como máximo algunas semanas.

- las viejas internaciones, en los años 60, tocan a 13 pacientes. Estas duraron varios meses o a menudo varios años. Para muchos, estas internaciones se acompañaron de sismoterapia y de cura de Sakel. Todos evocan el encierro prolongado, la inacción, la promiscuidad de los grandes dormitorios, el aislamiento afectivo.

5. El pasado profesional

- Los pacientes objeto de este estudio pertenecen a una generación para la que el empleo de tiempo completo, la tolerancia del medio profesional, la existencia de "pequeños trabajos" o empleos más o menos protegidos daban posibilidades de actividad profesional que han desaparecido en el contexto de los recortes económicos y de la desocupación. Ciertos pacientes han podido ejercer un empleo asalariado hasta la edad legal de la jubilación (las Sras. Ant..., Lavill..., Lig..., el Sr. Sal...) pero -y no es por azar- se trata de delirios crónicos sin disociación. No obstante, los Sres. Atl..., Dur..., Yaf... han podido tener un empleo hasta ser removidos más por razones concernientes al nuevo contexto socio-económico que por cuestiones ligadas a sus patologías. El Sr. Nar... continúa a los 65 años, distribuyendo calendarios y bonos de contribución para una asociación de discapacitados en giras provinciales que realiza con uno de sus hermanos.

6. El modo de inicio

- Su exploración plantea un problema catamnésico difícil: recuerdos poco fiables, incluso en el entorno, reticencias con algunas alusiones dolorosas, reconstrucción de la saga familiar, documentos hospitalarios viejos, a menudo limitados a los certificados legales.

- Los inicios ruidosos aparentes, marcados por ejemplo por la

primera internación, se ven a menudo precedidos por situaciones conflictivas: familias patológicas (la Sra. Ful..., el Sr. Yaf...), madre abusiva (Sr. Dur...) y fracasos escolares. Notemos aquí que el conjunto de este grupo de psicóticos no superó el nivel del certificado de estudios, pero allí también, parece tratarse más de un problema generacional y de condiciones socio-educativas que de la influencia de la patología.

- La edad aparente de entrada en el proceso patológico también se indica en el cuadro. Vemos que muchos procesos disociativos comenzaron entre los 20 y 30 años, lo que corresponde a la literatura y a la experiencia clínica. La adolescencia o la post-adolescencia es un punto clave clásico.

- Dos casos de comienzo post-puerperal (la Sra. Ant..., la Sra. Gau...) sobrevinieron en ocasión de embarazos tardíos y en un contexto afectivo difícil (retiro o desaparición del genitor).

- En cuanto a los delirios crónicos, aparecieron luego de los 40 años, lo que también constituye una noción clásica.

Modalidades de atención

La atención a largo plazo concierne, evidentemente, al conjunto del equipo pluridisciplinario, pero su modulación no es unívoca, sobre todo en un lugar de atención ambulatoria donde, por definición, los encuentros con el paciente constituyen secuencias limitadas en el tiempo, fuera de los cuales, contrariamente a lo que ocurre en el hospital, el paciente está "libre".

1. Los enfermeros.

Se acostumbra decir que su función principal es tener un papel de acompañamiento. Es un procedimiento complejo, que asocia una ayuda -pero sin "hacer por el otro"-, una escucha -pero sin jugar al psicoanalista-, una presencia -pero sin ser juez o controlador-. Testigo disponible, recurso en caso de desconcierto o iniciativas inadaptadas, mediador en ciertos conflictos, todo esto requiere experiencia y también una formación a través de seminarios especializados, así como también

un estudio colectivo de casos. "Una psiquiatría fundada en la relación psíquica integra completamente al enfermero en el equipo de asistencia y rehabilita su función" (Angelergues, 1). Convengamos que el acceso a una relación terapéutica requiere a la vez una empatía para con el psicótico, la aceptación de trabajar en equipo, una preocupación por la evaluación y la formación personales.

Con respecto al grupo de psicóticos estudiados aquí, la atención de los enfermeros fue a menudo más importante en los primeros años luego de la salida del hospital; los pacientes que parecen haber alcanzado cierto equilibrio ya no necesitan la intervención de un enfermero.

Los gestos y las palabras de bienvenida en oportunidad de una cita por ejemplo con el médico o el asistente social, expresan una presencia en reserva, marcan un papel contrastante a menudo suficiente y perfectamente entendido por el paciente. Pero también hay que saber responder a las demandas implícitas o "sentir" los momentos de riesgo, permitirse entonces ir al domicilio (luego de haber llamado por teléfono), discutir una eventual intervención médica, repetir los encuentros a domicilio o en el centro de atención. La Srta. Pep... y el Sr. Klo... son dos ejemplos recientes.

En otros casos, menos frecuentes, el encuentro a domicilio se programa durante el año, en razón de una autonomía limitada (Sra. Lem...) o en el marco de ubicaciones familiares: la enfermera tiene a su cargo, finalmente, tanto a la familia receptora como a la paciente, y busca un buen ajuste entre los miembros de la familia -¿cuál es su papel?- y la paciente psicótica -¿cómo se adapta?- (Sra. Gav..., Srta. Ger...).

El enfermero interviene también en el marco de grupos estructurados alrededor de una actividad lúdica o de expresión. Actividades en las que participan también psicólogos. Hecho notable, ningún miembro del grupo que vemos aquí participa ya en una de estas actividades, ya sea porque no está en condiciones de hacerlo (Sr. Yaf...) ya porque sus centros de interés han cambiado.

2. Los asistentes sociales

Intervienen, entre otras cosas, en la resolución de problemas materiales y administrativos esenciales (pensiones, asignaciones, contiendas diversas, asuntos judiciales, y aquí en particular, expedientes de jubilación), en estrecha relación con sus colegas de otros organismos (municipalidad, obras sociales). Ejercen asimismo un seguimiento personalizado de largo plazo con valor de sostén terapéutico, y conjugan consejos, incitaciones, esperas de un momento más receptivo, reconstitución de una historia a partir de una situación de realidad, evocación por asociaciones de hechos análogos viejos, develamiento de conflictos. Aquí también, la personalización vincular plantea la cuestión de los límites, de llamar eventualmente al terapeuta referente, de la coordinación de las acciones de atención. Por otro lado, nos asombra que administrativamente, los asistentes sociales ya no formen parte del personal de atención.

Ilustramos esta actividad con el caso de la Srta. Lem... Dicha paciente vive con una persona que no forma parte del grupo (en efecto, no se trata de una psicótica, presenta una debilidad media y ha pasado, en la misma unidad hospitalaria que la Srta. Lem..., 30 años de vida de encierro como consecuencia de trastornos de la conducta, en particular sexual). Luego de un largo período de preparación al final de los años de internación, la asistente social debió ocuparse de sus recursos, de los arreglos de la tutela de los bienes, de las relaciones con los vecinos, de la organización de las vacaciones y más recientemente de los papeles de la jubilación, de las comidas en un hogar para personas mayores. Trabajo de continuidad, preventivo de reacciones ansiosas o autísticas, de situaciones bloqueadas, trabajo estructurador a partir de la realidad material de las situaciones. Este trabajo se siguió en estrecha relación con las enfermeras que se encargan más bien de las contingencias de higiene, alimentación, presupuesto, desplazamiento (ir solas en autobús hasta el centro de atención). Todo esto dura desde hace 16 años. Muchos en 1978, "no creían que fuera posible".

Los asistentes sociales constituyen también un mediador para con las familias de los pacientes: conflictos y no sólo de orden material, podríamos evocar a los Sres. Atl..., Klo..., Yaf... y también para con las familias receptoras desde su reclutamiento, examen de sus motivaciones, malas adaptaciones, celo excesivo...

3. Los psicólogos

Mencionamos aquí el rol de los psicólogos sin desarrollarlo. En efecto, ninguno de los pacientes de este grupo es seguido por un psicólogo. Estos ejercen, sin embargo, una función psicoterapéutica esencial para muchos pacientes, inclusive psicóticos; pero se trata de pacientes de menor edad y más cercanos a entrar en el proceso psicológico.

4. El psiquiatra referente

Su rol implica un procedimiento de varios ejes: implicación personal en la relación con el paciente, coordinación con los otros intervinientes del equipo o exteriores al equipo (el médico clínico por ejemplo), rol institucional para que el colectivo constitutivo de la institución –lugar, personal, organización– se dedique constantemente a la atención. Como dicen R. Diatkine y F. Quartier-Frings "la distinción entre psiquiatra institucional y psicoterapeuta ya no tiene razón de ser"(7). Insistamos sobre la implicación del psiquiatra, referente de psicóticos, en una perspectiva que, a la inversa del psiquiatra liberal, no puede limitarse a un rol psicoterapéutico, o inclusive puramente analítico. Nos limitaremos a algunas reflexiones sobre la relación con el psicótico, pues los otros aspectos ya han sido abordados a lo largo de este trabajo.

• Como base, es necesaria la empatía, respecto de la persona del psicótico pero también de su mundo interior. Cuando la relación abarca años, se corre el riesgo de que se instale una complicidad, pues los "intercambios" desbordan de manera enojosa sobre la vida personal del psiquiatra; vale más "funcionar" como garante narcisista del paciente(2), base de la buena alianza con el terapeuta. Frank y Gunderson consideran(10) que es el factor más im-

portante en los resultados a dos años... agregaremos: con más razón, a quince años.

• También diremos que las ritualizaciones, las repeticiones, los tiempos de entrevista fija, las asociaciones de tipo hermético, las identificaciones inesperadas, son algunos ejemplos de los albures de esta relación e imponen la vigilancia –bondadosa–, la reflexión –distancia– e incluso el control –en otra parte–.

• El ritmo de las entrevistas siempre fue un motivo de preocupación para nosotros. Evitar el marchitamiento o la costumbre, sobre todo cuando la entrevista coincide con la visita para una inyección medicamentosa de producto retardado. Explicar el por qué de nuestro desacuerdo para con esta "comodidad", es una oportunidad, entre otras, de ser "el embajador de la realidad"(Racamier). Tiempo de entrevista de geometría variable en función de las obligaciones del terapeuta (las urgencias, otra realidad que puede ser dicha) y de "lo que viene" en la entrevista, sin olvidar lo que se dice después del apretón de manos de la separación. Símbolo de la continuidad de la disponibilidad y de la discontinuidad de los tiempos de escucha, esta "escansión del acompañamiento"(Chazaud) reproduce el juego de la presencia/ausencia, de los tiempos de movilización y de ruptura de las inversiones libidinosas (Chaigneau, 5). Es así como podemos esperar construir con el sujeto su historia. Y allí tenemos una frase sobre la cual se medita con frecuencia: "el regreso de otra continuidad psíquica distinta a la de la repetición y el delirio, se manifiesta por la emergencia de una posibilidad de reencontrar en el pasado experiencias susceptibles de dar sentido a lo que ocurre actualmente" (7).

Digamos finalmente con prudencia que nos encontramos en la transferencia psicótica que, por el lado de la intervención, postula una resonancia íntima, "un espacio interior"(16).

• Las familias

– Las evocamos brevemente a propósito del rol de los asistentes sociales. ¿Cuál es su rol frente al psiquiatra referente? Pensamos en

particular en ciertas familias que intervienen mucho y que so pretexto de pedir información, parasitan la relación establecida con el paciente, en la ansiedad de la sustitución afectiva y de una reactivación de recuerdos y de conflictos, con el reproche subyacente de hacer su proceso. Escuchar a las familias es inevitable, necesario y a menudo explicativo. Pero una regla parece imponerse: encuentro en presencia del paciente o bien escucha de otro interviniente –con el paciente avisado–: psicólogo, asistente social, colega psiquiatra. La familia debe saber que los intervinientes intercambian ideas y reflexionan entre ellos.

Pero en cuanto al grupo de psicóticos de edad avanzada, a menudo el problema es diferente. Ya no es el padre o la madre, es un miembro de la fratria o el cónyuge que interpela al psiquiatra del

paciente. El tiempo de la evolución, el pasado común, la menor acuidad de los trastornos, una distancia mejor entre los miembros de la familia, todo ello parece sosegar las angustias y los interrogantes. Las familias se vuelven discretas –un llamado telefónico de vez en cuando para marcar la presencia o como un signo de complicidad– (Sra. Gau..., Sr. Atl..., Sr. Nar...). Cuando es un niño el que se manifiesta, encontramos más un lenguaje de angustia, incluso de reivindicación con casi siempre la pregunta eventual sobre la herencia (Sras. Ful..., Gai., Lav..., Sr. Fos...).

5. Los tratamientos medicamentosos

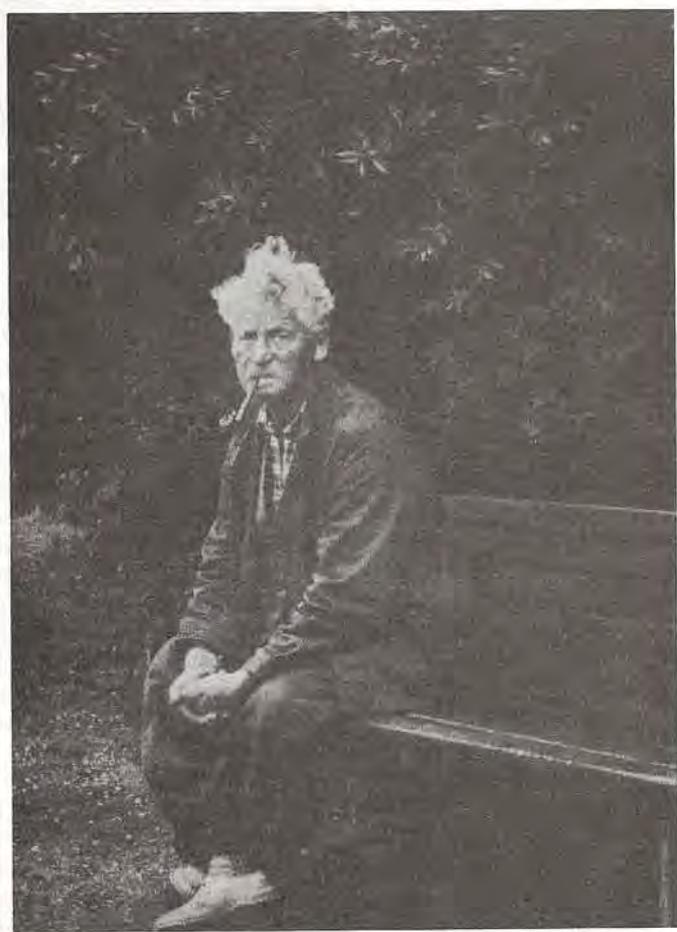
Seremos relativamente breves; la literatura al respecto es abundante y no pretendemos en absoluto ser originales en la materia.

Salvo en un caso (Sra. Lav...),

los psicóticos de larga data de este estudio siguen un tratamiento neuroléptico.

– El tratamiento de la paciente internada (Sra. Vis...) es relativamente importante a pesar de sus 82 años. Cada tentativa de reducción de la posología terminó con una recaída. Inclusive debió implementarse recientemente un tratamiento neuroléptico con medicamentos de depósito.

– Entre los otros pacientes que frecuentan el centro de atención ambulatoria, ocho de ellos –es decir 1/3– reciben un tratamiento de depósito inyectable, incluida una paciente que vive en una familia receptora. Para algunos, este tratamiento lleva ya más de quince años, pero siempre de acuerdo con los interesados que invocan la buena tolerancia, la comodidad, la oportunidad de encontrarse con el equipo de enfermeros. Agregaremos cierta pasividad





frente a un tratamiento donde su participación es reducida, y también los beneficios eróticos del modo de administración. Las dosis utilizadas son moderadas y más pequeñas, en un mismo paciente, que anteriormente: para la Sra. Ant... 50 mg de Flufenazina, para el Sr. Yaf... 75 mg de Decanoato de Haloperidol.

– Para otros, el tratamiento de depósito fue interrumpido hace varios años, ya sea a pedido del interesado (regreso a un tratamiento *per os*), ya por sugerencia del terapeuta (menor tolerancia, interferencia con la relación terapéutica), ya por una razón somática intercurrente: tratamiento anticoagulante por embolia pulmonar repetida (Sr. Fos...) o luego de un infarto de miocardio (Sr. Atl...). Por el contrario, recientemente fue necesario restablecer un tratamiento de depósito en razón de la mala observancia del

tratamiento de depósito en dos casos: Sra. Gau..., Sr. Yaf...

– Los tratamientos *per os* se prescriben en dosis decrecientes en función de la edad y de la duración de la estabilización. Ciertos pacientes cambian las dosis con nuestro acuerdo adaptándolas a la intensidad de los fenómenos alucinatorios o a la presencia o no de un sentimiento de extrañeza del ambiente (Sr. Plu.). La pequeñez de ciertas posologías abre el interrogante sobre la persistencia de un efecto farmacológico o de un efecto placebo: 2 mg de Haloperidol (Sra. Lig...), 50 mg de Tiodirazina (Sr. Ver...), 50 mg de Ciamemazina (Sr. Aue...).

– El tratamiento neuroléptico fue detenido totalmente hace dos años para la Sra. Lav... (86 años). Vive en un geriátrico, los médicos clínicos le hacen tomar “un puñado de comprimidos” para su corazón, reumatismo, dolores. En

años anteriores, tomaba cada día 5 gotas de Pipotiazina: con o sin tratamiento, las interpretaciones delirantes siguen presentes... y parecen contribuir a mantener una buena eficiencia intelectual. Como muchos otros, pensamos que es útil respetar una actividad delirante mínima. En el caso de la Sra. Lav..., delirante no disociada, compartimos la opinión de Thapa y col.(19): “la abstinencia tiene muchas más chances de ser exitosa en sujetos que sólo reciben dosis pequeñas o moderadas de antipsicóticos, no asociados a otras sustancias psicotrópicas”.

– Dos pacientes ilustran el posible apego fetichista a los medicamentos prescritos. Podemos una vez más evocar aquí las defensas obsesivas: exigencia de renovación de la receta idéntica, resistencia angustiosa a toda sugerencia de disminuir las dosis. La observancia del tratamiento por par-

te de la Sra. Ant... y del Sr. Dur... está más allá de toda sospecha.

— Globalmente, podemos considerar que somos prudentes y pragmáticos, sin convicciones dogmáticas, "creemos" en los efectos de los neurolépticos y por lo tanto, somos muy circunspectos respecto de un eventual abandono del tratamiento. Pero también pensamos que, en estos pacientes "libres" el cumplimiento no se puede disociar de la calidad de la relación establecida entre el prescriptor y el paciente. Repetimos que lo esencial se halla en esta alianza.

Conclusiones

Quisimos estudiar un grupo de 23 pacientes psicóticos a lo largo de 15 años de acompañamiento, hasta y más allá de los 60 años. Muchos otros realizaron un procedimiento análogo y con frecuencia, con series más importan-

tes, pero nuestro objetivo era más específicamente la vivencia de estos pacientes y su relación con los diferentes profesionales intervinientes. Queríamos comprobar si una estructura abierta como nuestro centro de atención ambulatoria contribuía a una mejor autonomía; no nos atrevemos a decir mejor resocialización.

Parece que nos encontramos en la misma perspectiva que Ciompi,(6) largamente citado y también de Henri Ey(8, 9) que trazaba de alguna manera, puntos sobre una recta, con 6% de salidas (pacientes esquizofrénicos) antes de la guerra, 30% entre 1946 y 1954, 67% entre 1955 y 1968. Crecimiento lineal cuya prolongación ilustramos quizá en 1994, como la mayor parte de los sectores actuales.

No obstante, conocemos las trampas de este trabajo extramuros y las vimos al pasar. Recordémoslas: las nuevas cronicidades(21), el riesgo de dispersión en

lugar de la continuidad de la disponibilidad(5), la ambigüedad del rol de las familias(17), los límites de nuestras visiones ortopédicas y reparadoras(13), el significante deletéreo de la deficiencia(23).

Es allí donde debemos hablar de vigilancia y modestia. Para terminar, un último comentario: algunos nos reprocharán quizás el haber hecho esta larga investigación en lugar de tomar un atajo. El atajo hubiera sido evaluar la calidad de vida de estos 23 pacientes en 1994 y nos habrían sugerido tal vez tal o tal escala. Esta noción de calidad de vida es el más reciente de los avatares de la evaluación. Nosotros rechazamos este artificio: no podíamos tomarnos la atribución de calcar "los criterios de calidad de existencia (de estos psicóticos) sobre... los criterios de la calidad de vida media de los terapeutas"(Chabannes, 4). Después del cociente intelectual, ¿deberemos pasar por el cociente de la calidad de vida? ■

Notas Bibliográficas

1. Angelergues, R., Post-face in Diatkine, R., Quartier-Frings, F., y Andréoli, A., *Psychose et changement*, Paris, PUF, Le fil rouge, 1991.
2. Azoulay, J., Le patient et son histoire, ses constructions successives dans le traitement des états psychotiques. *L'Information Psychiatrique* 66, 2, 1990, pág. 117-131.
3. Carpenter, W. T., Strauss J. S., The prediction of outcome in schizophrenia: eleven years follow-up of the Washington IPSS cohort. *J. Nerv. Ment. Dis.* 179, 1991, pág. 517-525.
4. Chabannes, J. P., Rossi, F., Ghipponi, M. P., Qualité de vie et prise en charge des psychotiques au long cours. *L'Information Psychiatrique* 68, supplément N° 5, 1992, pág. XXIV-XXV.
5. Chaigneau, H., Karavokyros, D., Bailion, G., Remémoration d'une équipe à propos d'une vingtaine de psychotiques, in *Traitement au long cours des états psychotiques* (sous la direction de C. Chilland et P. Béquart). Toulouse, Privat, 1974.
6. Ciompi, L., Muller, C., L'évolution des schizophrénies. *L'évolution psych.* XLII, 4, 1977, pág. 1219-1243.
7. Diatkine, R., Quartier-Frings, F., Andréoli, A., *Psychose et changement*, Paris, PUF Le fil rouge, 1991.
8. Ey, H., Les problèmes cliniques des schizophrénies. *L'évolution psych.* XXIII, 2, 1958, pág. 149-211.
9. Ey, H., *Traité des hallucinations*. Paris, Masson, 1973, pág. 1346.
10. Frank, A. F., Gunderson, J. G., The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Arch. Gén. Psych.*, 47, 1990, pág. 228-236.
11. Garrone, G., Réflexions sur le pronostic de la schizophrénie, in *Psychose et changement*, op. cité.
12. Horassius, M., Horassius-Jarrié N., Réflexions à partir de trois destins psychotiques, *L'Inform. Psych.* 66, 9, 1990, p'ág. 857-860.
13. Kapsambelis, V., Delignières, A. et col., Le coût de la désinstitutionnalisation. *L'Infor. Psych.* 71, Avril 1995, sous presse.
14. Massat, C., Naudin, J., Samuelian, J. C., Le sens du déficit. *L'Inform. Psych.* 63, 3, 1987, pág. 391-397.
15. Matherat C., Bensaid, S., Audisio, M., Tiresias ou du morcellement schizophrénique à une réunification pseudo-névrotique. *L'Inform Psych.* 63, 3, 1987, pág. 399-406.
16. Petitjean F., Tabeze, J. P., Dubret, G., Clinique des psychoses schizophréniques traités au long cours. *L'Inform. Psych.* 63, 3, 1987, pág. 379-389.
17. Porot, M., Coudau, A., Aubin, B., Aspects évolutifs actuels des schizophrènes en Evolution de la schizophrénie, *Confront. Psych.* N° 2, 1968, éd, Spécia Paris.
18. Powchick, P., Davidson, M., Nemeroff, C. B. et coll. Les schizophrènes âgés à l'abri de l'Alzheimer? (Am. J. Psych. 1994) in *Alzheimer Actualités* N° 93, Novembre 1994, pág. 4.
19. Thapa, P. B., Meador, K. G., Gideon, P. et soll., Conséquences de l'arrêt progressif des antipsychotiques chez les personnes âgées institutionnalisés. (J. of amer. geriat. soc., 1994) in *Alzheimer actualités* N° 89, Juin 1994, pág. 11.
20. Tignol, J., Casenave, M., Auriacombe, M., Evolution et pronostic des schizophrénies, E. D. Techniques. *Enc. Méd. Chir. Psychiatrie* 37290A30, 1993.
21. Tremine, T., Chronicités nouvelles: les usagés. *L'Infor. Psych.* 57, 10, 1981, pág. 1113-1126
22. Tremine, T., La clinique, une réalité mouvante et évolutive, in *La folie raisonnée* sous la direction de M. Cado-ret, Pris, PUF Nouvelle Encyclopédie Diderot, 1989.
23. Zagury, D., Une nouvelle clinique de secteur? in *La folie raisonnée*, op. cité.

EL TERAPEUTA DE VIEJOS EN EL IMAGINARIO SOCIAL

*Médico psiquiatra. Especialista en Psicogeriatría. Psicoanalista.
Prof. Tit. Cátedra Tercera edad y vejez. Fac. Psicol. UBA.
Posadas 1120, 25° "A". (1011) Buenos Aires.*

Leopoldo Salvarezza



El contenido de este trabajo responde a una serie de reflexiones que me surgieron al repensar un trabajo que presenté ante una invitación de la Sociedad Argentina de Grupos en septiembre de 1993 cuyo tema era *El rol del terapeuta de viejos en el imaginario social*. Cuando luego de aceptar la invitación me dispuse a elaborar su contenido tropecé de entrada con un inconveniente: la ambigüedad del título. En primer lugar, cuando hablamos de *terapeuta* ¿a quién nos referimos? Para este caso ¿es lo mismo ser médico que psicólogo? ¿o la distinción tiene que pasar entre los que trabajan sobre el cuerpo y los que lo hacen sobre la mente? Proveniendo de la invitación de una Sociedad que se dedica fundamentalmente al trabajo en psicoterapia podría no haber dudas sobre a quién se refiere, pero aún así quedan pendientes otras preguntas: ¿es posible trabajar sobre el cuerpo sin influir sobre la mente? o la inversa ¿es posible trabajar sobre la mente sin que esto incida sobre el cuerpo? Aunque en la respuesta teórica a estos interrogantes parecería que no cabrían dudas y que en ambos casos sería *no*, mucho me temo que en la práctica las cosas funcionen de otra manera y que muchos profesionales no tengan en cuenta, o desconsideren, la interrelación entre estas áreas de la conducta humana. También es cierto, y no hay que perderlo de vista, el hecho que existen notorias diferencias en la formación profesional de médicos y psicólogos, y en especial en lo referido a la relación mente-cuerpo lo cual provee perspectivas distintas para situarse frente a un hipotético paciente. Todo esto parecería que no tiene nada que ver con el tema a tratar, si no fuera que, precisamente el tema es la vejez y que ésta agrega una nueva dimensión a la relación terapeuta-paciente. Trataré de desarrollar este punto más adelante.

En segundo lugar aparece la dificultad para definir el concepto de *imaginario social* dando por sentado que se pretende que sea hecha desde una teoría psicológica. Pero aquí tropezamos con una dificultad adicional y es que no todos los que trabajamos en el campo *psi* compartimos los mis-

mos esquemas referenciales y, por lo tanto, no sé si es posible que lleguemos a ponernos de acuerdo en una definición. Además no podemos perder de vista que la sociología también tiene algo que decir al respecto desde su concepción de *representación social*. Y aquí viene la pregunta obligada: estas dos disciplinas ¿están hablando de lo mismo con distinto nombre o son realmente cosas distintas? Aunque la discusión epistemológica sobre este punto puede ser fascinante queda reservada para los expertos respectivos dentro de los cuales no me incluyo. Yo solamente voy a tratar de hacer algunas reflexiones para explicitar ciertas premisas mínimas que me parecen importantes para darle sentido al título de este trabajo.

Creo que tenemos que considerar al imaginario social como una construcción colectiva, más o menos arraigada en vastos sectores sociales pero no en todos, y que se estructura a partir de situaciones subjetivas basadas en expectativas, deseos y/o temores individuales que no siempre han sido procesados correctamente desde un punto de vista conciente. Esto hace que muchas veces adquiera un carácter irracional con bastantes puntos de contacto con los delirios, entre los que sobresale lo que Freud llamaba "el núcleo de verdad histórico" de los mismos. Una vez que este imaginario social ha sido construido adquiere fuerza propia y actúa sobre los individuos determinando su forma de pensar y las conductas que a partir de allí se implementan. Aunque la estructura del imaginario social es siempre la misma, la forma que éste adquiere en relación a las distintas temáticas estará determinada por los elementos subjetivos que se ponen en juego frente a estas últimas. Pero también serán distintas las formas en que aparecen en los diversos actores que se mueven en el escenario donde se desarrolla la vejez.

Para dar cuenta de esto último voy a examinar por separado cuál es la representación del terapeuta de viejos en el imaginario de

1. los propios viejos;
2. en la familia y en la población en general;
3. en los colegas profesionales y

4. en nosotros mismos, es decir, en los propios terapeutas de viejos.

Estas observaciones que voy a hacer las he ido recogiendo a lo largo de 25 años de trabajo ininterrumpido en este campo y al volcarlas aquí, a la consideración de los lectores, debo reconocer que necesariamente llevarán una gran carga de contenido autobiográfico. No lo voy a evitar porque espero que la experiencia vivida sirva de estímulo a los colegas para transitar este campo, tan difícil y tan gratificante al mismo tiempo.

El imaginario social en los viejos

Cuando un individuo llega a viejo, su imaginario con respecto a los temas relacionados con la vejez estará constituido por un "efecto cascada" producto de la asunción de determinadas conductas resultantes de la configuración de su estructura de personalidad previa. Para ello habrá que tener en cuenta: *a.* el haber compartido durante toda su vida una actitud prejuiciosa y discriminatoria hacia los viejos —vejismo— lo cual aparece ahora con la característica de las "profecías autocumplidas", es decir que de discriminador pasa a convertirse en discriminado y, lo que es peor, a aceptar esto como inevitable e irreparable. Queda atrapado así en víctima de sus propios prejuicios. Al mismo tiempo *b.* esto le habrá imposibilitado el colocarse en el lugar del "otro", del viejo que él mismo va a ser, y lo llevará a desconocer la realidad de la vejez. Uno de los resultados más visibles y perjudiciales de este desconocimiento será *c.* que lo hará caer en una confusión entre vejez y enfermedad lo que lo llevará a atribuir permanentemente los síntomas de esta última a los efectos del propio proceso de su envejecimiento. A esto se agrega *d.* el hecho que los viejos que vemos actualmente han crecido contemporáneamente al desarrollo que los conocimientos que la Psiquiatría, el Psicoanálisis y la Psicología han tenido en este siglo y, por lo tanto, también han participado de las resistencias que los mismos han provocado, resistencias que en gran parte de

ellos han quedado ancladas como una expresión de las "resistencias al cambio". Es ampliamente conocida y difundida la respuesta que generalmente dan los viejos cuando se les propone que consulten a un psiquiatra por alguno de sus síntomas emocionales: "¡No... yo no estoy loco!", y esta es una de las razones por las cuales *e*. los viejos muestran una marcada tendencia a consultar por el cuerpo desconociendo la importancia de los factores emocionales que están involucrados en sus dolencias. En un reciente trabajo donde estudia la relación entre algunos síntomas psiquiátricos y el uso de ciertas medicaciones, Callahan(4) dice "muchos pacientes viejos se sienten avergonzados de comunicar síntomas tales como alucinaciones, dificultad de concentración o pesadillas o, más aún, tratan de negar dichos síntomas por temor a que sus médicos los rotulen como dementes o locos". Pero estas dificultades no deben ser atribuibles solamente a los viejos sino que les cabe gran parte de la responsabilidad a ciertos profesionales. El mismo autor señala que "Los médicos frecuentemente rechazan activamente la consideración de temas psicosociales, aun cuando son comunicados espontáneamente por sus pacientes viejos o tratan de pensar que los cambios cognitivos o en el humor que se producen en ellos son concomitantes normales del envejecimiento".

En este punto debemos hacer una clara distinción entre

1. los viejos funcionalmente saludables(13) —que son la mayoría— y que rara vez vienen a consultarnos porque no nos necesitan y para quienes siempre seremos un objeto desconocido sin la significación psíquica preconciente necesaria; para ellos no existimos y

2. los que se sienten agobiados por sus síntomas o los que agobian con ellos a sus familias. Aquí, a los elementos anteriormente mencionados que conforman el imaginario social de estos pacientes hay que sumarle su configuración caracterológica previa y la severidad de su patología actual. Obviamente dentro de este grupo debemos descartar a los fines estadísticos a los dementes y a los psicóticos, porque los severos

trastornos cognitivos de los primeros y la alteración del juicio de realidad de los segundos, hacen impredecibles y no generalizables tanto sus fantasías como sus expectativas hacia nosotros.

Descartando estos casos, del resto de los viejos que vienen a la consulta, una porción —la menor según mi experiencia— se presta gustosa a concurrir, se muestra esperanzada, colaboradora y afable. Para ellos, en su imaginario el terapeuta estará conformado por una forma vaga de ayuda y sostén a la que, poco a poco, sus transferencias positivas irán conformando en las imáges arcaicas protectoras capaces de restituir algo que se ha perdido. La otra parte, la gran mayoría, generalmente concurren enviados por sus familias, las cuales tienen configurado su imaginario social de acuerdo a normas propias —como veremos más adelante—. Esta demanda familiar muchas veces es sentida por los viejos como una exigencia, como una intromisión en su privacidad, como una forma de sometimiento y suelen reaccionar ante ella con resistencias más o menos concientes hacia el tratamiento o hacia los terapeutas. Estas resistencias tendrán la forma de desesperación si prevalecen los contenidos depresivos, o mágicos si prevalecen los maníacos, pero al mismo tiempo siempre aparece, en algún momento, la idea de que "antes a mí no me pasaban estas cosas", en una clara alusión a la juventud perdida.

Ejemplificando

En un extremo la omnipotencia, la magia. Mauricio, 74 años, me inviste de poderes mágicos. Enviado por sus hijos, en la primera entrevista me dice: "Acá estoy doctor, vengo a buscar la varita mágica... quiero que me ayude... me quiero suicidar... tengo en casa dos cajitas de Valium de 10 mg... le quiero hacer una pregunta... dígame doctor ¿cuánto tiempo tardo en morirme si me las tomo? En realidad, no quiero hacerle mal a mis hijos. Mi hijo me dice: 'Papá, si te suicidás me reventás para todo el viaje'... Dígame doctor, Ud. que es médico ¿Cómo puedo hacer para provocarme un infarto? así me muero y no le pasa nada a mis hijos... Doctor ¡Deme la varita mágica!".

En el otro el máximo, el paradigmático, el tragicómico, el desesperado: interpelado al comienzo de su primera entrevista con la frase "¿En qué lo puedo ayudar?", José, 68 años, por toda respuesta saca la billetera, la abre, extrae una fotografía, me la extiende y me dice desafiante "¿Ud. cree que me puede ayudar?", y cuál no fue mi sorpresa cuando me percaté que era una fotografía de él mismo hace 40 años. ¿Quién le iba a devolver esa juventud, *su* juventud?

El fracaso de estas expectativas fantasmáticas ha generado en este fin de siglo una búsqueda post-moderna de soluciones mágicas donde brujería y medicinas alternativas de todo tipo —amparadas por los medios de comunicación masivos— se ofrecen a una infinidad de incautos que pretenden detener el inexorable paso del tiempo. ¿No saben acaso ellos que esto sólo es posible en las novelas pero no en la realidad? Sí, muchos lo saben, por lo menos concientemente. Pero la expectativa ansiosa ante canas, arrugas y olvidos activa los mecanismos inconcientes de desestima, y en el imaginario popular reaparece un Ponce de León escondido que, frenéticamente se pone otra vez a la búsqueda de la Fuente de Juventud. Es importante recalcar este punto porque la búsqueda de soluciones a problemas que perturban es humanamente genuina y respetable, pero el ofrecimiento de procedimientos sin el soporte científico adecuado es criminal. Digo que es criminal porque siempre termina matando una expectativa, aunque sea falsa, y esto acarrea consecuencias. Una de ellas, tal vez la más benigna, sea el tener que enfrentarse a la elaboración de un duelo. Ante estas ansiedades sería conveniente no errar el camino: la brujería no arregla nada; lo que se necesita es alguien que ayude a resolverlas y ese, justamente, es el rol del terapeuta de viejos.

Retomando nuestro tema, parecería entonces que en el imaginario social de los viejos que concurren a nuestra consulta, nosotros aparecemos como alguien que podrá devolverles —o que *no* podrá devolverles— algo que sienten que han perdido, pero donde la expectativa mágica, en cualquier

de los dos sentidos, juega un papel preponderante.

La familia de los viejos y el público en general

Los seres humanos pertenecemos a una de las especies zoológicas en las cuales las crías nacen en condiciones de extrema indefensión. Eso hace necesaria la intervención activa de los progenitores para asegurar la supervivencia, tanto del individuo como de la especie. Por esta razón los padres adquieren características, tanto reales como fantasmáticas, de inusitada importancia. Reales, porque del cuidado que ellos pongan dependerá la vida misma del niño; pero esta actividad implicará necesariamente una contrapartida fantasmática por parte de los hijos que los investirán de características idealizadas omnipotentes acordes a sus deseos y necesidades. Los padres pasan a convertirse así en las figuras todopoderosas que aseguran los suministros necesarios para vivir y ante los cuales nos sentimos siempre en una

relación de dependencia, sea ésta conciente o no. Basta recordar el llamado universal de todos los seres humanos ante situaciones de peligrosidad o desesperación extremas: ¡Mamá! Esta es una de las razones por las cuales los individuos generalmente se niegan a anticipar o a aceptar la declinación o la enfermedad de sus padres ya que esto los llevaría a sentirse tan indefensos como en la infancia y las ansiedades que se generan frente a estos acontecimientos adquirirán características distintas según la personalidad de cada hijo y de cómo se hayan estructurado las relaciones familiares a través del tiempo. Al respecto, Andrés y Rubinetti(2) señalan: "La vida de los padres ancianos se ha deslizado silenciosamente, sin síntomas que pongan de relieve que ya han entrado en la etapa de los desgastes. Es decir, en la vejez. Ya sea por este silencio sintomático o por situaciones psicológicas personales de los hijos, esto no se advierte, o los hijos se resisten a ver 'viejos' a sus padres. Así es que cuando surge alguna alarma que da cuenta de esta realidad, los hi-

jos entran en un estado de ansiedad tal que 'enloquecen' no sólo a su entorno personal, sino también al de los 'viejos'. Este es el contexto propicio para la aparición de conflictos entre hermanos, se reeditan viejas disputas por ocupar lugares de antaño en relación a sus padres y se actualizan, como si fuera ayer nomás, rivalidades, celos, competitividades. Todo lo que durante años había permanecido callado, aparece ahora al rojo vivo resaltando en primer plano la disputa para el patrimonio económico. Estos conflictos a veces vehiculizan un enorme monto pasional, que los transforma en situaciones donde se maneja un caudal de violencia que involucra a todos los que intervienen en ella: profesionales, instituciones, convirtiéndose en el clima propicio para las conductas iatrogénicas si no se clarifica esta situación con un esclarecimiento familiar".

Me he extendido en estas consideraciones porque me servirá para mostrar ahora cómo las dificultades familiares ante el envejecimiento o la enfermedad de los padres o cónyuges repercute en



los terapeutas determinando, muchas veces, la subsiguiente relación con el paciente. Empecemos por una anécdota. En el año 1970, cuando con un grupo de colegas –todos inexpertos en el tema geriátrico como se verá rápidamente– comenzamos a diseñar lo que luego sería el funcionamiento del Servicio de Psicogeriatría del Centro de Salud Mental N°1, se nos ocurrió un sistema que en ese momento nos pareció de primordial importancia, tanto que todo nuestro accionar psicoterapéutico posterior estaría determinado por él. Partiendo de la idea teórica que toda enfermedad de un viejo tiene repercusión en su medio familiar y que si no se actúa en ambos simultáneamente el accionar terapéutico sobre el primero no sería eficaz, resolvimos que solamente íbamos a atender a aquellos viejos cuyos familiares se prestaran para conformar un grupo operativo que funcionaría a la misma hora que el grupo terapéutico de aquellos. Obtenido el consentimiento de ambas partes, el primer sábado todo funcionó muy bien, pero el sábado siguiente... ¡no apareció ningún familiar! Por supuesto que tuvimos que reвер nuestra ingenua idea porque de otra manera nos hubiéramos quedado sin servicio para atender a los viejos, pero allí aprendimos una primera lección importante que nos permitió entender un aspecto de las reacciones familiares que aparecen ante los problemas de los padres viejos.

Parecería que para estas familias, como para muchas otras, como vimos después, nosotros representamos a alguien en quien depositar una capacidad de manejo instrumental de sus viejos que los sobrepasa, lo cual les permite aliviar la culpa que esto les genera. Ellos se ocupan trayéndolos, lo demás corre por cuenta nuestra. Desde esta perspectiva, si afinamos bien la mirada veremos que, en primer lugar, nosotros somos visualizados como una ayuda para ellos mismos; la ayuda para los viejos, si llega, será por añadidura. Ahora bien, para entender estas conductas no hay que dejar de lado la consideración del tremendo impacto que el cuidado de los familiares viejos severamente enfer-

mos tiene sobre los cuidadores, los cuales muchas veces terminan enfermándose ellos mismos.

Por supuesto que no todas las familias funcionan de esta manera. Hay otras cuya búsqueda de ayuda es más genuina en relación al otro, el viejo en este caso, y que depositan en nosotros, *en principio*, confianza y esperanza, muchas veces, también, casi mágicas. Ahora bien, cuando el caso es grave y necesita tiempo como en las depresiones psicóticas o es gravísimo y sin solución como en las demencias, no siempre nos dispensan la paciencia suficiente en el primer caso, o la aceptación de los consejos instrumentales –que es lo único que muchas veces podemos brindarles– en el segundo. Todo suele comenzar muy bien, pero si los resultados se hacen esperar o estos no satisfacen sus expectativas, comienzan a bombardearnos con demandas que, si bien parecen adecuadas desde un punto de vista científico, en el fondo representan un auténtico pedido mágico. Acuciados por la presión de los medios de comunicación masivos y por amigos y familiares, no pueden tomar conciencia del peligro que implica la excesiva biomedicalización del envejecimiento y de la vejez(7) y arremeten con pedidos de tomografías, resonancias, mapeos cerebrales, vasodilatadores, medicamentos, etc., como si estos pudieran dar cuenta y resolver estos enigmas que la misma ciencia médica no ha podido desentrañar todavía. Estos recursos diagnósticos y/o terapéuticos son muy útiles, necesarios y eficientes en muchos casos, *pero no en todos y para todo*, como muchas familias pretenden y exigen. Y aquí se plantea un auténtico problema ético para los profesionales: ¿qué hacer? ¿Se accede a la demanda traicionando la convicción que muchos de ellos tienen y que les señala que la mayoría de estos procedimientos no son ni indicados ni necesarios para resolver la problemática que aqueja a su paciente viejo o dicen que no y pierden al paciente el cual será llevado a otro colega que, seguramente se los prescribirá? Como en todo conflicto ético, su resolución será personal, pero me parece importante que aquí quede claramente planteado por-

que esta es una problemática que, creo, va en aumento.

Estas autoras(6, 5) definen a la biomedicalización del envejecimiento como la interpretación de este último como un problema médico centrado en las enfermedades de los viejos –su etiología, manejo y tratamiento– y desde la perspectiva de la práctica médica tal como es definida por sus practicantes. Esto significa que el modelo médico toma precedencia sobre, y en muchos casos define, los procesos psíquicos y sociales que están involucrados. Para señalar los problemas que esto acarrea dicen:

“Un aspecto importante de la biomedicalización del envejecimiento ha sido su influencia en la opinión pública fomentando la tendencia a ver al envejecimiento negativamente, como un proceso de declinación inevitable, de enfermedad y deterioro irreversible (en oposición a lo reversible, remediable y a los aspectos socialmente explicables). Las consecuencias para los viejos, para sus familias y para el público en general son que finalmente “caen dentro” de la creencia que los problemas del envejecimiento son primordialmente biológicos y/o fisiológicos mientras ignoran la naturaleza de la producción social de éstos y de muchos otros problemas que ocurren en la vejez”. Por medio de este procedimiento se refuerza el prejuicio que equipara vejez con enfermedad y se transfiere esta condición a todos los que están envejeciendo, condicionando las actitudes de las personas en sí mismas y la de los otros hacia ellas(6, 5).

Las conclusiones de Estes y Binney(7) sobre este problema son contundentes y hablan por sí solas: “De esta manera, en un amplio espectro social, la biomedicalización del envejecimiento, tanto como la continua medicalización de cualquier aspecto de la vida cotidiana ha contribuido al crecimiento y consolidación de un complejo médico-industrial multibillonario (en dólares) y al poder e influencia de la profesión médica. En gran parte estos intereses dependen de la aceptación pública de la autoridad y legitimación de la medicina. Los representantes de las industrias, la profesión médica y los medios de comuni-

cación masiva están prontos para reforzar la opinión pública sobre este punto enfatizando curaciones dramáticas y por el marketing vigoroso de productos medicinales para la vejez".

Los colegas profesionales

Aunque parezca increíble, en este sector es donde aparece una de las mayores resistencias hacia los geriatras y gerontólogos, actitud que puede tener serias implicancias para la salud mental de los viejos. La gran mayoría de los profesionales de la salud participan, conciente o inconcientemente, de la conducta viejista social tan extendida y suelen estar desinformados con respecto a las necesidades, los deseos, las angustias y las expectativas de los viejos. Esta desinformación los lleva a confundir permanentemente enfermedad con vejez, con los graves prejuicios que eso conlleva para sus pacientes. Al referirse a este tema Butler(3) cuenta un chiste muy ilustrativo. Dice: "Un hombre de 101 años consulta a su médico quejándose de un dolor en su pierna derecha. El doctor le dice que eso no es nada raro debido a su edad. El paciente le replica diciéndole que la pierna izquierda tiene la misma edad y no le duele".

Esta actitud viejista tan arraigada en la sociedad se ve favorecida entre los profesionales debido a la falta de formación gerontológica y/o geriátrica adecuada en la gran mayoría de las Universidades, no sólo en nuestro país sino también en las de otros lugares. Monk(11) señala que en los Estados Unidos existen alrededor de 3500 universidades, de las cuales imparten conocimientos gerontológicos 700, es decir solamente el 20%, y de éstas, la mayoría lo hace en el postgrado. Al respecto vale la pena relatar una anécdota muy significativa de nuestro país. La Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires fue la primera en la República Argentina en incorporar a la curricula de grado una materia específica en relación a la vejez; la historia de su creación es la siguiente: hasta el año 1985 los temas gerontológicos estaban incluidos en algunos puntos remotos de

los programas de algunas materias, generalmente las evolutivas aunque, es necesario reconocerlo, algunos voluntariosos profesores se esforzaban por investigar y desarrollar estos temas. En el año 1985 se puso en vigencia un nuevo plan de estudios confeccionado por psicólogos de reconocida capacidad y experiencia, que trabajaron en este proyecto con dedicación y buenas intenciones pero, es preciso puntualizarlo, no eran expertos en gerontología. Los resultados fueron dos. El primero, importantísimo, fue la creación de la Cátedra de "Tercera edad y vejez" que se incorporó a la curricula de grado pero, el segundo, que se la colocó como optativa! Es decir que los psicólogos que egresan de la Facultad van a salir con la obligación cumplida de saber cómo es la niñez, la adolescencia, la adultez, pero no el envejecimiento y la vejez. Esto quedará reservado sólo para aquéllos a los que les interese y que, por supuesto, serán la minoría. Esto hace aparecer como que el envejecimiento y la vejez no forman parte de la evolución humana y que están colocados en el lugar del desconocimiento. Por supuesto que ésta no fue la intención conciente de quienes elaboraron el plan, pero su viejismo inconciente los traicionó.

Repasemos la literatura sobre la relación entre los profesionales y la vejez. Gibson(10) señala que los psiquiatras son pesimistas respecto al tratamiento de los pacientes viejos. Revisando las historias clínicas de 138 pacientes mayores de 65 años que fueron admitidos en un hospital psiquiátrico privado durante un período de 3 años, encontró que el pronóstico fue considerado *pobre* en el 80% de los casos; aún más, el 60% fue deshauciado y enviado de vuelta a su domicilio dentro de los 90 días. Gallagher y col.(9) observaron que entre los pacientes comprendidos entre 15 y 29 años, el 66.7% recibía psicoterapia; entre 30 y 39, el 38.5%; entre 40 y 65 el 15.4% y arriba de esa edad, solo el 5.2%. En un estudio realizado por Ford(8) sobre el comportamiento de 179 psiquiatras con respecto a los viejos encontró que aquellos consideraban a éstos menos interesantes como pacientes que a jóvenes con los

mismos síntomas. Al mismo tiempo, se sentían menos inclinados a practicar psicoterapia —especialmente con viejos deprimidos— que con los jóvenes y, consecuentemente prefirieron utilizar drogas en el convencimiento de que la psicoterapia no serviría de mucho.

El *Group for the Advancement of Psychiatry* realizó un estudio para tratar de entender estos fenómenos y llegó a las siguientes conclusiones:

1. Los viejos estimulan en los terapeutas temores sobre su propia vejez.

2. Los viejos reactualizan en los terapeutas conflictos reprimidos en relación a sus propias figuras parentales.

3. Los terapeutas creen que no tienen nada que ofrecer a los viejos porque creen que estos no van a cambiar su conducta o porque creen que sus conductas están relacionadas con enfermedades cerebrales orgánicas intratables.

4. Los terapeutas creen que no vale la pena hacer el esfuerzo de prestar atención a los psicodinámicos de los viejos porque están muy cerca de la muerte, algo similar a lo que ocurre en el sistema médico militar de urgencia en el cual el más grave recibe menos atención porque es menos probable su recuperación.

5. El paciente puede morir durante el tratamiento, lo cual puede afectar el sentimiento de importancia del terapeuta.

6. Los terapeutas se sienten disminuidos en su esfuerzo por sus propios colegas. Habitualmente se escucha decir que los gerontólogos o los especialistas geriátricos tienen una preocupación "morbo-sa" por la muerte; su interés en los viejos es o "enfermiza" o, por lo menos, sospechosa.

Este conjunto de razones, mezcla de desconocimiento y prejuicios, muestra, tanto los motivos como las consecuencias del "imaginario social" de los colegas profesionales, consecuencias éstas que, como señalé más arriba, tienen su fuerte incidencia sobre los mismos viejos. En esto influye de una manera preponderante el enorme peso que detenta el paradigma médico a través del accionar de los profesionales de la salud y cuya palabra —la del médi-



co- tiene una fuerza de certeza enorme para la mayoría de la población. Y recalco lo de *médico* porque es éste el que detenta el poder y el que, a través de su investidura se hace referente del mismo. Por ej. es bien conocido que los psicólogos que trabajan en los servicios asistenciales generalmente son llamados "Doctor" o "Doctora" por los pacientes, lo que requiere frecuentes aclaraciones, no siempre bien escuchadas... o no siempre bien dadas.

Pero aquí existe otro problema agregado y es el que está relacionado con el *status* científico de la Gerontología. Es evidente que ésta no ha conseguido desarrollar suficientemente su identidad y que en la búsqueda de "popularizar su imagen en la comunidad académica ha recurrido a su asociación con intereses biomédicos"(1). Archenbaun, en este importante trabajo sobre la historia del desarrollo gerontológico, cuestiona la legitimidad de la Gerontología a ser considerada como una ciencia en el sentido de constituir un proceso de construcción

sistemática de un modelo y de su validación. Su idea es que "el mayor problema que impide que la Gerontología sea elevada a la categoría de ciencia es la falta de una perspectiva paradigmática generalmente aceptada y que sea generalizable entre y a través de otras disciplinas sobre el concepto de *qué cosa es el envejecimiento*. Esto ha llevado a una fragmentación de la gerontología y entonces los investigadores se vuelven hacia otras cadenas disciplinarias con las cuales se sienten más familiarizados". Estes(7) señala que en los EE.UU., a la gerontología le será negada su legitimación por todas las escuelas médicas, hasta que no haya una redefinición del problema del envejecimiento en términos biomédicos significativos e interesantes, a los cuales los investigadores de carrera puedan dedicarse a resolver, y que la falta de *status* profesional de los geriatras dentro de las escuelas médicas también ha llevado a que la educación geriátrica sea considerada en términos de tiempo y dedicación. Esto último se enlaza

con lo que citamos más arriba que señalaba Monk(11) sobre la formación académica en gerontología. El resultado de todo esto es que los terapeutas de viejos gozan de un bajo *status* y prestigio dentro de los colegas, especialmente los médicos, lo cual "inhibe el deseo de entrar en este campo, dificulta el reclutamiento de los 'mejores y más brillantes' y se cuenta con pocos fondos para la investigación"(10). La subvaluación por parte de los colegas se realiza de dos maneras, directa e indirectamente. Directamente a través de bromas o sarcasmos lo que requeriría un estudio desde la perspectiva de Freud en "El chiste y su relación con el inconsciente" y muy especialmente con su trabajo sobre "Lo siniestro". Indirectamente, y aquí sí que hay que prestar especial atención, a través de la descalificación que se ejerce al pretender que cualquier profesional crea que puede atender viejos sin una formación específica adecuada. Muchos médicos creen que pueden hacer psicoterapia y, lo que es peor, creen que la hacen

en su consultorio cuando le dedican a su paciente viejo 10 minutos más de *su* tiempo para *hablar*, desconociendo así las complejas e intrincadas reglas del arte de la psicoterapia. Por supuesto que esto tiene relación con lo señalado más arriba en el sentido que refleja las luchas profesionales e institucionales sobre la legitimación y aceptación de la geriatría como especialidad.

Sean cuales fueren los motivos que subyacen a estas actitudes lo cierto es que como consecuencia de ellas asistimos a una problemática compleja y que tiene serias repercusiones sobre la población vieja: la mayoría de las personas que actualmente, desde sus diversas especialidades, tienen algo que ver con los viejos —médicos, psicólogos, enfermeros, abogados, dueños de geriátricos, etc.— *no tienen los conocimientos gerontológicos necesarios para comprender la problemática de los viejos a los cuales asisten debido a la falta de una formación académica adecuada.*

Los terapeutas de viejos

Y nosotros ¿cómo somos? o mejor aún ¿cómo nos vemos a nosotros mismos en este rol? Esta es una pregunta difícil de responder dado que cada terapeuta tendrá la suya, personal, intransferible, no generalizable y que debería incluir, seguramente, una explicación sobre cuáles han sido las causas determinantes de la elección de trabajar en el campo de la vejez. Por esta razón aquí solamente podré esbozar una respuesta desde mi perspectiva profesional la cual ha ido tomando forma a través del trabajo con viejos que he realizado ininterrumpidamente durante los últimos 25 años.

Durante los primeros años de mi trabajo en este campo frecuentemente me interrogaba a mí mismo sobre cuáles habrían sido las razones para su elección, sobre todo cuando —como he señalado más arriba— junto con mis compañeros de equipo, en el servicio asistencial donde trabajábamos éramos sometidos permanentemente a burlas y descalificaciones de todo tipo por el simple hecho de atender pacientes

viejos. Esta actitud de los colegas me llevó a pensar que algo importante pasaba entre ellos, como representantes de la sociedad toda, y la vejez. ¿Sus vejezes, tal vez? Empecé a entender entonces algo que había leído en un artículo de tapa de la revista *Time* del 3 de agosto de 1970 que se llamaba *Envejeciendo en América: la generación no querida*, donde se hacía referencia a algo que un psiquiatra, Robert Butler, denominaba *ageism* (después traducido por mí al castellano como *vejeísmo*) y que se refiere a la discriminación que se hace sobre ciertas personas meramente por el hecho de acumular años y que se basa en la utilización de prejuicios. Al estudiar esta conducta tan extendida socialmente llegué a la conclusión que ella estaba arraigada en la negación de nuestro propio proceso de envejecimiento, biológicamente activo desde muy temprano, y en la proyección masiva en los que son realmente viejos. De esta manera, para sentirnos siempre jóvenes consideramos que *la vejez es lo que les pasa a los viejos* y, para sentir mágicamente que eso no nos va a pasar a nosotros usamos la discriminación y la segregación como una forma de tener a la vejez circumscripita y alejada. Si esto es así —y yo creo que lo es— existe un grave riesgo en esta discriminación y es que al no entrar en contacto con ellos no podremos identificarnos con los viejos que vamos a ser, es decir, no podremos saber cuáles son sus reales deseos, sus necesidades, sus sabores y sus sinsabores. El no saber nos impide hacernos un *juicio* y al no tenerlo, necesariamente tendremos que recurrir a un *prejuicio* con todo el peligro que eso representa y que en este caso es el de llegar a la vejez sin el conocimiento y la preparación necesaria para asumirla.

Cuando pude comprender estos complejos fenómenos encontré la respuesta a la pregunta sobre la elección de mi especialidad y sobre una forma especial que tengo de ejercerla y que es la de difundir permanentemente y por todos los medios de comunicación masiva disponibles la mayor cantidad de conocimientos relativos al envejecimiento y la vejez. La respuesta entonces es que *lo*

hacia en defensa propia, es decir que yo buscaba convertirme en agente de cambio para que, cuando llegara el momento de mi vejez, a través del conocimiento, la sociedad pudiera tener una actitud distinta hacia ella. Esto puede sonar como una mera declaración idealista, pero los que han transitado conmigo estos últimos 25 años de labor profesional e, insisto, de difusión, saben que hemos conseguido en ellos muchas cosas importantes. La diferencia notable entre las siete a ocho personas que iban a escucharnos a Strojilevich y a mí cuando empezamos a dar conferencias públicas y los más de 300 alumnos que *eligen* cursar la materia sobre Vejez que dicto actualmente en la Facultad de Psicología, aumenta la posibilidad de penetración de los conocimientos en la sociedad... y conocer da la oportunidad para cambiar.

Creo que, conciente o inconcientemente, la gran mayoría de los colegas que trabajamos en este campo compartimos esta ideología y con ese accionar nos convertimos, a la vez, en esos agentes de cambio a los que me refería más arriba y al hacerlo necesariamente nos vemos como personas que al luchar contra causas que hasta no hace mucho parecían perdidas estamos modificando una parte considerablemente negativa del imaginario social. Pero esta lucha debe ser activa y no debemos cejar en ella porque se avizoran nubarrones en el horizonte de nuestro accionar.

Recientemente Monk(11) nos ha llamado la atención sobre algo nuevo que está apareciendo en los Estados Unidos, esto es, que la valoración positiva de la que gozaban los gerontólogos y geriatras por su abnegado trabajo en el campo de la vejez ha comenzado a disminuir bajo la acusación de que favorecen una discriminación... ¡contra los jóvenes! Parece increíble que esto ocurra y más increíble nos resulta a nosotros en este país donde las condiciones económicas de nuestros viejos es en este momento desesperante, porque las razones que subyacen a esta nueva actitud son de índole económica. Durante el gobierno de Reagan se recortaron enormemente todos los subsidios

y facilidades sociales lo cual afectó a la mayoría de la población americana excepto a los viejos, cuyos recursos no fueron tocados. Esto generó una nueva situación en la cual estos pasaron a constituirse en una clase económicamente privilegiada con respecto a los jóvenes los cuales, además, por su lugar de trabajadores activos, deben mantener con sus aportes a los viejos jubilados. Si se le suma a esto el creciente aumento de la tasa de desempleo—sin solución a la vista—nos encontramos con una mezcla explosiva cuya mecha está a punto de encenderse y cuyos primeros síntomas parecen dirigidos hacia nuestros colegas profesionales pero que, en última instancia, afectará, como ya es costumbre, a los viejos. Como muestra conviene saber que se ha creado en aquel país una nueva sociedad que lleva el curioso y paradójico nombre de AGE, sigla de Americans for Generational Equity, y que se fundó para cuestionar el futuro de los fondos que maneja la Seguridad Social en favor de los viejos y el hecho que los jóvenes tengan que mantenerlos con sus aportes(12). Es cierto, y se podría alegar, que éstas son situaciones y cifras que provienen de los Estados Unidos y que no se corresponden con nuestra realidad, pero yo le doy

importancia por dos razones: 1. Porque muestra cómo una conquista razonable por parte de la población vieja, que les permitió emerger de la línea de pobreza en la cual vivían, generó inmediatamente una reacción adversa en un sector de la población que les envió un claro mensaje: "¡Cuidado con moverse del lugar que les hemos asignado!" y

2. Porque los hechos que ocurren en Estados Unidos, nos guste o no, tarde o temprano tiene algún tipo de repercusión en nuestro país.

Por esta dos razones, insisto, debemos estar preparados y activos en la defensa de la vejez. En 1973 escribí mi primer artículo sobre este tema y, significativamente lo terminaba con una frase que cuadra hoy perfectamente para terminar este otro. Decía allí: "Tal como he presentado el problema de la vejez, es decir, como un problema cultural condicionado desde afuera, necesariamente nuestra proposición debe ser una proposición política en el sentido pleno de la palabra". Naturalmente que las condiciones políticas de hoy en día no son las de 1973 pero la proposición sigue vigente en tanto necesitamos políticas que puedan ir reordenando los valores fundamentales de nuestra sociedad.

Conclusiones

Julio Verne nos ha familiarizado y conmovido con el personaje de Miguel Strogoff el cual, portador de una mala noticia, fue condenado por ese simple hecho al castigo de perder la vista y, de ese modo a quedar apartado del mundo. Me parece este un buen ejemplo para ser utilizado como metáfora de lo que les ocurre a los viejos en nuestra sociedad: al ser portadores inocultables de una mala noticia, *que si tenemos tiempo todos vamos a ser viejos*, son condenados a quedar fuera del mundo para que los otros no los vean.

Planteadas así las cosas, queda en claro para mí que el trabajo con viejos, tal como yo lo entiendo y lo practico, está inscrito dentro del rubro de los *derechos humanos* en el sentido más amplio de su concepción, esto es, el derecho de los viejos a formar parte de la sociedad, a ser considerados, a ser queridos, a ser escuchados. Los viejos constituyen hoy una minoría y, como tal, son discriminados por la mayoría de la sociedad. Pero todos nosotros, si no nos morimos antes, llegaremos a formar parte de esa minoría, de manera que lo que aquí está en juego es nada más ni nada menos que *nuestro propio derecho* a ser considerados, queridos y escuchados ■

Notas Bibliográficas

1. Archembaun, A. (1987) Can Gerontology be a science? *Journal of Aging Studies*, 1.
2. Andres, H., y Rubinetti, H. F., (1991) Perturbaciones familiares asociadas a la enfermedad del geronte, Buenos Aires, *Revista de Geriátrica Práctica*, Vol. 1 N° 1.
3. Butler, R., (1978) Overview on Aging, en Usdin, G., and Hofling, J., "Aging: The process and the people". New York, Brunner/Mazel Publishers.
4. Callahan, C. M., (1993) Psychiatric Symptoms in Elderly Patients Due to Medications, un Rowe, J. W., and Ahronheim, "J. C., Focus on medications and the Elderly", New York, Springer Publishing Company.
5. Conrad, P. and Shneider, J., (1980) "Deviance and medicalization: from badness to sickness", St. Louis, C. V. Mosby Co.
6. Estes, C., (1979) "The Aging enterprise". San Francisco, Jossey-Bass.

7. Estes, C., and Binney, M., (1989) The biomedicalization of aging: dangers and dilemmas, New York, *The Gerontologist*, 29, 5.
8. Ford, C. and Binney, M., (1989) Attitudes of psychiatrist toward elderly patients, *American Journal of Psychiatry*, 137.
9. Gallagher, E. B., Sharaf, M. R., and Levinson, D. J., (1965) The influence of patient and therapist in determining the use of psychotherapy in an hospital setting, *Psychiatry*, 18.
10. Gibson, R. W., (1970) Medicare and the psychiatric patient, *Psychiatric Opinion*, 7.
11. Monk, A., (1993) Comunicación personal.
12. Palmore, E. B., (1990) "Ageism. Negative and positive". New York, Springer Publishing Co.
13. Salvarezza, L. (1991) Vejez, medicina y prejuicios. Buenos Aires, *Vertex*, Vol II, 4.

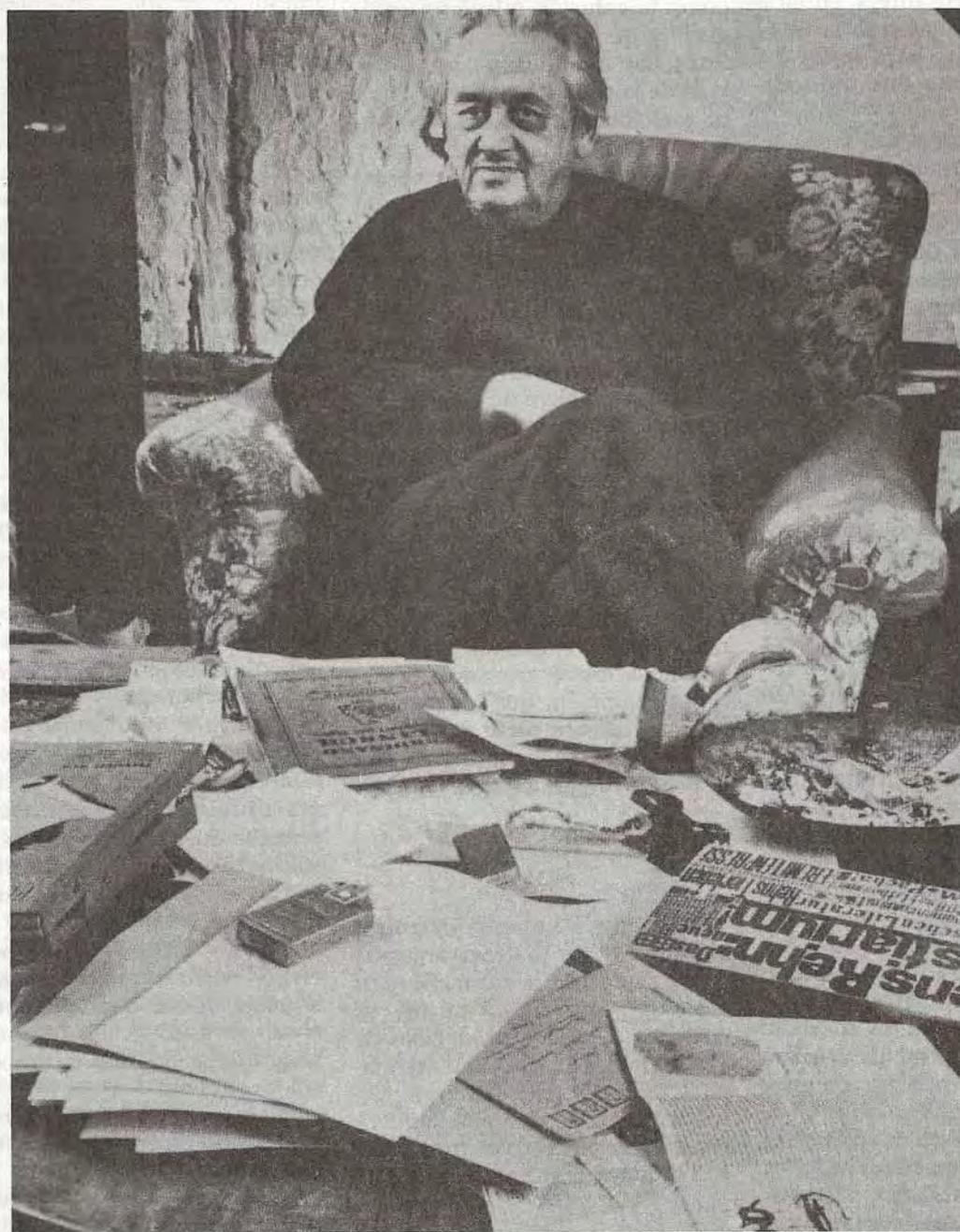
Bibliografía de referencia

- Butler, R. N. and Lewis, M., (1973) "Aging and mental health: Positive psychosocial and biomedical approaches". St. Louis, C.V. Mosby Co., 1982.
- de Beauvoir, S., (1970) "La Vejez". Buenos Aires, Ed. Sudamericana.
- Del Campo, E., (1866) "Fausto", Buenos Aires, Ed. Sopena, Argentina.
- Salvarezza, L. (1973) "Psicogeriatría: ¿Por qué es un campo inexplorado?" en *Psicología Argentina, Hoy*. Buenos Aires, Ediciones Búsqueda.
- Salvarezza, L. (1988) "Psicogeriatría. Teoría y clínica". Buenos Aires, Paidós, 3a ed., (1993).

FORMACION EN GERONTOPSIQUIATRIA: UNA URGENCIA PSIQUIATRICA

Sergio Strejilevich

*Médico psiquiatra. Unidad 20, Hospital Municipal "P. Piñero". Buenos Aires.
Tel.: 902-9918*



Uno de los efectos intrínsecos de la estructura "envejecer" parecería ser para un sujeto, el de aumentar sus diferencias interindividuales en todos los niveles. Por otra parte, el fin de siglo nos ofrece un menú de "Formas Correctas de Envejecer" tan amplio, variado y complejo que crea, sin ánimos de anacronismos, diferencias inéditas con otras épocas de la historia humana. Patrones religiosos, morales, éticos, estéticos, se encuentran en constante y pública revisión, no presentando la estabilidad suficiente para servir de marco a un sujeto durante toda su vida.

Desde otras ramas del saber, se ha advertido sobre las graves consecuencias que implican las concepciones reduccionistas y prejuiciosas a la hora de examinar la problemática de los ancianos (en realidad cualquier problemática). Esta advertencia, en nuestro medio hecha especialmente desde el psicoanálisis, nos ha incumbido particularmente a nosotros los médicos psiquiatras.

Advertidos y conscientes de las particularidades que presenta la patología en sujetos ancianos, comprendimos que la interdisciplina como método de trabajo es el camino que mayores frutos puede brindar. De igual manera entendemos que llegado el momento de posar nuestra mirada clínica sobre este grupo etario, el axioma debe ser, "suspender la incredulidad y todo preconceito a la hora de ver, escuchar y leer a estos pacientes. Lo anecdótico y particular será la regla; la multicausalidad y la alta complejidad la constante".

Creo describir hasta aquí un posible marco de consenso actual. Nadie seriamente involucrado con la clínica de sujetos ancianos se mostrará en tajante desacuerdo con lo que intenté brevemente describir hasta aquí.

Utilicemos este marco para pensar algunas particularidades de nuestra actualidad y para discutir algunos datos y opiniones sobre la formación de psiquiatras destinados a trabajar en los equipos de salud mental encargado de atender a sujetos ancianos.

II

La clínica psiquiátrica posee un arsenal de conceptos y técnicas que son condición de su mirada especial. Escotomizada pero especial. En ella radica su eficacia.

Por otra parte, y particularmente desde 1950 en adelante, el saber psiquiátrico, ha desarrollado una serie de recursos terapéuticos que han introducido no pocas modificaciones en nuestro campo. Se caracteriza a estos acontecimientos como "revolución psicofarmacológica" y no es en forma ingenua. Estos, han modificado tanto la mirada de la propia psiquiatría como su posición frente a otras disciplinas. Menciono simplemente, y como ejemplo, la terapéutica del Parkinson o la anti-recurrencial para intentar generar una perspectiva de lo que significan estos cambios para la vida de determinados sujetos más allá de sus respectivas implicancias teóricas.

Resulta obvio señalar que esta disciplina requiere de un entrenamiento. Teórico y práctico. Para ver, y de nuevo a modo de ejemplo, una pseudo-demencia hay que conocerla, y luego hay que aprender a mirarla. Es decir, y volviendo al marco de consenso anterior, si bien es preciso obtener una aproximación multidisciplinaria o por lo menos amplia de la problemática de ancianos, es necesario también, que los psiquiatras que formen parte de esta red sepan por lo menos... psiquiatría.

Veamos algunos datos.

III

El objetivo de nuestra investigación fue el de rastrear algunos datos acerca de la formación en Gerontopsiquiatría. A tal fin se encuestó a Residentes Médicos de Salud Mental de Hospitales de Capital Federal y Conurbano Bonaerense*. Se encuestaron 24 Residentes de todos los años de formación con protocolos anónimos.

* La encuesta se llevó a cabo en ocasión del curso sobre "Clínica de las esquizofrenias" dictado por los Dres. Juan Carlos Stagnaro y Norberto Conti en el último semestre de 1994 en los locales de la Asoc. de Psiquiatras Argentinos (APSA).

Se indagó sobre dos dimensiones de análisis:

- Opinión sobre la patología Gerontopsiquiátrica.
- Espacios formativos y experiencia clínica en Gerontopsiquiatría dentro de los programas de Residencia.

A continuación se expondrán algunos de los resultados obtenidos.

Las respuestas y resultados ante la primera pregunta se detallan en el Cuadro I.

Tomamos como correcta la respuesta b, ya que si examinamos con atención las otras veremos que todas están caracterizadas por estar muy cargadas de prejuicios desde diferentes ópticas. Podríamos decir con un tono optimista que los encuestados pueden, al menos, apreciar factores que podríamos llamar "extramédicos"; pero, ninguno de ellos constituye de por sí ni una característica del campo de la especialidad ni una constante en la consulta habitual. Sin embargo, si estos médicos son capaces de apreciar estos factores, pero no los pueden integrar con un conocimiento específico de la Gerontopsiquiatría en tanto especialidad médica ¿No se obtendrá finalmente un efecto paradójico? ¿No llevará esto a una renovada y solapada forma de prejuicios sobre la vejez y su enfermar? En otras palabras, ¿cuál será el efecto final si un médico psiquiatra es capaz de observar muerte y soledad pero es incapaz de diferenciar una enfermedad de Parkinson de la tristeza?; ¿si sólo teme los riesgos farmacológicos pero ignora sus potencialidades terapéuticas?; ¿si sólo advierte, correctamente, las penurias económicas de muchos de sus pacientes pero se le pasa por alto que esos mismos "pobres viejos" sostienen con sus magros ingresos, directa o indirectamente, el salario u honorario igualmente magro de sus, también, empobrecidos médicos?

¿Es posible esto que planteamos?

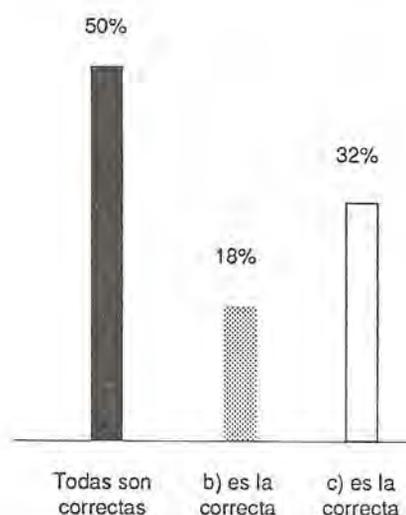
Veamos otras preguntas de la encuesta.

La segunda variable que tuvimos en cuenta en nuestro análisis, referida a la formación en gerontopsiquiatría durante la Residencia, arrojó un dato muy significativo: el 87% de los encuestados reconoce no haber recibido dentro de su programa de Residencia formación al-

Cuadro I

La patología gerontopsiquiátrica presenta como característica:

- a) su mayor gravedad y mal pronóstico, razón por la cual con mucha frecuencia debe ser abordada dentro del marco de las instituciones asilares.
 - b) la de estar determinada, entre otras cosas por las diferencias que imprime el proceso normal de envejecimiento.
 - c) la de presentar como fondo el duro impacto social que implica la jubilación y la soledad.
 - d) la gran dificultad en su manejo psicofarmacológico, dadas las modificaciones farmacocinéticas presentes y el difícil acceso psicoanalítico determinado por la cercanía de este grupo etario con la muerte.
 - e) todas son correctas.
- [Se considera correcta la respuesta b.]



guna relacionada con los trastornos psiquiátricos vinculados al envejecimiento (Cuadro II).

Lo llamativo es que la totalidad de los médicos que sí circuló por algún espacio formativo (el 13% restante) considera que su formación no ha sido suficiente (Cuadro III).

A su vez casi todos los entrevistados, el 94%, admitieron la inexistencia en el programa de su Residencia de algún espacio donde obtener experiencia clínica con el manejo de trastornos psiquiátricos de ancianos (Cuadro IV).

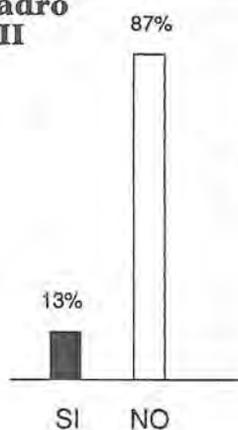
Hasta aquí, uno podría no alarmarse si pensara que estos jóvenes psiquiatras, los que han accedido al mejor sistema de formación, no trabajan con esta población de pacientes. Pero la realidad es que durante los últimos años o inmediatamente después de terminada la Residencia, algún paso por prepagos, clínicas de PAMI o similares es prácticamente obligado.

Entonces... Veamos el Cuadro V.

La diferencia entre quienes afirman haber tenido experiencia clínica con problemas gerontopsiquiátricos fuera del trabajo en sus Residencias –el 56%– y quienes no la han tenido –el 44%– no es muy relevante. Pero cabe aclarar que se encuestó a una amplia proporción de residentes de los primeros años.

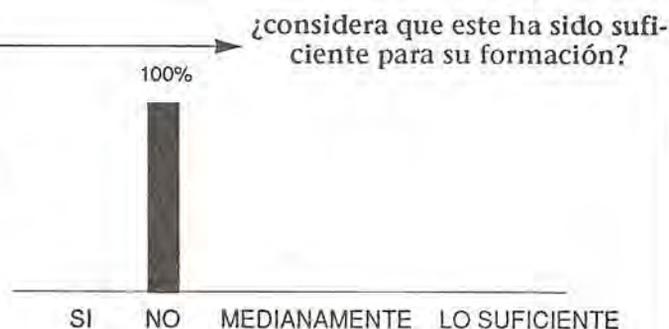
Otro dato interesante es que la proporción de médicos que conoce a quién consultar en su hospital en caso de toparse con algún problema gerontopsiquiátrico es

Cuadro II



¿Ha recibido dentro de su programa de residencia algún espacio formativo relacionado con los trastornos psiquiátricos relacionados con el envejecimiento?

Cuadro III



¿considera que este ha sido suficiente para su formación?

igual a la proporción de quienes no lo conocen; a su vez hay un 26% de médicos que conoce a quien consultar, pero no le resulta confiable (Cuadro VI).

IV

El profesional ideal resulta sumamente complejo de formar. Y el talento también cuenta.

Acordamos con la necesidad de

un abordaje interdisciplinario a la hora de intentar abarcar esta "suma de complejidades" que nos presenta nuestro campo. Nadie reniega de ello, pero estratégicamente y ante los datos precedentes, ¿dónde debería estar nuestro foco de atención?

Los psiquiatras, víctimas en muchos casos de nuestras concepciones reduccionistas, hemos sido, en ocasiones, críticamente caracterizados de "máquinas de diagnosti-

car y medicar". Tomemos esta reducción mecanicista e imaginemos un modelo metafórico: pensemos en un automóvil. Su gran velocidad lo convierte en peligroso para su conductor y terceros. Atentos a esto, lo equipamos con bocina, cinturón de seguridad, balizas y poderosos frenos. Tal es la preocupación que descuidamos el motor. Ahora no anda. Estos mismos elementos de seguridad ante la imposibilidad de la marcha ¿no nos sujetan y señalan solamente?

V

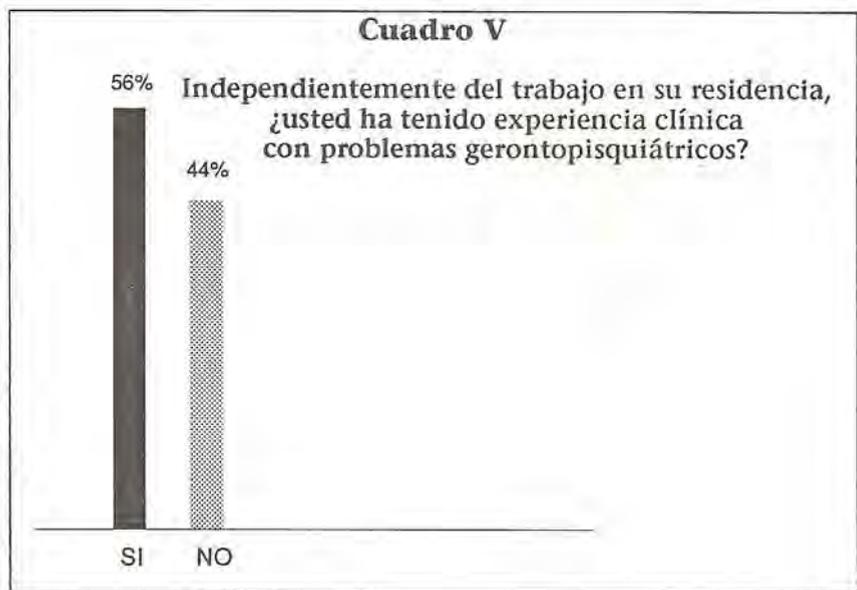
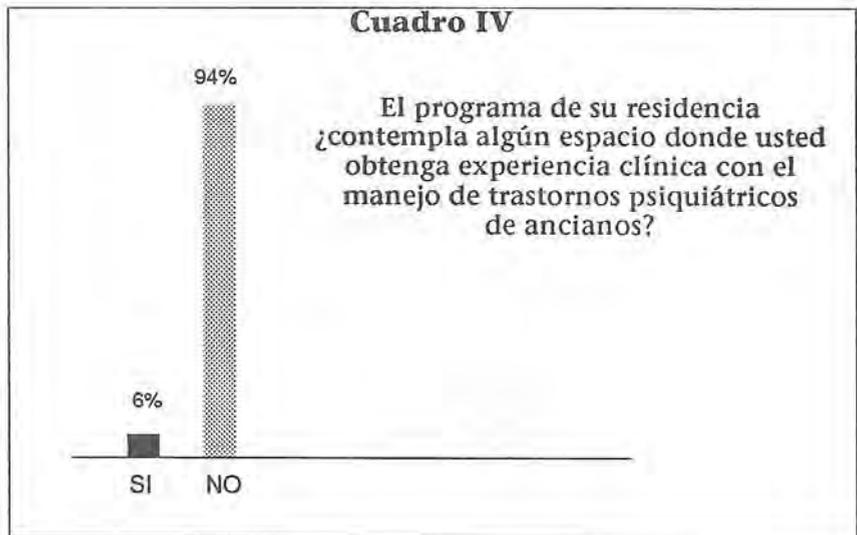
Creo que a la luz de esta pequeña encuesta, sumada a mi impresión personal –dada la cercanía generacional con estos colegas– podría decir que en nuestra área, la Salud Mental, la máquina de diagnosticar y medicar funciona, pero sólo impulsada por el declive económico de médicos y pacientes. Ahora, si bien funciona, no deja de ratear peligrosamente.

Si pensamos en una red de asistencia en Salud Mental a personas ancianas no podemos olvidar que el psiquiatra que forme parte de esta red debe saber por lo menos psiquiatría. *¿Acaso un sistema de Salud Mental que fracasa a la hora de realizar su acción no puede convertirse en un novedoso sistema de control social y estigmatización para el destinatario?* Dejo para otro momento el desarrollo de este interrogante.

VI

La formación en Gerontopsiquiatría no se puede afrontar sin un entrenamiento clínico. Ver viejos.

Un excelente lugar para este contacto es la rotación por interconsulta, obligatoria para todas las Residencias. Muchos de los sujetos internados en las Salas de Clínica de nuestros Hospitales públicos son viejos; muchos, como sabemos, presentarán importantes cuadros psiquiátricos durante su internación. Esto convierte a la interconsulta en un buen lugar para el encuentro clínico. Por la misma razón preceder esta rotación por un curso de Clínica Gerontopsiquiátrica y teniendo en cuenta



los resultados de nuestra encuesta, parecería muy indicado. Esta opinión, desoída en el momento en que el que suscribe era Jefe de Residentes, es compartida por muchos colegas en formación tal

como lo expresaron en el apartado Comentarios de la encuesta.

Mientras tanto, tendremos "dos confusos en la cama 23". Uno acostado sin saber qué pasa, y otro parado sin saber qué hacer ■

DECLARACION DE LA FEDERACION INTERNACIONAL DE LA VEJEZ sobre los derechos y responsabilidades de las personas de edad

Preámbulo

La Federación Internacional de la Vejez,

Reconociendo que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos humanos fundamentales, en la dignidad y el valor de la persona humana, y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, y han declarado que están resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida,

Tomando nota de que esos derechos han sido proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, así como en otras declaraciones aprobadas con objeto de asegurar que la normas universales se apliquen a grupos determinados,

Apreciando la enorme diversidad de situaciones de las personas de edad, no sólo entre los países sino dentro de éstos y entre los individuos, que exige una variedad de respuestas normativas,

Teniendo en cuenta que en todas las naciones ha aumentado en forma sin precedentes el número de individuos que viven hasta edades avanzadas con más salud, y persuadida por las investigaciones científicas que refutan muchos estereotipos acerca de la declinación inevitable e irreversible que ocurre con la edad,

Convencida de que un mundo que se caracteriza por el aumento del número y la proporción de personas de edad debe brindar oportunidades para que las personas de edad participen normalmente en las actividades de la sociedad y contribuyan a ellas, siempre que estén dispuestas y sean capaces de hacerlo,

Consciente de que las tensiones de la vida familiar, tanto en las naciones desarrolladas como en las naciones en desarrollo, hacen necesario que se preste apoyo a las personas que se encargan de cuidar a las personas de edad con salud precaria,

Destacando que los derechos humanos fundamentales no disminuyen con la edad y convencida de que, en razón de la marginación y los impedimentos que la vejez puede traer consigo, las persona de edad corren peligro de perder sus derechos y de ser rechazadas por la sociedad a menos que estos derechos se reafirmen y respeten,

Teniendo presentes las normas ya establecidas en el plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y en las convenciones, recomendaciones y resoluciones de la Organización Internacional del Trabajo, la Organización Mundial de la Salud y otros organismos de las Naciones Unidas,

Proclama ahora los siguientes derechos de las personas de edad que se les debe garantizar con medidas nacionales e internacionales apropiadas de manera de que gocen de protección y puedan seguir aportando su contribución a la sociedad:

Independencia

Las personas de edad tienen derecho:

Principio 1

a tener acceso a vivienda, alimentos, agua y ropa y atención sanitaria adecuados mediante el suministro de ingresos, el apoyo de la familia y de la comunidad y la autoayuda.

Principio 2

a trabajar y a hacer uso de otras oportunidades de generación de ingresos sin barreras basadas en la edad.

Principio 3

a jubilarse y a participar en la determinación del momento y la forma en que han de retirarse de la fuerza de trabajo.

Principio 4

a tener acceso a los programas de educación y capacitación con objeto de mejorar la alfabetización, facilitar el empleo y permitir la planificación y adopción de decisiones con conocimientos de causa.

Principio 5

a vivir en ambientes seguros y adaptables a sus preferencias personales y sus capacidades cambiantes.

Principio 6

a residir en su propio hogar durante tanto tiempo como sea posible.

Participación

Las personas de edad tienen derecho:

Principio 7

a seguir integradas en la sociedad y a participar activamente en ella, incluido el proceso de desarrollo y la formulación y aplicación de políticas que afectan directamente su bienestar.

Principio 8

a compartir sus conocimientos, sus capacidades, sus valores y su experiencia con las generaciones más jóvenes.

Principio 9

a tratar de encontrar y a desarrollar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y a servir como voluntarias en cargos apropiados a sus intereses y capacidades.

Principio 10

a crear movimientos o asociaciones de personas de edad.

Cuidados

Las personas de edad tienen derecho:

Principio 11

a recibir apoyo y cuidados de su familia, de acuerdo con la situación de ésta.

Principio 12

a tener acceso a servicios de salud para ayudarles a mantener o a volver a adquirir un óptimo nivel de bienestar físico, mental y a impedir o retrasar las enfermedades.

Principio 13

a tener acceso a servicios sociales y jurídicos con objeto de mejorar sus posibilidades de autonomía y de brindarles protección y cuidados.

Principio 14

a utilizar niveles apropiados de atención en instituciones que les proporcionen protección, servicios de rehabilitación y estímulo social y mental en un medio humano seguro.

Principio 15

a ejercer sus derechos humanos y sus libertades fundamentales cuando residan en instalaciones de albergue, de atención o de tratamiento, incluido el pleno respeto de su dignidad, sus creencias, sus necesidades y su vida privada y el derecho a adoptar decisiones acerca de la atención que reciban y de la calidad de su vida.

Plenitud humana

Las personas de edad tienen derecho:

Principio 16

a hacer uso de todas las oportunidades para el pleno desarrollo de su potencial humano.

Principio 17

a tener acceso a los recursos educacionales, culturales, espirituales y de recreo de la sociedad

Dignidad

Las personas de edad tienen derecho:

Principio 18

a ser tratadas con equidad, cualesquiera sean su edad, su sexo, sus orígenes raciales o étnicos, sus impedimentos o su situación de cualquier tipo, y a ser valoradas independientemente de sus contribuciones económicas.

Principio 19

a vivir con dignidad y seguridad, libres de explotación y de maltrato físico o mental.

Principio 20

a ejercer autonomía personal en la adopción de decisiones en materia de salud, incluido el derecho a morir con dignidad, aceptando o rechazando tratamientos encaminados únicamente a prolongarles la vida.

el rescate y la memoria



A mediados de 1988 solicitamos a Mario Strejilevich una entrevista sobre el tema "La Psicogeriatría en la Argentina" destinada a publicarse en un número especial de la revista *L'Information Psychiatrique de Francia*. Al cabo de dos encuentros, en los que grabamos su palabra, nos solicitó que en lugar de presentarlo bajo la forma de preguntas y respuestas lo hiciéramos como un artículo que resumiera los conceptos vertidos. Así se hizo y le enviamos el manuscrito para su aprobación. Supimos después, hace

poco tiempo, cuando se lo encontró entre papeles que le pertenecían, que dicho manuscrito fue corregido y aprobado cuando ya estaba hospitalizado.

En dicho número especial sobre la *Psiquiatría en la Argentina* que finalmente se publicó en 1989* incluímos, a manera de homenaje póstumo, extractos de la grabación que nos parecieron significativos.

Hoy transcribimos aquel texto completo corregido por Mario Strejilevich. Una suerte de posdata al precioso libro que sus amigos editaron en 1990** recopilando toda su producción escrita conocida hasta esa fecha.

El rigor científico, el compromiso social, el ideal de justicia que alentaban a ese apasionado trabajador, fueron conocidos por todos. Como así también su humor y calidez humana que supieron conquistar el afecto y respeto de cuantos lo conocieron.

Nació en Buenos Aires el 20 de abril de 1928 y falleció a los 60 años, el 23 de setiembre de 1988. Hizo de la gerontopsiquiatría su vocación y trajinó sin des-



canso y con talento indiscutido esa terrible encrucijada vital que constituyen la locura y la vejez.

Lo hizo además como un intelectual de fuste comprometido con su país y con su gente: sus conceptualizaciones se forjaron en la articulación de la teoría con la práctica concreta de la especialidad en un país subdesarrollado y dependiente. Profesional de consulta de organismos nacionales e internacionales, clínico y docente, creador permanente, luchó por sus "viejos locos" alentado por una ética que se plasma en todas sus re-

flexiones: "La sociedad humana ha aprendido que el niño tiene una dependencia psicobiológica durante muchos años y poco a poco se le ha ido construyendo un mundo a su medida. Falta ahora, engendrar en el ánimo público pautas y disposiciones que permitan y estimulen la creación de un micromundo específico para los ancianos sanos o dementizados, no segregándolos y entendiendo que la senescencia y la senectud, con o sin demencia, son parte de la vida humana".

Vaya con estas páginas rescatadas por sus hijos, Sergio y Julián, nuestro cálido recuerdo ■

J. C. S.

* *La Psychiatrie en Argentina, sous la direction de J. C. Stagnaro et D. Wintrebert. Blessures et espoirs. Volume 65, N° 4, avril 1989.*

** Mario Strejilevich. *Temas de Psicogeriatría*. Ediciones 1919, Buenos Aires, 1990.

Breve reseña sobre la psicogeriatría argentina

Mario Strejilevich

Es de todos conocido el concepto que la vejez no es una enfermedad sino un proceso y que existen numerosos trastornos psicopatológicos ligados a esta etapa de la vida.

En Argentina hacia fines del siglo XIX y comienzos del XX la atención de esos trastornos fue patrimonio de médicos clínicos y alienistas que siguieron las enseñanzas de las escuelas alemana y francesa cuyos autores y obras sería redundante mencionar.

Entre 1920 y 1930 fue aportado un impulso particular en estos temas gracias a los estudios de Christofredo Jacob y particularmente de Braulio Moyano sobre la anatomía patológica y la clínica de las enfermedades de Pick y Alzheimer.

Sin embargo, también como en otros países, durante mucho tiempo hubo una segregación de la Psiquiatría Geriátrica en la asistencia, la investigación y la enseñanza.

Hasta hace aproximadamente 20 años, por ejemplo, en los programas de estudio de pre y post grado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, predominaba un enfoque biomédico y anatomopatológico de la senilidad haciéndose referencia exclusivamente a la demencia senil, presenil y la melancolía involutiva y no se estudiaban las neurosis y trastornos de la personalidad, los trastornos confusionales agudos y sub-agudos y la psicopatología emergente de conflictos familiares y sociales en la vejez. Un intento fugaz ensayado en 1976 de incorporar estudios sobre la Psicología del envejecimiento en la Facultad de Psicología de la

Universidad de Buenos Aires fue abortado por el golpe de Estado del 24 de marzo de ese año.

Ya desde los años 60 esta situación con respecto a la Psiquiatría Geriátrica fue modificándose lentamente por el esfuerzo de algunos profesionales interesados en el tema.

Es así que iniciamos en 1963, de retorno de un período de formación en Francia, una tarea de sensibilización en grupos de médicos clínicos, psicólogos, psiquiatras y enfermeros, sobre las particularidades de la psicopatología de la vejez y sobre la segregación que sufrían los pacientes psiquiátricos añosos en nuestro medio.

Se constataba que particularmente los enfermos con cuadros confusionales agudos post operatorios o por intoxicación con psicofármacos morían por falta de atención médica y psicológica adecuadas.

Los ancianos tenían como único recurso institucional, aparte de costosos lugares privados de internación, las casas creadas para tal fin por la Sociedad de Beneficencia, las órdenes religiosas o las colectividades de inmigrantes. Existía una doble segregación: en los Hospitales generales no se atendía a los enfermos psiquiátricos añosos por locos y en los Hospitales Psiquiátricos no se los atendía por viejos(1).

En julio de 1968, luego de un estudio estadístico de campo, inauguramos el primer consultorio externo de Gerontopsiquiatría anexo al Hospital Neuropsiquiátrico "Braulio Moyano" de la Capital Federal. El proyecto preveía la creación de un Hospital de Día y se proponía ir cubriendo un sector de la ciudad. Como frecuente-

mente ha sucedido con las experiencias innovadoras en el campo de la salud, la inestabilidad política de aquellos años interrumpió nuestro trabajo en 1970.

Insistimos por otra vía y en 1971 inauguramos el Centro de Estudios Psicogeriátricos de Buenos Aires. Allí tenían lugar reuniones interdisciplinarias con psicólogos, médicos, sociólogos, asistentes sociales y psicoanalistas sobre temas de la psicopatología del envejecimiento.

De esta institución informal, que se reunía respetando reglas de clandestinidad en la época del gobierno militar (1976-1983), surgió un grupo de colegas formados que se repartió en los últimos años por los Hospitales de la Capital Federal y el conurbano y ha llegado al nivel universitario con la reciente creación de la cátedra de Psicología del Envejecimiento en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Cabe aclarar aquí que durante mucho tiempo sostuvimos que la Gerontopsiquiatría no conformaba una especialidad aparte ya que carecía de métodos, técnicas y teorías propias pero en la actualidad tendemos a revisar ese concepto.

En efecto, la observación de hechos ocurridos en los últimos 25 años, tales como la eliminación de la noción de melancolía involutiva en el sentido que la depresión endógena del anciano sea distinta a la conocida en gente joven y que sea prolegómeno ineluctable de la demencia senil; la incorporación del carbonato de litio a la terapéutica psicofarmacológica en la vejez; las investigaciones tendientes a demostrar el origen de las alteraciones abiotrófi-

cas en disfunciones de los mecanismos neurotransmisores de acetilcolina; la influencia de las psicoterapias individual, grupal y familiar provenientes del psicoanálisis en el arsenal terapéutico; las escalas de medición y la producción de una farmacología específicas etcétera, exclusivas para la vejez, nos lleva a considerar a la Gerontopsiquiatría como una especialidad aparte(2).

Existe en Argentina un diploma de especialista en Geriatria y funciona desde 1951 la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria que no cuenta con una sección de Gerontopsiquiatría y no hay aún una entidad propia de la especialidad.

Todo esto hace que la formación en el tema sea particularmente ardua en nuestro país. Prácticamente podemos decir que queda restringida a grupos informales de autoformación en hospitales y centros de salud o en privado integrados por colegas venidos de la carrera de médico psiquiatra, psicoanalista o psicólogo clínico.

En cuanto a la orientación teórica ya hemos mencionado más arriba la influencia original de la psiquiatría francesa y alemana; con posterioridad y ya en el terreno específico de la Psicogeriatría hemos recibido importante inspiración en el intercambio con los colegas suizos, de los países nórdicos y particularmente de Inglaterra.

Ultimamente ha hecho su aparición en nuestro medio la bibliografía norteamericana, interesante, pero no siempre coincidente en los temas de mayor interés con aquéllos que se nos presentan más frecuentemente a consideración en nuestra práctica cotidiana. Por ejemplo, la priorización que los norteamericanos hacen de las demencias como problema socio-médico. Su equivalente en importancia en América Latina (y la Argentina) son los cuadros confusionales agudos. Estos carecen de centros asistenciales preparados para recibirlos y si bien no se conoce su prevalencia, aparecen con frecuencia en post operatorios, a causa de sobre medicaciones, e inclusive en grandes centros urbanos, en

grupos de bajo nivel económico por malnutrición y deshidratación.

La tercera edad en Argentina

No existe en Argentina una problemática nosográfica específica de la tercera edad. Sin embargo se deben hacer algunas precisiones de orden sociológico que inciden sobre el destino de los pacientes, su presentación y formas de atención.

Entre 1894 y 1927 llegaron al país siete millones de inmigrantes particularmente de Italia, España y miembros de las minorías judías de Rusia y Polonia. La mayoría eran trabajadores varones. De ellos, cinco millones volvieron a sus países de origen por falta del trabajo que les habían prometido, y los dos millones que envejecieron aquí se fueron concentrando en centros urbanos de la Pampa Húmeda y particularmente en Buenos Aires y sus alrededores. Esas personas tuvieron con sus descendientes un desfase en todos los niveles psicopsicológicos. En el lenguaje, que aprendieron mal, en el estatus social, porque los hijos en su gran mayoría siguieron estudios primarios, secundarios y terciarios dedicándose a carreras técnicas o profesiones liberales y esto creó un hiato superior al de otros países dificultando mucho la comunicación intergeneracional. Podríamos llamar centrífuga a esta conflictiva familiar. Otra tendencia, centrípeta, opuesta a la anterior que tiende a reforzar los vínculos es la característica cultural de esta inmigración de formar familias con rasgos simbióticos. Es así como a diferencia de otros países como Inglaterra o los países del norte de Europa (Suecia, Dinamarca, Noruega) nuestras familias tienden a retener a sus miembros y en el caso particular de los hijos, se resisten a abandonar a sus padres. El número de ancianos que vive solo es bajo (11,3%) mientras que acompañados viven el 82,7% (50% por sus cónyuges, 30,8% por otros familiares y 1,9% por no familiares)(3).

La prevalencia de la patología es la misma que en otros países pero la estructura de los grupos familiares hace que los pacientes sean contenidos en redes de apoyo familiares o vecinales sin ser internados.

Otros datos estadísticos pueden ilustrar sobre el perfil sociológico de nuestros ancianos (3, 4, 5):

La población de 60 años y más es de 3.843.000 personas (con un 60% de mujeres y un 40% de hombres) sobre una población total de 31.000.000 habitantes (calculada por proyección del censo de 1980).

Esta población de ancianos se desglosa en:

- 56,6% entre 60 y 69 años
- 33,6% entre 70 y 79 años
- 9,8% con 80 años y más.

La tasa con bajo nivel de estudios (analfabetos o primaria incompleta) es muy alta (44 a 67,7%) excepto en la ciudad de Buenos Aires (27,2%), siendo más acentuada en las mujeres que en los hombres.

Esto condiciona las posibilidades de desarrollo integral del anciano en aspectos de recreación, uso del tiempo libre, educación sanitaria, autocuidado, etcétera.

En cuanto a la vivienda se constata que más del 60% son propietarios de su unidad habitacional. Entre el 15 y el 25% viven gratuitamente en casa de familiares y un 15% a un 25% alquilan su vivienda. Son causas de insatisfacción el mantenimiento y reparación de las viviendas (relacionado con el alto costo de mano de obra y materiales) y la falta de teléfono, que se corresponde con un déficit nacional en ese rubro, y que limita la comunicación social y la demanda de asistencia en urgencias.

A la cabeza de las necesidades insatisfechas figura la situación económica de los ancianos. El monto de las pensiones y jubilaciones oscila entre 60 y 80 U\$A/mes cuando se calcula la canasta familiar (matrimonio con dos hijos) en 600 U\$A/mes aproximadamente.

Esto parece ser la causa de que, a pesar de que la edad máxima de jubilación establecida por las le-

yes nacionales 18.037 y 18.038 sea de 55 años para la mujer y 60 años para el hombre, lo más usual es que, para seguir recibiendo un salario, las mujeres se jubilen a los 60 años o más y los hombres a los 65 años o más.

Luego de la jubilación es frecuente la continuación de pequeños trabajos "en negro" para redondear ingresos.

Entre las necesidades insatisfechas a continuación de las económicas siguen en íntima relación con ellas las demandas en el terreno de la salud, particularmente ligadas al alto costo de los medicamentos. Sin duda como se ha descrito en los países industrializados "durante los tres últimos decenios la gestión del envejecimiento se ha socializado progresivamente. Largo tiempo considerada como relevante de la esfera privada o familiar o excepcionalmente de la red tradicional de asistencia a la pobreza, la vejez ha dado lugar a la definición de un conjunto de orientaciones y de intervenciones públicas específicas(6).

En Argentina, país a medio camino entre la industrialización y el subdesarrollo dependiente se produjo en el campo de la vejez una intervención estatal que siguió modelos de otros países respondiendo a las mismas motivaciones que los habían producido en ellos.

Estas iniciativas respondían como en otros lugares, a la cantidad porcentualmente creciente de viejos (1960: 5.8%; 1970: 7%; 1980: 8.2% de la población general) y al consecuente incremento de su peso político. La tercera determinante que actuó en los países centrales

cual es la capacidad de consumo de ese grupo etario no tuvo la misma incidencia (salvo en la industria farmacéutica) ya que como vimos su poder adquisitivo es bajo.

Fue en ese marco que se produjo en 1971 la novedad más importante en el campo de la tercera edad en Argentina: la creación del Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. El INSSJP es un ente nacional semiautárquico dependiente del Ministerio de Bienestar Social. Este Instituto tuvo un irregular desarrollo a lo largo del tiempo pero debe reconocerse que, a pesar de sus defectos intrínsecos de organización —debidos fundamentalmente a la inestabilidad política y a las restricciones presupuestarias— constituyó la resolución más importante en el terreno de la geriatría argentina.

En diciembre de 1985 se introdujo una representación efectiva de los jubilados en el manejo de la Institución(7). Se puso en marcha un nivel central técnico-profesional especializado, ágil, con funciones de normatización, planificación y evaluación y dependencias descentralizadas (Delegaciones regionales, Distritos, Agencias, Corresponsalías) como responsables directos de las funciones operativas, la supervisión de las prestaciones y el contacto cara a cara con los beneficiarios.

El INSSJP funciona como una Obra Social y sus fondos, con los que contrata prestaciones, provienen de los aportes de toda persona que trabaje en relación de dependencia por retiro automático sobre su salario, de los mismos jubilados que cotizan y de una par-

te de lo recaudado por la Lotería Nacional.

En 1986 la proporción de afiliados al INSSJP en la población de 60 años y más era del 59% pero tomando la franja de más de 75 años era del 88%.

El INSSJP presta servicios médicos prácticamente gratuitos de baja y alta complejidad, medicamentos por un 50% de su valor y ha desarrollado un programa de Servicio Social que cubre áreas de turismo, recreación, vivienda y subvenciones para el Servicio de atención domiciliaria.

Dentro de estas prestaciones hay un plan de Asistencia Psiquiátrica que se desarrolla en la ciudad de Buenos Aires y el conurbano y que incluye consulta externa, Hospitales de Día, internaciones cortas y prolongadas, psicoterapia individual y familiar y atención domiciliaria de urgencias.

El INSSJP es el único en su género en A. Latina que cubre prácticamente a más de la mitad de la población de ancianos del país.

Otro gran número de ancianos está cubierto por organismos provinciales y municipales en el interior del país, pero en ellos la cobertura Gerontopsiquiátrica es más escasa.

Con estas breves notas creemos haber brindado una apretada síntesis del panorama de la gerontopsiquiatría. Por supuesto queda mucho por hacer y hay serios esfuerzos empeñados en lograrlo. Su repercusión está condicionada por la situación económica del país en el plano de los recursos de Salud Pública y a la formación de recursos humanos para las tareas profesionales en esta área ■

Notas bibliográficas

1. Strejilevich M., Magliolo L., Alvarez E. M., Desventajas de los pabellones geriátricos en el actual nivel asistencial de nuestros hospitales psiquiátricos. *Actas del Tercer Congreso Argentino de Psiquiatría*, Córdoba, Argentina, 1964.

2. Strejilevich M., Reflexiones sobre temas de Gerontopsiquiatría. *Revista de Psiquiatría Dinámica y Salud Mental*. Nov. 1985, Clínica P. Pinel, Rosario, Argentina.

3. INSSJP, *Encuesta de necesidades de los ancianos*. Editado por INSSJP, 1988, Buenos Aires.

4. Balossi E., Nisenson, N., Zattelli, M. y Vyleta L., *Aspectos demográficos de las personas de 60 años y más*. Edit INSSJP, junio 1988, Buenos Aires.

5. Goldberg L., El envejecimiento de la población y la seguridad social. *Bolet. Inf. de Techint* N° 215, Buenos Aires,

Enero-Marzo 1988.

6. Guillemard, A. M., La production des politiques de la vieillesse. En "Le continent gris" Communications Ecole de Hautes Etudes en Sciences sociales. *Centre d'Etudes transdisciplinaires* N° 37-1983, Edit. de Seuil, París.

7. INSSJP, *36 meses de gestión: 1984-1986*. Edit INSSJP, 1987. Buenos Aires.



Entrevista a François Leguil acerca del Encuentro del Campo Freudiano*

Por Dominique Wintrebert

Cada dos años, la Fundación del Campo Freudiano, creada por Jacques Lacan en 1980, reúne a sus miembros. Es así como el VIII Encuentro del Campo freudiano se desarrolló en París del 9 al 13 de julio de 1994. El reunir a más de 2000 psicoanalistas sobre el tema "La conclusión de la cura, variedad clínica de la salida del análisis", fue tal vez una de las más grandes asambleas de analistas que se haya realizado, tanto por el número de los participantes cuanto por la variedad de los países representados. Dos volúmenes que compilaban los trabajos preparatorios a este Encuentro se habían enviado a todos los inscriptos dos meses antes; estos libros, disponibles en librerías, presentan una exploración metódica del tema. Uno de ellos, intitulado "Cómo terminan los análisis", propone al público no especializado algunas de las lecciones clínicas recogidas en el dispositivo del pase, dispositivo inventado por Lacan para verificar el fin de un psicoanálisis y llevado a la práctica desde hace varios años en la Escuela de la Causa freudiana (ECF). El segundo, "La conclusión de la cura", reúne trabajos clínicos y estudios sistemáticos sobre el tema del Encuentro. Se trata de saber si el término de una cura psicoanalítica puede o no coincidir con la conclusión lógica de su proceso, y de decir cuál es la mutación del sujeto llegado a ese punto. Más allá del compromiso inherente de formación y de garantía, este punto sobre el fin de análisis toca a la credibilidad misma del psicoanálisis. Se juegan aquí no sólo su no-renovación a nivel de una psicoterapia como las otras, sino quizás su posibilidad misma de sobrevivir.

Solicitamos a François Leguil, miembro del comité de organización y corresponsable de las relaciones con la prensa, que respondiera a algunas preguntas.

Vertex: Un foro de mil personas había precedido la creación de la ECF en marzo de 1981. Hoy, más de 2000 asistieron al VIII encuentro del Campo freudiano. ¿Esto marca un progreso de qué tipo?

François Leguil: Aquel foro fue distinto. Fue mientras vivía Lacan, en el caos de la disolución. Debo precisar para los lectores de VERTEX que Lacan disolvió su escuela, la Escuela Freudiana de París (EFP) en un momento de prosperidad para ella. Entonces, pidió que se le escribiera y le llegaron más de mil cartas. Citó la

cifra en un breve seminario y así fue como Lacan instaló esta cifra de mil en la historia de su movimiento. Luego, estos mil se dividieron. La ECF se creó inmediatamente alrededor de aquellos que Lacan había nombrado para ocuparse de la Causa freudiana lanzada por él, y, en oposición a esta nueva Escuela de la Causa creada en vida de Lacan, un gran número de sus alumnos se retiró. A pesar de ello, el foro debe haber reunido cerca de mil personas.

¿Podemos entonces decir 1000 en 1981, 2000 en 1994? Las cifras por sí solas no quieren decir gran cosa. Significa que el movimiento no se detiene, que, por el contrario, cada vez es más grande; pero,

* N. del E.: Esta entrevista fue realizada el 17-7-94.

lo que me parece mucho más importante es ver quiénes son estos dos mil. Son personas que vienen de todas partes, lo que prueba cuán internacional se ha vuelto la vida del Campo freudiano en los últimos diez años. Esta mezcla nos hace pensar que el psicoanálisis ya no es una disciplina que concierna sólo a ciertos barrios de París, como se decía no sin cierta ironía.

Ha habido progresos notorios. El primer Encuentro, en Caracas, en vida de Lacan, no era un progreso en sí; era un punto de partida, una fundación. Pero ya desde el segundo, cuando, sin conocer a los "lacano-americanos", vimos llegar, con gran asombro, a decenas de colegas de Argentina, en una época en la que ese país todavía se hallaba en las tinieblas de la dictadura, recuerdo que éramos muchos los que expresábamos nuestra emoción ante algo que nos sugería que iban a cambiar las cosas. Este Encuentro era pues un progreso, pero podemos decir lo mismo de todos, por un lado porque el público aumentaba, pero sobre todo porque se profundizaba. Es una comunidad de trabajo que se acostumbró hoy en día a trabajar junta, a confrontar sus opiniones, con un líder que ya no es, que nunca fue el de los que habrían conocido a Lacan y la palabra justa en París, ya que los otros vienen a las fuentes. Se trata, por el contrario, de confrontaciones cuyos momentos fuertes son los *Encuentros*, pero con lazos constantes entre ellos y cantidad de eventos de un Encuentro a otro.

Vertex: Sin embargo, la asamblea de los analistas de la Escuela (AE), donde cada uno de ellos habló de su propio análisis, ¿no es algo inédito?

F. Leguil: Es muy importante. La ECF es la única Escuela que puede decir en la actualidad que es la Escuela del pase. Es un desafío que sostuvo desde el inicio, poner en práctica esta proposición de Lacan. El procedimiento del pase apunta a verificar lo que es el fin de la cura y a poner a los jóvenes analistas en el predicamento de probar que en sus curas sobrevino un cambio radical. Pues bien, contrariamente a numerosos colegas que nos abandonaron en 1981, la ECF se definió como la que, desde el comienzo, apostaba a este procedimiento y su aplicación tal como Lacan la había encarado, es decir, sin modificaciones, sin reservas, sin restricciones, sin arrepentimientos.

Funcionó durante algunos años; hubo una evaluación en 1989, pocos resultados a nivel de las nominaciones de los que se suponía habían cumplido las condiciones de esta prueba, y la evaluación provocó una crisis institucional importante en nuestra Escuela que se tradujo finalmente en ciertas modificaciones, partidas, pero por sobre todo en una proposición hecha por J.-A. Miller de utilizar el procedimiento inventado por Lacan para ofrecer a todos aquellos que lo desean una manera de evaluar el fin de su cura, y también de utilizar este procedimiento para reclutar miembros. Somos la única Escuela que "recluta" por el inconsciente, que acoge a sus nuevos miembros y los reconoce porque han demostrado en el procedimiento que lo que se juega en su lazo con el psicoanálisis corresponde a una experiencia larga y argumentada que han sabido presentar, del inconsciente freudiano. Nuestra Escuela recluta

pues por el inconsciente, no por un saber que sería el mismo para todos.

Desde hace cuatro años, el funcionamiento del pase se desacelera; más de 200 personas se presentaron; se nombró a una decena de AE; unos cincuenta, sin ser nombrados con el título de AE –título conferido a aquellos que se considera han concluido en verdad su análisis– fueron nombrados miembros, considerando que, sin haber llegado a ese nivel, alcanzaron un grado de elucidación personal suficiente para merecer ser de los nuestros. Así pues, los diez AE dieron su testimonio, mostrando, sin exhibición, lo que fue su íntimo progreso. Todos fuimos sensibles a esto, todos vimos que era posible, que no era un mito, que una Escuela funcionaba de manera revolucionaria en la historia del psicoanálisis. Allí tenemos verdaderamente una fecha, un progreso, sobre todo por que fue la primera vez que las jornadas se realizaban desde la creación de la Asociación mundial del psicoanálisis (AMP). De este modo éramos cuatro Escuelas discutiendo de igual a igual: la Escuela de Orientación Lacaniana (EOL), la Escuela del campo freudiano de Caracas (ECFC), La Escuela europea de psicoanálisis (EEP), y la ECF, y muy en breve la Escuela de Brasil. Todos vieron que el pase era posible y podía sostener de manera completamente nueva a una comunidad de analistas. Se trata de un acontecimiento que, en mi opinión, repercutirá en la historia del psicoanálisis.

Vertex: Notamos en general que el tiempo de las curas se ha alargado, yendo de unos cuantos meses, en la época de Freud, a una duración que excede regularmente los diez años. Este aspecto de interminable, ¿a qué se debe? ¿Es acaso porque no nos contentamos con tratar el síntoma? ¿Es un producto del malestar de nuestra civilización?

F. Leguil: Me parece necesario recordar que este Encuentro se vio precedido por la publicación de dos volúmenes. Lo hacemos así desde 1986: publicamos todos los informes previos de estas jornadas, trabajos preparatorios de los dos años precedentes. Es todo un desafío llegar a hacer dos libros coherentes con varios centenares de autores de los cuatro rincones del planeta. Publicamos estos dos volúmenes que indican que la cuestión de la duración de las curas fue una cuestión inmediata para Freud. Uno de los informes previos recuerda esta frase de Freud que data de los inicios, de los años '10, donde dice, caricaturizando un poco: "al comienzo, no sabía cómo hacer para que los pacientes se quedaran y no se fueran una vez que se obtenían los primeros efectos terapéuticos; hoy en día, me pregunto con ansiedad cómo terminar las curas". Se sabe que en esos años, Freud va a fijar arbitrariamente y de manera no muy feliz un término al análisis del Hombre de los lobos. Es un viejo tema freudiano que va a llevarlo bastante más tarde a escribir un gran texto: "Análisis terminable e interminable" que trata el fin de la cura. Por lo tanto, en vida de Freud, y durante un período considerable, Freud comprobó que las curas se alargaban. Entonces, no somos los primeros en producir algunas explicaciones; es verdad que, de entrada, aparece la cuestión de las relaciones del psicoanálisis con la terapéutica; que el psicoanálisis sea terapéutico, na-

die lo duda, ha sido establecido de manera sólida y honesta, no podemos dudarle. Pero, rápidamente, el psicoanálisis no pudo considerarse como solamente terapéutico porque Freud descubrió que el sufrimiento mental, y en particular el que procede de la insatisfacción que procuran los síntomas al sujeto, incluso su dolor, es en sí mismo una cura, un compromiso que lo protege contra algo que sería más insoportable aún. Haciendo un mal juego de palabras, podríamos decir que el psicoanálisis sería curar la cura; que así, las personas que vienen a ver a un analista, vienen porque la cura que es su neurosis, los hace sufrir más que lo insoportable que se supone que estos síntomas les permiten soportar. De entrada, el psicoanálisis, por el mismo hecho de que descubriría el secreto de la formación de los síntomas, se presentó de manera paradójica frente a esta cura. Rápidamente, los analistas como los analizados, no se contentaron con los primeros efectos de alivio. Hay una exigencia de verdad bilateral. Alguien que inicia un análisis quiere saber la verdad sobre la causa de su sufrimiento y el analista sabe que él sólo será de utilidad si le permite descubrir esta verdad. Esta preocupación por la verdad que causa su sufrimiento, vuelve al sujeto exigente, insatisfecho con las soluciones que se obtienen demasiado rápido; primera razón pues que es consubstancial al psicoanálisis. Apenas inventado, debía suceder esto.

Segunda razón, usted lo dice en su pregunta, es el descubrimiento de que, en aquello de lo que más se queja, subyace algo en lo que se deleita. El sujeto goza secretamente de sus síntomas, y es lo que Freud asoció al fantasma que pronto constituirá la piedra angular del funcionamiento del inconsciente, en 1909. Y que el sujeto explore este fantasma es muy difícil, pues le cuesta confesárselo ya que este fantasma parece gustarle y funciona al tiempo que es ignorado. El sujeto se encuentra pues en una posición de cierta desorientación cuando tiene que descubrir lo que le gusta secretamente en aquello que lo hace sufrir. El psicoanálisis se confrontó tempranamente a esta dimensión del fantasma que reclama cierto tiempo, mucha más precaución, y que no soporta ningún efecto de sugerencia; el sujeto debe descubrir él mismo lo que está en juego.

El malestar en la civilización, sí; las condiciones de vida de nuestra época no son las mismas que las de la época de Freud; pero esto nos llevaría a hacer sociología. No lo haré, me parece demasiado alejado de su pregunta. Me parece que la razón principal es la exigencia de verdad que es el carburante mismo de la cura. Creo que el malestar en la civilización lo atiza; cuanto mejor van las cosas, más viene algo a negar la especificidad radical del sujeto, y por ende, refuerza la exigencia de descubrir la singularidad propia de cada uno. Cuanto más uniformizada está la vida de la gente gracias al progreso, más quiere la gente poseer la palabra que define su singularidad; y se toman el tiempo para ello.

Última razón, pero no menos importante, ya que estas jornadas estaban dedicadas al pase, para ser analista hay que hacer un análisis. Freud y Ferenczi lo descubrieron rápidamente. La experiencia analítica no se transmite más que por la experiencia de un análisis. Se pueden transmitir pasiones, saber, odios

de pueblos a pueblos, de generación en generación sin siquiera saber por qué. No existe saber alguno que permita escapar de la experiencia analítica; el psicoanálisis sólo se transmite de esta manera. En el transcurso de esta experiencia, un cierto número de sujetos ven nacer en ellos el deseo de practicar el psicoanálisis, mientras que todo indica que ni bien aliviados del peso de su sufrimiento, deberían evaluar esto en términos de beneficios y pérdidas; pues no, ciertos sujetos, en cantidad muy significativa, a través de su cura y de la manera más singular, ven, para su sorpresa y decepción, nacer el deseo de analista que no es simplemente el de abrazar este oficio, sino que es el de ser el que está en el lugar de despertar el deseo del analizado de hacer un análisis. Esto sorprende al sujeto, y es necesario mucho tiempo para construirlo, depurarlo, hacerlo verdaderamente operatorio. Si en realidad queremos que los psicoanalistas no sean personas que se reclutan confraternamente, como en las asociaciones profesionales, pues entonces esto no puede hacerse más que con el examen de este deseo de analista.

Vertex: Una de las lecciones de este Encuentro es que se debe distinguir entre salida, fin y conclusión del análisis. ¿Podría explicitarlo?

F. Leguil: Una salida de análisis es alguien que se va, que pone un fin a los encuentros regulares, es un hecho. Hay tantas salidas como entradas. En un momento dado, se detiene. ¿Consideramos que estas salidas son contingentes, que no hay más por saber a partir del momento que no hay ganas? Para nada, y Lacan nos ayuda enormemente a distinguir entre la terminación de la cura por razones lógicas, casos donde la cura no puede ir más lejos, y todas las salidas que desde el punto de vista de esta terminación, son prematuras; no en el sentido en que estarían bien o mal, sino relacionadas a la lógica de la experiencia. Hay, para Lacan, una lógica profunda que hace que no pueda analizarse uno eternamente, que en un momento dado, se tropieza uno con algo y que el tratamiento de ello precipita al sujeto hacia el fin de la cura. Todo lo que llamamos salidas es lógicamente anterior a esto. Es muy honorable; los sujetos no están obligados a ir hasta el final; y llamamos conclusión al momento en que el sujeto llega con una enseñanza de lo que ha sido su cura que vale como conclusión, qué clase de sujeto es ahora, qué deseo nuevo lo anima. Es lo que privilegiamos con el pase; por lo tanto, a partir del punto de perfección de esta terminación, la utilizamos como un dispositivo clínico que nos permite teorizar todos los finales de cura, las otras salidas de cura. Lacan invirtió así completamente la problemática. La IPA, distinguiendo a los psicoanálisis didácticos y a los psicoanálisis terapéuticos, propone que los psicoanálisis didácticos son más simples, que se hacen para aprender lo que es un psicoanálisis y que es porque las personas están menos enfermas que se puede ofrecerles la didáctica. Lacan considera que hay sólo una cura en el sentido que ésta permite pensar todas las otras, es un instrumento heurístico de investigación que permite ver todas las salidas anteriores, por qué el sujeto no quiso ir más lejos, etc...

Es pues una exigencia de rigor para nosotros el

distinguir fin y conclusión, rigor no ya científico pues sabemos hasta qué punto el psicoanálisis no es una ciencia; sin embargo, tiene la ambición del rigor que la ciencia debería mostrar y es por eso que hacemos la distinción.

Vertex: En este tema del fin del análisis, Lacan es más optimista que Freud, al considerar que puede alcanzarse. ¿Es esto una buena nueva?

F. Leguil: Antes que nada quisiera hacer un comentario sobre el pesimismo de Freud. Al releer "Análisis terminable e interminable" se pueden ver, en efecto, ciertos conceptos desilusionados de Freud. El análisis terminaría en un punto diferente para cada sexo, de marcada reivindicación para las mujeres y en la protección frente a una amenaza para los hombres. Freud consideraría el escollo de la castración como un obstáculo infranqueable. Esta es la versión más divulgada, pero es una versión que degrada el texto de Freud. Freud no es pesimista; tenía una pasión de la ignorancia, un deseo de saber incontestable, y si se relee este texto a la luz de lo que es esta pasión de la ignorancia, es decir, un querer saber más, vemos que Freud no es pesimista; simplemente quiere ir más lejos. Allí donde se lo juzga pesimista, deberíamos leerlo como un hombre que quería saber más. El escepticismo de Freud no es más que ese deseo de saber más. Si tuviéramos aquí el libro, yo podría mostrarle tres o cuatro puntos donde Freud va a buscar a Fausto y a Goethe para mostrar hasta qué punto si está insatisfecho con lo que ha obtenido como posibilidad de teorizar el fin de la cura, está insatisfecho porque quiere saber; esto es radicalmente optimista. Es formidable que un hombre a esa edad, víctima de los dolores de uno de los cánceres más terribles, haga un texto sabiendo que va a morir, diciendo: arremanguémonos, no sabemos lo suficiente. Si esto es pesimismo, entonces viva el pesimismo.

En Lacan hay una tonalidad reservada. Habló de lo peor, prometió a la humanidad un futuro no precisamente alegre; digamos que está más armado que Freud, primero porque leyó a Freud, y porque pudo forjarse un instrumento lógico que llamó el objeto *a*, que le aportó ideas sobre el fin de la cura y su lógica, ideas que le permitieron afirmar que él llevaba los análisis más allá del escollo de la castración, más allá de ese punto donde el sujeto sólo se reconoce como identificado a significantes esenciales de su historia, y, esto en Lacan es una tonalidad no pesimista, al contrario. Se puede llevar al sujeto hasta una depresión de la aprehensión de su condición, de su ser, y se puede hacerle pasar de ese punto de depresión para hacer de él un sujeto que esté animado por un deseo indestructible. Por lo tanto hay en Lacan un optimismo paradójico. Si se sabe hacerlo, se llevará al sujeto hasta lo peor para que después se encuentre sólidamente construido. Creo que es una buena nueva; por otra parte Lacan dice que lo que él llama la destitución subjetiva, inscrita en el boleto de entrada, es una buena nueva. Lacan dice también que es una garantía, que el hecho de que podamos probar que hay un fin de la cura es una garantía de que nos debemos a los analizados que comienzan. Es considerable. Si releemos su texto sobre la "pro-

posición del pase" de octubre de 1967, allí dice claramente que lo que propone para escrutar y saber más sobre el fin del análisis es una garantía dada al que comienza su cura de que si hay un fin, que no será abandonado en el camino. Lacan piensa hasta tal punto que es una buena nueva que va a hacer del psicoanálisis un discurso que comparte con otros tres discursos las formas esenciales de lazo social. Pone al discurso psicoanalítico verdaderamente al nivel de misión para el mundo, misión de oponerse al discurso del maestro ya insoportable para el sujeto por los mismos desarrollos de la modernidad. Hay pues en Lacan esta dimensión de buena nueva que no es un evangelio porque no es una promesa de acceder al ser que vendría por el Otro, por Dios, por todo lo que servía para el sujeto como potencia tutelar; es un acceso al ser, por el contrario, por la asunción de su condición mortal, es una promesa de hacer a la muerte soportable, inclusive de hacer de ella la causa de una alegría de saber. No es una revelación de un saber sobre el más allá.

Vertex: No está asociado a una causa final.

F. Leguil: Así es; es una buena nueva que viene en relación a que hay un saber posible más allá de lo que se creía era su límite.

Vertex: La quimioterapia, ofrecida para todo propósito y que se jacta de ser evaluable en sus efectos, alivia al sujeto de su angustia. El psicoanalista ¿tiene algo mejor que ofrecer?

F. Leguil: Ofrecer la quimioterapia para todo propósito es condenable; es el nuevo opio del pueblo. En cuanto uno tiene un problema, el médico le ofrece olvidarlo todo y dormir tranquilamente. Pero creo que sería menospreciar a los quimioterapeutas el pensar que todos son así, y no veo por qué el psicoanalista debiera tener una actitud condescendiente. La quimioterapia es una respuesta de la técnica médica, que logró inventar productos que tienen cada vez menos efectos secundarios, que constituyen un progreso y que alivian a los que son incapaces de pedir un análisis, o a aquellos que son incapaces de pedir que sea a través de la palabra que se obtenga la mejoría que buscan. Creo que si el quimioterapeuta es honesto, podrá sin problemas avisar a su paciente que hay otros métodos de encontrar la salida, tratando de saber qué pasa. En todo caso, no comparto en absoluto el menosprecio de ciertos analistas respecto de la quimioterapia.

Ahora bien, ¿la quimioterapia se jacta de ser evaluable por sus efectos? Pues bien, cuando los leemos, se vuelven modestos. Los más honestos, y hay muchos, dicen que no hay gran cosa que sea evaluable; y existe una discordia, una diferencia considerable entre lo que fue la clínica psiquiátrica clásica y lo que sus productos les permiten observar. Se tiene la sensación de que todo es cuestión de práctica, lo que las revistas dicen al respecto es muy poco convincente. No se han encontrado productos de una topicidad tal y de un tropismo tal que curen tal tipo de alucinación y no tal otro. Todos los psiquiatras que he consultado dicen que es con cada paciente que ven lo que puede aliviarlos o no, y haciendo esto vemos quizás el único punto de solidaridad que nos li-

ga a la medicina; no es que el psicoanálisis sea médico, sino que tenemos como punto solidario el hecho de que nosotros sólo podemos operar caso por caso. El psicoanalista ¿tiene algo mejor que ofrecer? No lo creo, tiene otra cosa para ofrecer. ¿Es mejor? Evidentemente, para nosotros sí. Pero un psicoanálisis sólo se produce cuando es el sujeto quien piensa así; y todos nosotros tenemos en nuestro entorno a personas que sufren en gran medida, que saben lo que es el psicoanálisis y comprueban sus efectos benéficos en nosotros, y que sin embargo, no tienen deseo alguno de lanzarse a hacer la experiencia.

Vertex: ¿Podría decirnos su posición respecto de las psicosis?

F. Leguil: La psicosis no es en modo alguno una contra-indicación para el psicoanálisis. Nos negamos rotundamente a dejarnos intimidar por los psiquiatras, y aun nuestros colegas a veces, que dicen que es un error, incluso una superchería, pretender aliviar la psicosis con el psicoanálisis. Vienen sujetos psicóticos, en cantidades crecientes, que realizan curas y resultan modificados. ¿Se curan de su psicosis? no más de lo que se cura uno de la neurosis, pero esto les hace la vida soportable, les permite reencontrar su dignidad y participar del mundo y la familia de una manera que, francamente, despierta respeto. La contra-indicación para el psicoanálisis, es que el sujeto no lo desee; pero si hay un deseo decidido de comenzar, con tal que el analista tenga la competencia suficiente para no precipitar a su paciente en abismos de los que no saldría más, no hay ninguna razón para este tipo de prejuicio. Debemos ser totalmente claros, no hay excluidos.

Vertex: ¿Qué modelos de fin de análisis se desprenden de estos casos de psicosis?

F. Leguil: Los modelos también deben ser estudiados en serie, es decir caso por caso, luego, ver lo que se asocia. Algunos salen y quedan constantemente en un lazo de transferencia con el analista; y, hay sujetos en los que la infiltración del drama psicótico ha sido lo suficientemente enmarcado por ellos, o para el cual se han encontrado puntos de suplementación que hacen que una cura de duración variable pueda permitirles emerger de la desdicha en la que se encontraban sumergidos, con algunas claves que les permiten a menudo evitar recaer en su sufrimiento.

Vertex: El VIII Encuentro es el segundo de un ciclo de tres. Recordemos la trilogía lacaniana: táctica, estrategia, política. ¿Por qué comenzar por la estrategia ("Las estrategias de la transferencia", Caracas, 1992), seguida por la política ("La conclusión de la cura", París, 1994), y terminar por la táctica ("Los poderes de la palabra", Buenos Aires, 1996)?

F. Leguil: Lacan modifica el orden clásico que es: táctica, estrategia, política. Esta trilogía, Lacan la enuncia en "La dirección de la cura" que data de 1958. Es sorprendente tener la sensación de descubrir cosas que se enseñaron hace 36 años. ¿Qué dice Lacan? Invierte lo que diría todo buen militar o toda persona confrontada a una situación donde se aplican esos términos; una situación de guerra por ejem-

plo. Lacan dice que el analista es muy libre en su táctica; es decir que, sesión tras sesión, el analista goza, día por día, de una gran posibilidad de iniciativa para la interpretación. Puede calcular el momento donde va a darla, o puede retenerla; debe tener una cantidad considerable de elecciones para hacer, para saber cuál interpretación dar. Eso es la táctica.

En cuanto a su estrategia, el psicoanalista es menos libre, dice Lacan. La estrategia es la manera en que el analista va a dirigir la cura, habida cuenta del análisis que hace de la transferencia y del lugar donde lo pone la transferencia. Es menos libre de ser determinado por el lugar en que lo coloca la transferencia.

Lacan dice que es aún menos libre en su política, ya que la política es tener una concepción ética del psicoanálisis, a saber, llevar al sujeto más allá de lo imaginario, quizás incluso más allá de lo simbólico, a confrontarse con lo real que está en juego en su sufrimiento y su división. Esta exigencia de tocar lo real de la causa es lo que Lacan llama política y que determina al psicoanalista a no contentarse con ninguna solución intermedia.

Es al revés. Fijese que los militares no son libres en su táctica; ésta se halla limitada por el terreno, por las armas de las que se dispone, y por lo que hace el adversario. Son más libres en su estrategia. Pueden decidir atacar en tal lugar, retirar sus tropas a tal otro. En cuanto a la política, los políticos pueden decidir entrar en guerra o no, modificar sus alianzas, etc. Por lo tanto, en el discurso del maestro, no se es libre en la táctica, un poco más en la estrategia, y más aún en la política. Lacan demuestra ya en 1958 que para el analista es todo lo contrario, la situación se invierte.

Entonces, ¿por qué la serie de Encuentros está organizada en este orden? Jacques-Alain Miller tuvo la idea de proponer que tres de los Encuentros se dediquen a esta trilogía: estrategia-transferencia, política-pase, táctica-interpretación. Expuso su explicación en París, dos años antes que Caracas, mostrando su estricta coherencia. Es decir, comenzar por un estudio de la transferencia ya que sin ella, la cura no existe: no hay cura sin transferencia. En el comienzo era la transferencia, dice Lacan, creo que parafraseando a Goethe.

Le sigue la política por que, en el fondo, ¿por qué la cura, y en qué desemboca ésta? Terminar por la interpretación tiene sentido una vez que se ha rastreado el terreno a nivel primero de la condición misma de la cura, luego, a nivel de aquello a lo que apunta. Condiciones del nacimiento de una cura: estrategia, qué objetivos se eligen: política, finalmente cómo el analista se las arregla con los poderes de la palabra, cómo obra por la interpretación respetando la experiencia de la transferencia y en función de los objetivos que persigue; a saber, permitir al sujeto acceder a lo real que modifica completamente las cosas. He aquí el espíritu de este impresionante programa: había 2000 personas en París, eso quiere decir que hay en el mundo una comunidad de 3500 personas que reflexionan sobre lo mismo. No es nada despreciable, y nos permite pensar que en 1996 algo habrá cambiado profundamente en nuestra comunidad que es extremadamente amplia, y quizás en la historia y el futuro del psicoanálisis ■

Fin de análisis con niños o final/es de un tratamiento posible en la infancia y la latencia

Carolina Scherman

Psicóloga. Residente de 4º año del Hospital Municipal "R. Gutiérrez". Buenos Aires

Los días 23, 24 y 25 de noviembre de 1994, en los salones de la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) de la Capital Federal, tuvieron lugar las Jornadas de Residentes de Salud Mental del Área Metropolitana. Una concurrencia masiva a las mismas así como la presentación de 54 trabajos escritos por 85 autores y reuniones plenarias, todo ello girando alrededor de los ejes de "La Clínica" y "La formación" subrayaron la calidad y fueron medida del esfuerzo realizado por sus organizadores y participantes.

Vertex había actuado como Jurado de las Jornadas del año anterior y publicado los trabajos que resulta-

ron con mención (ver nuestro N° 15). En esta ocasión uno de nuestros directores, J. C. Stagnaro formó nuevamente, esta vez junto a Juan Dobon, Emiliano Galende, Aníbal Goldchluk, Laura Mosquera y Adriana Rubinstein, el Jurado de premios, los cuales fueron otorgados a C. Scherman (1er Premio, Área Clínica), M. Asencio (2º Premio, Área Clínica), G. Aristegui (1er Premio, Área Formación) y S. Bardotti (2º Premio, Área Formación).

A continuación, como se anunció en las Jornadas publicamos el trabajo de la Lic. Scherman y en el próximo número presentaremos los demás.

Ya en el título estoy intentando cercar algo que se escapa por su carácter de borde abierto, si tenemos en cuenta el *impasse* que representa la infancia y la latencia. *Impasse* que será retomado en la pubertad con la segunda vuelta por la castración y nueva elevación del órgano a significativo fálico.

Si bien los tratamientos con niños tienen ese carácter de inconcluso, ese sesgo de interrupción, se puede pensar cómo se disponen las piezas y hacia dónde van. Pueden pensarse diversos recorridos.

Para pensar cómo terminan los tratamientos psicoanalíticos en la infancia hay dos consideraciones necesarias que ubicar:

1) En qué consiste la operación de la infancia.

2) Que la infancia pone entre paréntesis hasta la pubertad y la adolescencia las posiciones de esta operación.

El niño es un Sujeto en estructuración, en vías de constituirse como Sujeto del Inconsciente, escindido por la represión. La operación de la infancia consiste en instaurar esa escisión correlativa de que se instaure la falta del Otro.

Escisión que Freud ubicará en

el sepultamiento del Complejo de Edipo, nódulo de la neurosis que jugará sus efectos en la adultez, dado que la sexualidad se ordenará en torno a la salida que marque el posicionamiento frente a la castración a él anudada.

La legalidad del deseo en Lacan se articula al concepto de fantasma, que retoma el concepto freudiano de fantasía. Una ficción que anuda el ser del Sujeto respecto al Otro. En el *Seminario X* Lacan ubica en el fantasma un intento de respuesta a la pregunta por el deseo del Otro. La castración ubica una hiancia entre el Sujeto y el Otro. En tanto entre el niño y el otro no hay correspondencia unívoca del deseo, el niño se verá lanzado a intentar responder por lo que lo causa.

El fantasma cerca la angustia en tanto lo que el Otro desea puede decirse por medio de él. ¿Qué me quiere el Otro?

La neurosis infantil pone en juego la castración y articula la falicización del deseo del primer Otro: la madre. El síntoma en la neurosis infantil anuda el deseo de la madre y el nombre del padre. Es una hiancia entre el falo y el niño.

Todos los niños –dejando de lado lo pertinente a la psicosis infantil– hacen síntomas, que constituyen la neurosis infantil, nódulo de la neurosis adulta y de carácter universal.

El punto que nos convoca a los analistas es la fijeza de los mismos y cuando perduran en el tiempo constituyendo una "neurosis de transferencia", al decir de E. Porge(1), cuando los padres no pueden sostenerle la neurosis infantil. Es lo que Freud ubica como neurosis de la infancia(2).

La salida del Complejo de Edipo es el intento de la construcción de un fantasma. La neurosis infantil un recorrido hacia su armado.

La operación de división subjetiva queda entre paréntesis hasta la pubertad en tanto faltan la dimensión de posibilidad y puesta a prueba del posicionamiento sexual que se desprende del complejo de castración. Falta la posibilidad de realización del acto y el desplazamiento de la pregunta por el deseo de la madre a lo que quiere una mujer.

Hay quienes plantean que el tratamiento de un niño finaliza con el armado de un fantasma y quienes como Erik Porge sostie-

nen que el tratamiento consiste en remontar la transferencia de los padres en el punto en que pueden sostenerle al niño su neurosis infantil.

Si bien muchos tratamientos con niños –su gran mayoría– culminan con la reinstalación de la transferencia del niño con los padres allí donde ya pueden permitirles seguir cursando su neurosis infantil, en algunos casos se sostiene tratamiento más allá.

En esta ocasión dejo de lado aquellos finales que van en la dirección planteada por E. Porge, para recorrer otros posibles finales. En este punto quiero ofrecer a consideración dos materiales:

En el primero propongo pensar que en la culminación hay esbozo de un fantasma que se cerrará en la pubertad, pero que ya puede vislumbrarse. En el segundo hay atravesamiento de la neurosis infantil pero no detecté una construcción fantasmática.

Para estos casos en que se tramita la neurosis infantil creo que es posible pensar como propone Lidia M. de Basch(3) en un fin de análisis con una neurosis de transferencia a tramitar entre la infancia, la latencia y la pubertad, y con la caída del analista como resto separándose del ideal. Siempre teniendo en cuenta que un niño es algo incluso y que todo análisis con niños es de carácter abierto.

Mi propuesta es que se escribe en las últimas sesiones un significativo que metaforiza al tratamiento y al analista como resto; que tiene un efecto chistoso y de sorpresa.

Maríel

Tiene siete años de edad cuando su madre consulta enviada por la escuela, porque no se le entiende lo que escribe, tiene dificultades para realizar escalas numéricas y no se arregla bien con la organización espacial. La maestra la detecta triste, aislada y prefiriendo la compañía de varones con quienes comparte juegos como la pelota y silbar.

En las entrevistas con la mamá se articula una demanda: su preocupación y angustia por otras cuestiones que la niña “no da a

entender”, “no cuenta”. Se produjo un desplazamiento y nuevo sentido: de lo que Maríel no puede contar, de los números escala numérica, a lo que no le cuenta a su madre, y de la letra que no se le entiende a “cosas que M. no da a entender”. También se queja de que la niña a partir de un problema de salud que la mantuvo a ella un mes en cama, no deja de observarla y está pendiente de los remedios que toma. “Es una criatura que piensa mucho; observa y piensa pero no dice nada... pero después ¡dice cada cosa!”. “Necesita ayuda para que no absorba tanto” (¿No la absorba?). ¿Qué es lo que vió y no habló? El relato de la madre se desliza a lo traumático de un goce paterno no acotado, que burla la prohibición del incesto. El padre “... tenía manoseos raros con la nena, no quería que estuviese vestida, la desnudaba. *No quería que la vista*”. No puede verlo. Esto culmina en una denuncia de Maríel a los dos años y medio de edad: “El papi me pone el pipi ahí –señalando la entrepierna– y me duele”. Denuncia que la madre tarda en escuchar, reaccionando seis meses después con una separación, desde la cual no han vuelto a ver al padre.

Cuando nos consultan por un niño *lo infantil* de los padres, su propia castración no les permite sostener la tramitación, la simbolización de ciertas situaciones. El niño con el síntoma está convocado a un relevo de la transferencia con los padres, ahí donde no pueden sostenerle la neurosis infantil. Maríel no puede ser escuchada y observada en tanto se repite transgeneracionalmente el abuso sexual que sufriera su madre por parte de su padrastro.

Algunos momentos del tratamiento

En la primera sesión quiere “arreglar el auto, porque había sido chocado por desastroso, que le rompió hasta el traste”, llevarlo al service para que lo hagan a nuevo (seré su mecánico).

• Luego la sustracción del goce del Otro se tramitó vía la pulsión anal y la oral: personajes que huían diciendo “nos van a cenar”, y personajes que introduzco que se niegan a ser comidos.

• Sesiones destinadas a poner en escena un saber-no saber acerca de la sexualidad, y el límite de la sexualidad infantil. Max y su novia se besan. “Como tenía el pantalón bajo, ella le puso la mano en...” (detiene su relato e introduce la mano de la novia en el pantalón). ¿Dónde? “yo qué se, yo lo sé”. Los acuesta desnudos. Ubica la mujer sobre el varón. “Están haciendo... están haciendo el... están haciendo el a...” “los grandes hacen el a... cuando están casados”.

• Sesiones donde pone semáforos y barreras, luego de que a Max desnudo en la calle la analista le dijera “en la calle no se puede”.

• Se produce un movimiento en el tratamiento, en un juego donde los sobrinitos del Tío Rico no deben dejar de prestar atención (ver) para que el Tío Rico no muera. (Recuerdo en este punto el temor de la mamá de M. de morir y dejar a M. sola). Escribo un guión diferente con M., en boca de uno de los sobrinitos, intentando despegar al ojo atento de la imagen de la madre. Maríel concluye “... igual el Tío Rico es muy viejito, se puede morir cuando ellos no estén”. No es ella con su vista la que sostenga a la madre.

• Aparecen las escondidas. Deja de levantarse de noche para ver si su madre duerme.

• Se recorta su ojo. Una sesión, dispuesta a dibujar, me increpa: *Devolveme mi ojo*, en lugar de la hoja, que ciertamente no tenía yo; la tenía ella a la vista. “*Chuik*”, le devuelvo su ojo.

• Aparece un sueño de angustia. Una patota ata a la mamá y el hermano la rescata a Maríel. ¿Ella queda desatada de la madre? Primer sueño de angustia, diferente a los primeros sueños de satisfacción inmediata. Significativo en tanto la angustia es angustia de castración.

• Aparece en sesiones posteriores con intentos de nombrar, ubicar la diferencia sexual. Luego historiza un cuento: “los gatos y las gatas en la vida del amor”. Ubica de un lado al padre y los hijos varones, y del otro a la madre y las hijas mujeres.

• Sigue una época de producción de teorías sexuales infantiles: el coito sádico escenificado y verbalizado como “vení que te voy a reventar”, y el nacimiento de be-

bés por la panza. Luego propone jugar a que yo escriba las noticias y ella, periodista televisiva, las lee. Tomó varias sesiones.

- Luego es ella la que pasa a escribir, primero simulando una escritura y luego escribiendo con el alfabeto, hasta llegar a una noticia: *Una mujer es violada*.

- Muy cercana en el tiempo, se produce la remisión sintomática: comienza a irle bien en el colegio. Se le entiende lo que escribe, comenta la madre con sorpresa.

- Luego un juego donde los hombres tomaban por la fuerza y

la madre. Mariel parece preguntarse ¿qué tiene una madre para gustarle a un padre? Punto que deberá seguramente retomar en la pubertad, para desplegar la pregunta en torno a la mujer.

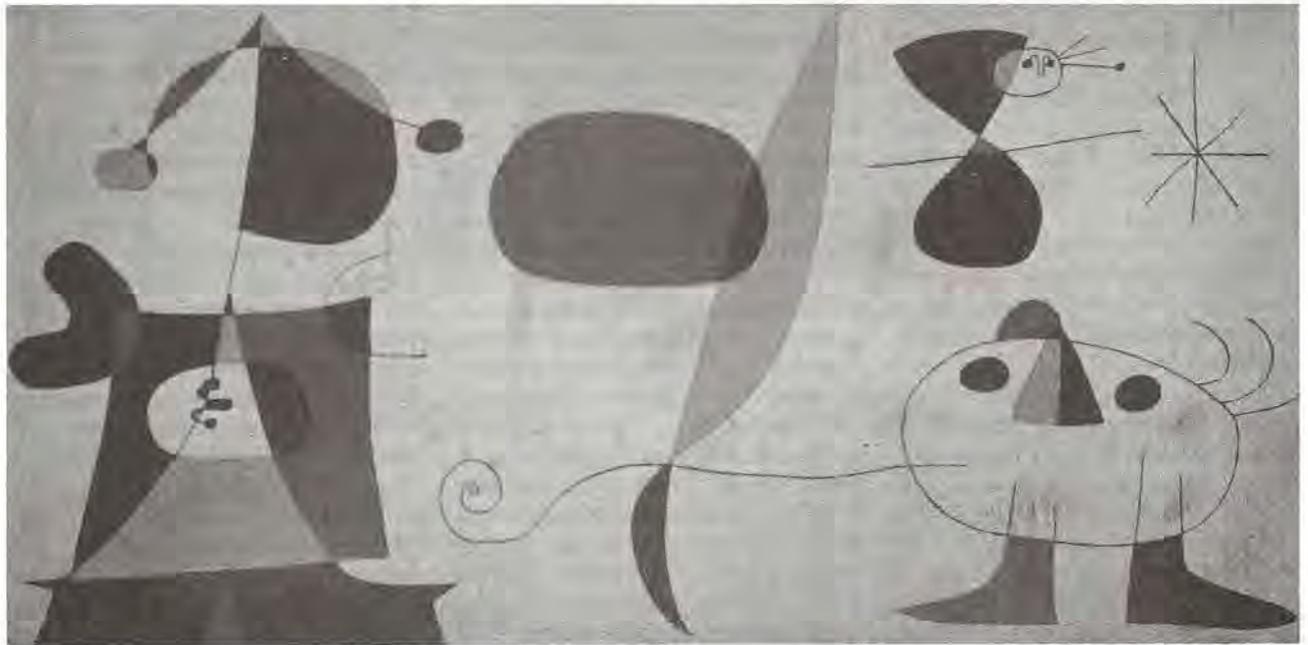
Tal vez este sea el punto en donde esto se retome.

Mariel pide a su madre me diga que no quiere venir más. Prefiere quedarse más tiempo en la escuela (salía media hora antes para venir a sesión). Pacto entrevistas con la madre y M. me propone para ella unas veces más.

Juega al veo-veo. En este juego

construcción del fantasma. Se ordena el goce y la sexualidad hasta donde puede ser ordenado en la latencia.

La sexualidad es traumática. Punto reduplicado en M. por una experiencia real, pero que tiene valor no *per-se* si no por cómo puede o no significarla e introducirla en su pregunta por el deseo del Otro y en la articulación con el Nombre del Padre es decir en el recorrido de su neurosis infantil, tendiente a que se produzca la metáfora Paterna, que dé una respuesta al deseo de la madre que



elegían a las mujeres, deja paso a que las mujeres eligen quien les gusta, dicen sí y no.

- *Un último viraje importante:* los matrimonios se desvisten "en privacía" dirá, retirando los muñecos de mi vista. En las últimas sesiones, aparecen escenas entre un padre, una madre y una hija, donde ella articula una doble prohibición: al padre y a la hija. Prohibición del Incesto. La hija es retada por tocar las gomitas de la mamá en su dormitorio. Mariel sentenciará: "Tiene que aprender que las cosas de la madre no se tocan". La hija, por otra parte "no tiene que ver" como se desvisten los padres "en privacía". Por su parte el padre dirá "espero que mi hija no venga porque no estoy vestido". "Me voy a bañar ahora que duerme" perfeccionará luego, dejando ya el coto de lado del padre. La hija quiere los vestidos de

un participante no sabe lo que mira el otro; está en posición de adivinar, no hay identidad del objeto circunstancial de la pulsión escópica. Se ha roto la correspondencia, la atención de M. al Otro.

Propongo pensar el esbozo de un fantasma, que se deja leer en la escena entre la madre, el padre y la hija, cuyo texto sería "*Que no, la vista*", como vuelta de guante y transformación de la frase que porta el goce del padre "*Que no la vista*", acotando al padre y a la hija, insertándolos en una dialéctica del deseo atravesada por la prohibición del incesto. Converge este fantasma en construcción, el deseo de la madre, en tanto primer Otro, tocando su propia castración, y el goce del padre.

"*Que no, la vista*", fue a su vez metáfora del recorrido del tratamiento, punto a tener en cuenta para resaltar la dimensión de

negativice al niño como falo.

La mamá de M. no podía ver ni escuchar, no sostenía el lugar de sujeto Supuesto Saber que los padres toman para que se despliegue la pregunta por el deseo. En su tratamiento M. hace un recorrido por esta pregunta, recorrido que va de la mano de la castración en sus dos vertientes: la falta en la madre, y el correlato: el niño castrado, no complementándola. Si vemos el recorrido de M. en el tratamiento, la encontramos en sus comienzos ubicada como falo-varoncito (complejo de masculinidad), pasando por un intento de ubicar la diferencia sexual. Vemos también un despliegue de las teorías sexuales infantiles, que estaba obturado por un pseudo saber acerca de la sexualidad. (La que sabía y no hablaba). Entiendo que M. ha tramitado su neurosis infantil, y está a la espera. En Freud, la se-

ducción del Padre como fantasía en las histéricas toma la posta dejando atrás la teoría traumática.

Daniele Silvestre en su artículo "El Fantasma" (4) remarca en Freud además de esta vertiente imaginaria, la Simbólica como en "pegan a un niño" al aislar la frase gramatical detrás de la fantasía. Allí las "significaciones múltiples de esta frase ponen en juego la significación fálica que la presencia del padre viene a sostener... erotismo amor y culpabilidad ahí presentes ligados en cierto modo por el padre".

¿No es posible acaso reconocer este entramado entre estas dos frases "Que no la vista" y "Que no, la vista"?

En su vertiente Simbólica el fantasma viene a fijar una significación (de la falta del Otro) regulando deseo y goce. Daniele Silvestre ubica que para Freud el que soporta esta significación es el padre.

Significación provisoria en la infancia. Pero Mariel empieza a escribir otro padre, el de la función Paterna.

Ultimas sesiones después del pedido

Propone jugar a las escondidas, pero me advierte que esta vez debo contar yo.

A medida que van sucediéndose los escondites se dibuja un recorrido que va desde el fondo del servicio de Psicopatología del Hospital de Niños hasta las escaleras que conducen al afuera (pasando por la sala de espera donde está esperando su mamá). En la sesión siguiente retoma el mismo juego, toma juguetes que utilizó en el tratamiento, aparecen pequeños *flashes* de momentos del tratamiento.

Nos disponemos a terminar y un "se me ha ocurrido una idea genial" la entretiene con los juguetes. Se sienta en la mesa. Yo estoy enfrente suyo. Pone los muñecos de su lado, los hace dialogar y progresivamente con un "vamos a volar" uno por uno los juguetes vuelan y aterrizan de mi lado. Concluido el vuelo preguntó ¿Se quedan acá? Mariel: Sí. Parece simbolizarse la partida del tratamiento. Mientras yo cuento, ella se descuenta y luego hace volar los juguetes. *El contar* es un

Significante privilegiado del tratamiento y está anudado a su síntoma del inicio del tratamiento: a su neurosis infantil.

Me deja contando: entiendo que caigo como resto de este tratamiento y que ella vuela. Además me va a dejar sin un dibujo. Me reclama el de los gatitos y las gatitas en la vida del amor, y prometida allá va.

Ana

Ana tiene 5 años cuando sus padres consultan angustiados por la masturbación y los juegos sexuales que si bien consideran propios de la edad, "les parecen un exceso". A raíz de un reflujo vesical sufrió dos intervenciones quirúrgicas al año y medio y a los tres años y medio de edad y continuos estudios, entre ellos uno de carácter intrusivo: la urodinamia. El padre dirá "siento que están violando a mi hija". La madre me pregunta si puede ser sadomasoquista en el futuro, pregunta que la remitió a su propio entramado edípico.

Ana se introducía lápices en la vagina y hacía lo mismo a su hermanita. Pero los padres no podían significar esto como un juego. Ana jugaba al Dr. y metía lápices a las muñecas. En entrevistas pueden empezar a pensar que se trata de un juego, pero para olvidarlo prontamente, impregnados de angustia por estas manifestaciones de sexualidad infantil.

No quería ir al colegio, ni a danza... lloraba en los cumpleaños porque "extrañaba a mamá". Dirá a su papá: "Uds. me acostumbraron a que estuviera siempre acompañada, que no estuviera sola". Por las infecciones y el cuidado de su salud, a los padres les costaba dejarla, según decían y le daban "casi todo". No quería ir a ningún lado, prefería quedarse en casa.

El uso de pañales hasta los tres años y medio, por la vesicostomía, le impidió "jugar libremente con otros chicos", dado que debían cuidarla del riesgo de una infección y no podía sentarse en el piso -por indicación médica- como otros niños, en la plaza. Reconocen un exceso, de su lado.

Solo le interesaba comer... esas eran las salidas que sí aceptaba;

cuando el programa era salir a comer.

Esta niña con presencia materna y comida en exceso y con dificultades para jugar con sus pares, dificultad ubicable del lado de una Inhibición, estaba subjetivamente ubicada como falo imaginario de su madre.

Algunos momentos del tratamiento

De la primera época del tratamiento son los dibujos de su madre, ella y su hermana y la escritura de su nombre al lado de su madre, y una frase: *Anaama Amama* (Cómo se confunden los nombres!) y un *Pap* del que acota "no me quedó lugar para papá".

Pasa a dibujar el contorno de una muñeca que apoya sobre el papel, para luego vestirla en el dibujo.

Relatos de películas que le permitieron bordear vía lo Imaginario la castración, como Edwards "manos de tijeras" que pasa a contarme así: "El inventor se murió antes de terminarle las manos. El único que le podía dar las manos era el inventor... en su lugar le pusieron tijeras". Castración Imaginaria que cae sobre las manos, aquellas mismas que los padres le sugerían guardar bajo la almohada en el momento de dormir para no tentarse y tocarse.

Luego jugamos a "*Hacer comida*". Por comer mucho tiempo o tardar en hacer la comida, se hacía tarde para ir al jardín, y cuando llegábamos todos se habían ido. (*Hacer comida-ser comida* por esta madre que la retenía y no la dejaba entrar al jardín).

Vestimos muñecas para ir al baile. La de ella dice "cuando yo quiera puedo sacarme lo que quiera a no ser que no tenga nada y esté desnuda". La falta en la mujer, desnuda para ver qué tiene y qué no y vestida velando la falta.

Escribe el nombre de su papá.

Escribo un cuento que me dicta, y dibuja un cuento al que tenía miedo: el de una niña privada de comida y "sin ropa, sufriendo el frío": *La vendedora de fósforos*. Escribe otros cuentos.

Pasaje de la inhibición a la fobia (neurosis infantil): el miedo al *Profesor de música*, de quien acota "tiene la letra con la que empieza

el nombre de mi papá". Suplencia del Nombre del Padre, con carácter transitorio. Por esa época además ya no se masturbaba.

Vestirse para una fiesta y sorprender con la ropa que está abajo.

Luego fuimos diseñadoras de modas, dibujando modelos de vestidos. Me pidió que, al igual que ella, dibujara las perchas. Se fue agregando a este juego el desfile de modelos y las señoras que compraban vestidos. Luego el padre le compraba zapatos en un cuento.

Jugamos a *La bella y la bestia*. Además del significante *Bestia* en juego, la bella se debate entre el padre y el hombre.

Prepararse para un baile, donde un príncipe nos iba a elegir.

Empieza a querer ir a jugar con su amiga más dilecta en días de sesión. Dos meses después me dice "yo te quiero mucho, pero no me dan ya ganas de venir a jugar". Le había pedido primero a su madre que me lo diga, pero ésta reconoce sonriendo no haber dicho nada "por temor a si va a poder arreglar sola".

Habiendo tomado su pedido, me pide "dos... no, mejor tres veces más quiero venir".

La última sesión

A: "estoy probando los colores... el amarillo va a ser para vos y el rosa para mí" Escribe rosa con color rosa. (En este punto recuerdo que ella había comentado tiempo antes de jugar a las diseña-

doras, que le había tocado en danzas usar vestido amarillo y que no le gustaba, que quería el rosa).

Quedo ubicada como resto, al darme el vestido por ella despreciado. Dibuja y me propone adivinar antes de que finalice su dibujo.

"Tenés 27 oportunidades... si adivinás es por casualidad".

Esto la ubica diferente.

Durante el tratamiento era frecuente el "adivina...". He caído de este lugar de "Sujeto Supuesto Adivinar".

Propone jugar al ahorcado. Tengo que adivinar. "Esperá que te hago la horca", y me advierte "Si no completaste la palabra vas a la horca" (le hago caso y pierdo).

La primera palabra es *Ropa*. Me mira y me dice "Fuiste colgada". En el desplazamiento de ahorcada a *Colgada* por no adivinar *Ropa*, quedo ubicada como resto (plantada) y rememora la *Percha* que debíamos hacer cuando diseñábamos vestidos. ¿La percha en tanto lo que queda en el ropero cuando uno se pone la ropa?

Me toca el turno a mí. Elijo *Profesor*. No lo adivina. "Ahora yo hago las horcas". Las palabras que elige: lona-laso y finalmente su nombre *Anita* que no adivino, por supuesto. Lo tacha. Escribe: *Perdiste*. La pierdo a ella y en el acto de escribirlo ¿se pierde de mí? Me cuelga y la pierdo.

En Ana no encuentro formulación fantasmática, pero ha cursado su neurosis infantil y se debate entre el padre y los hombres, cuestiones que retomará en la pubertad.

Colgada es un Significante que metaforiza mi posición como resto y creo que representa junto con la *Ropa* una manera de nombrar el recorrido de su tratamiento.

La ropa acotó el goce del Otro (madre que la controlaba para ver si se masturbaba, médicos, estudios) recortó un cuerpo, pasó a velar la falta y comenzó a nombrar los emblemas de la feminidad ("para que el príncipe la vea linda").

En ambos finales hay pedido de agregar sesiones, en las que parece duelarse el tratamiento. Caída de la transferencia y desplazamiento del juego a los pares. Aparecen metáforas que significan esa caída y condensan el recorrido del tratamiento y convocan a pensar el estatuto de la transferencia en las últimas sesiones. ¿Es posible la transferencia simbólica porque estos niños cuentan con el recuso de la metáfora?

Quiero aclarar que no pienso que todo niño deba llegar hasta un punto predeterminado en un tratamiento, ni que el hecho de que se interrumpa el tratamiento para seguir armando su neurosis sostenido por sus padres sea de menos valor. El tratamiento se sostiene hasta el punto en que los padres y el niño puedan retomar el punto de detención allí donde se jugó la castración de los padres como límite. Pero a veces permiten que el tratamiento siga su curso reformulándose la demanda, que a veces hace su entrada en los pedidos de entrevista ■

Notas bibliográficas

1. Porge, E., "La transferencia a la cantonade" en *Litoral* N° 10, Córdoba, 1990.

2. En el texto de E. Porge, se encuentra un recorrido por el uso que da Freud al concepto de neurosis infantil y al de neurosis de la infancia. Destaca al de neurosis de la infancia para síntomas que comprenden un cuadro similar a la neurosis de los adultos, en los niños. El de neurosis infantil remite tanto a lo que se reconstruye en los análisis de los adultos como fobias y síntomas para todo niño, de carácter universal.

3. Matus de Bach, L., "Sobre el fin de Análisis y Análisis de Niños", en *Actualidad Psicológica*, año XVI, N°177, págs. 10 a 12.

4. Silvestre, D. "El Fantasma", en "Aspectos del Malestar en la Cultura", Ediciones Manantial, Buenos Aires 1989.

Bibliografía

Freud, S., "Lecciones de introducción al psicoanálisis", conferencia 23 y 24, *Obras Completas*, tomo II, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva.

Freud, S., "Moisés y La Religión Monoteísta" *Obras Completas*, tomo III, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva.

Freud, S., "Pegan a un niño" en "La Organización Genital Infantil", *Obras Completas*, Tomo I, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva.

Lacan, J., Seminario X "La Angustia" publicado por la Escuela Freudiana de Buenos Aires.

Laurent, E., "El Niño y Su Madre" en "El Análisis N°1", Barcelona, España, Fundación del Campo Freudiano.

Matus de Bach, L., "Sobre el fin de Análisis y Análisis de Niños", en *Actualidad Psicológica*, año XVI, N° 177.

Porge, E., "La Transferencia a la cantonade" en *Litoral* N° X, Córdoba 1990.

Silvestre, D. "El Fantasma", en "Aspectos del Malestar en la Cultura", Ediciones Manantial, Buenos Aires 1989.

Silvestre, M. "La Neurosis Infantil según Freud", "Mañana el Psicoanálisis" Editorial Manantial, Buenos Aires 1988.



LECTURAS

Gabriel Pulice y Gustavo Rossi. Acompañamiento Terapéutico. Aproximación a su conceptualización. Presentación de material clínico. Ed. Xavier Bóveda, Bs. As., 1994, 95 páginas.

Como complemento de sus actividades clínicas y de su labor docente desplegadas a lo largo de varios años, los autores, psicólogos y psicoanalistas, han plasmado en este libro algunas conceptualizaciones que dan orientación clínica a la práctica del acompañamiento terapéutico. Práctica de gran desarrollo en nuestro país, sobre todo en los últimos años, el acompañamiento terapéutico es muchas veces malentendido o sujeto a definiciones varias que desembocan frecuentemente en utilizarlo como comodín para "llenar los vacíos, los puntos ciegos de las instituciones y los terapeutas".

Los autores, por el contrario, proponen definir esta función de manera precisa pero dinámica, a lo largo de un tratamiento, guiándose por las singularidades de cada caso, enmarcándola en una estrategia del mismo, sea este psiquiátrico o psicoanalítico.

El tema se desgana capítulo a capítulo en una prosa fácilmente accesible y didáctica bajo la forma de clases teóricas (Módulos I y II; este último incluye un texto de E. Pikiewicz con una apretada y útil síntesis de Introducción a la Psicofarmacología); entrevistas a profesionales que utilizan el trabajo con acompañamientos terapéuticos: J. Moiseszowicz, J. C. Stagnaro y E. Bromberg (módulo

III) y casos clínicos (Módulo IV) ricamente comentados. Dada la escasa literatura sobre el tema, esta obra, de excelente factura en su género y de obligatoria lectura, viene a enriquecer los conocimientos, no sólo de los futuros acompañantes terapéuticos, sino de todos los integrantes del equipo de Salud Mental.

F. T.

Hugo Svetlitz. Psicoanálisis y creación artística. Ricardo Vergara Ediciones, Bs. As., 1994, 91 páginas.

La ilustración de tapa de este libro presenta las fotografías de W. Allen, S. Dalí, I. Bergman y J. Joyce, los cuatro creadores cuya obra el autor explora en sendos capítulos al comienzo del mismo. Una rigurosa aplicación de la conceptualización psicoanalítica de J. Lacan sirve como marco para el análisis de los productos surgidos en el espacio de la sublimación entendiendo a la misma no como "...la desexualización de las pulsiones sexuales convertidas en un bien útil, sino como el mecanismo que revela lo inútil del goce, el desdoblamiento de la falta, la pérdida del objeto". En un más allá de la creación artística Svetlitz indaga psicoanalíticamente usándola como pretexto para ir a delimitar y recortar algo del orden subjetivo. Un ejercicio que atravesando lo estético se interna en lo clínico presentado a través de un recorrido histórico de la gestión intelectual del autor ya que la obra consiste en una recopilación de trabajos e intervenciones en Seminarios y Congresos publicados en sus versiones originales. Otros capítulos trabajan el tema de la creación desde ángulos y experiencias variadas. Es de señalar el breve trabajo sobre Taller Literario

en un Servicio de Rehabilitación en el que se engarzan hábilmente la conceptualización psicoanalítica con la prevención terciaria, un área fundamental a explorar. Estos y otros pasajes balizan una obra original, de opinión, en la que la teoría no está meramente citada y otras vez repetida, sino puesta, en el juego clínico, a trabajar ejemplificando cómo usarla en forma creativa, revitalizadora y talentosa.

J. C. S.

María Lucrecia Rovalletti (Ed.) Psicología y Psiquiatría Fenomenológica. Ed. Cátedra de Psicología Fenomenológica y Existencial. Fac. de Psicología, UBA, Bs. As., 1994, 301 páginas.

Esta obra de análisis exhaustivo imposible en este breve comentario, reúne las Actas de la I Conferencia Internacional de Psicología y Psiquiatría Fenomenológica y Existencial de la Facultad de Psicología de la UBA. La Conferencia mencionada se realizó en setiembre de 1992 con la Coordinación general de la Prof. L. Rovalletti y reunió a numerosas figuras nacionales e internacionales especializadas en el tema.

Desde la Fenomenología y las Ciencias de la Conducta pasando por los capítulos de Personalidad, Psicopatología, Antropología, Epistemología y Psicoterapia, las Conferencias de los participantes fueron repasando minuciosamente el campo de la Psicología y la Psiquiatría desde una actualizada versión del pensamiento fenomenológico.

En la presentación L. Rovalletti nos dice que el evento resultó del "esfuerzo de una Cátedra, pequeña, por ser una materia optativa dentro de la Facultad de Psicología, nueva, pues en esa fecha era la segunda vez que su equipo dic-

taba la materia y, finalmente, perteneciente a una universidad nacional y argentina, lo cual significa que los recursos económicos con los que se contó fueron mínimos". La edición de este Conferencia es una digna rúbrica a tanto esfuerzo fructífero y su lectura necesaria para los psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas.

Vertex

SEÑALES



Segundo Congreso Rosario de Psicología "Variantes en la clínica hoy"

El programa científico del Segundo Congreso Rosario de Psicología, que se llevará a cabo durante los días 18, 19 y 20 de mayo de 1995, en torno al tema central "Variantes en la clínica hoy", girará sobre los siguientes ejes principales:

- ¿Clínica o Clínicas?
- Ideales en la Clínica: Acatación versus creatividad.
- Fin de Siglo - Nuevas demandas y sus implicancias éticas.

Este evento es organizado por el Colegio de Psicólogos de la provincia de Santa Fe.

Su Comité Ejecutivo será presidido por los Ps. Victorio Macagno (Presidente); Juan Marchetti (Vice Presidente); Adriana Catelli y Susana Gurpegui (Sec. Grales.).

Informes e Inscripción:

Dorrego 423, 2000 Rosario.
Telefax (041) 498780.

La investigación bibliográfica

Entrevista al Dr. Jorge Bekerman

El Dr. Jorge Bekerman es médico psiquiatra, psicoanalista de la Escuela de la Orientación Lacaniana y Director de la empresa de informática y psicoanálisis RUSSELL*.

Simposio Regional de la Asociación Mundial de Psiquiatría

XI Congreso Argentino de Psiquiatría

Comité organizador

Presidentes:

Prof. Dr. Miguel Angel Matarazzi

Prof. Dr. Roger Montenegro

Comité Ejecutivo de la Asociación Mundial de Psiquiatría

Presidente:

Felice Lieh Mak (Hong Kong)

Presidente Electo:

Norman Sartorius (Suiza)

Secretario General:

Juan López-Ibor, Jr. (España)

Secretario de Finanzas:

Melvin Sabshin (Estados Unidos)

Secretario de Reuniones:

Harold M. Visotsky (Estados Unidos)

Secretario de la Junta de Representantes Regionales:

Roger Montenegro (Argentina)

Secretario de Política Editorial:

Allan Beigel (Estados Unidos)

Secretario de Secciones:

Ahmed Okasha (Egipto)

El Simposio y el Congreso incluirán: Conferencias, papeles libres, comunicaciones personales, sesiones plenarias, talleres, *symposia*, reuniones especiales y posters.

Secretaría: Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) San Martín 579, 2º piso, 1004, Buenos Aires, Argentina.
Telefax: 54 (1) 393-3059 /3381.

Vertex conversó con él a raíz del lanzamiento de la versión 2 de la base de datos RUSSELL y del servicio de Investigación Bibliográfica Asistida. Ambos representan un esfuerzo de envergadura que nos ha parecido fundamental difundir.

Vertex: Para el colega promedio es muy difícil entender en qué podría ayudarlo la computación en sus tareas, aparte de usar la PC para escribir. Además cuando se

* RUSSELL. Informática/Psicoanálisis. Pte. Perón 1730. 4º 58 (1037) Buenos Aires, Argentina. Tel.: 49-8301; Fax: 394-8179; Internet: russell@pccp.com.ar

empieza a hablar de bases de datos, modems, redes, etc., parece que fuera necesaria una preparación técnica muy especializada.

Bekerman: El primer concepto importante es que la computación puede ser un instrumento al servicio del psicólogo o del psiquiatra aunque no tenga una PC. La conveniencia de tener un aparato propio estará dada por la intensidad con la que uso el servicio. Si tengo una actividad docente intensa, escribo varios artículos al año, me interesa mucho la investigación, o me gusta mucho la computadora, entonces es razonable que aprenda a utilizar al máximo la PC. Por ejemplo, supongamos que un colega está interesado en autismo, porque tiene un paciente autista, o porque le toca presentar el tema en un ateneo del hospital, o para participar en una mesa redonda. A este colega le tiene que interesar poder informarse, lo más que pueda, sobre lo que hay escrito y publicado sobre autismo, ya sea de autores de su misma corriente o, si es más amplio o más curioso, también de otras. ¿Cómo hace para acceder a esta información? Si prescinde de la informática puede revisar su biblioteca, o preguntarle a los amigos o a colegas de mayor experiencia o especialización. Después irá de una biblioteca a otra para encontrar lo que ya sabemos, bibliotecas pobres y en general mal organizadas, que muchas veces carecen de algo tan elemental como un simple catálogo. En resumen: mucho tiempo y mucho esfuerzo para resultados habitualmente desalentadores. En cambio utilizando el recurso informático el primer paso es la consulta a bases de datos. Claro, acá es necesario saber qué bases de datos hay que consultar, cómo "preguntarle" a cada una para obtener el máximo rendimiento, además de tener una cierta idea de lo que es una base de datos y principios generales de cómo están estructuradas y cómo operan.

Vertex: Quien no tiene PC, o la tiene pero no le interesa aprender a hacer las consultas por sí mismo ¿cómo puede hacer para consultar bases de datos?

Bekerman: Existe, por ejemplo, nuestro servicio de Investigación Bibliográfica Asistida. Como abonado nuestro tendrá que expli-

caros, no en lenguaje de computación ni de bases de datos sino en lenguaje común cuál es el tema que le interesa. Para cada investigación llenará un pequeño formulario que a nosotros nos permitirá saber cómo y qué tenemos que "preguntarle" a la base de datos (ver recuadro). El principal problema de la investigación bibliográfica cuando se hace a través de bases de datos es el exceso de información que se puede obtener, exactamente al revés que cuando se hace "a pulmón". Y no es un problema pequeño, porque encontrarse con 700 referencias sobre autismo puede ser tan poco práctico como no encontrar ninguna. Porque una vez que tenemos el resultado de la búsqueda todavía hay que conseguir los libros, revistas o artículos, y bueno, también hay que leerlos.

Vertex: ¿Y cómo se consiguen?

Bekerman: La Investigación Bibliográfica Asistida de nuestro sistema, por ejemplo, está pensada para asistir a los colegas en esos dos aspectos fundamentales: consultas a bases de datos y obtención de material bibliográfico. Tenemos recursos para conseguir revistas y libros nacionales y extranjeros, aún agotados, además de artículos. Pero en nuestro medio esto recién empieza, y somos conscientes que tenemos por ahora una mayor eficacia en el aspecto consultas.

Vertex: ¿A qué se refiere con "nuestro medio"? ¿A la Argentina o a los psicólogos y psiquiatras?

Bekerman: Un poco a ambos, digamos que "nuestro medio" es el de los profesionales de lo "psi" en la Argentina, aunque podría hacerse extensivo a Latinoamérica y a España y Portugal. Entre los médicos pero principalmente entre los investigadores los mecanismos informáticos de investigación bibliográfica se usan desde hace mucho. Yo comencé mi carrera como investigador científico, en neurobiología, y puedo decir que hace 25 años esto ya era muy usado y conocido en el ambiente científico argentino.

Este es el antecedente personal de mi actividad un poco pionera de aplicación de estos instrumentos al campo de lo "psi".

Vertex: El primer emprendimiento fue la base de datos RUSSELL, ¿qué relación tiene con la In-

Investigación Bibliográfica Asistida Búsquedas en Base de Datos

1. Describa breve y claramente el trabajo, clase o investigación para la que solicita la búsqueda
2. Resuma el tema utilizando un solo término o expresión. Repítalo para cada idioma (castellano, inglés, francés) en que le interese recibir referencias. Ejemplo de términos: autismo, psicosis, schizophrenia, transfert. Ejemplo de expresiones: Psicosis infantil, tratamiento de las psicosis
3. ¿Quiere que la búsqueda se oriente hacia un autor en especial?
¿Qué autor?
4. ¿Quiere que la búsqueda se oriente hacia alguna publicación en particular? ¿Cuál?
5. ¿Quiere que la búsqueda se oriente hacia algún período temporal?
¿Entre qué años?
6. ¿Alguna aclaración adicional?

vestigación Bibliográfica Asistida?

Bekerman: Lanzamos la versión 2.0 de RUSSELL al mismo tiempo que la Investigación Bibliográfica Asistida, porque RUSSELL 2.0 es un soporte fundamental de los servicios que ofrecemos. Esto es así porque nuestra base de datos es la recopilación más completa y exhaustiva de referencias bibliográficas psicoanalíticas en castellano, francés e inglés, de todas las corrientes del psicoanálisis, junto a los datos que permiten ubicar sus fuentes. La versión 2.0 recopila más de 25.000 referencias, con grandes progresos en la estructura y en los programas que administran la información, que permiten anticipar que a partir de ahora crecerá a razón de unas 10.000 referencias por año. Para que estas no sean cifras en el vacío podemos compararlas con las de la base de datos de la biblioteca de la Asociación Psicoanalítica Argentina. La APA informó en diciembre de 1994 que contaba con 11.500 referencias.

Vertex: El sistema parece cubrir las expectativas de los colegas que no tienen PC o a quienes no les interesa aprender a utilizarla para estas funciones. ¿Qué está previsto para quienes sí están interesados en trabajar directamente con su computadora?

Bekerman: Para ellos existe lo que llamamos "Organizador Bibliográfico", versión 1.0. Con él cada profesional puede cargar en su computadora las referencias y resúmenes de libros, revistas, trabajos, notas, etc., y después recu-

perarlos organizadamente. Es muy difícil explicar las ventajas de un sistema que funciona sobre computadora sin mostrarlo en la PC.

En relación con el "Organizador..." presentamos el servicio de catalogación de bibliotecas y archivos personales e institucionales. Sucede que una vez que se comprueba lo útil y práctico del "Organizador..." se presenta el problema de lo engorroso de entrar a la masa de datos. Hay que considerar que una biblioteca promedio de un colega de 15 años de graduación requiere ingresar entre 600 y 1.200 registros, lo que es una sobrecarga de trabajo difícil de encarar para quien no tiene mucho tiempo disponible, y no todo el mundo tiene una secretaria que pueda hacer bien un trabajo tan especial. Para eso tenemos colaboradores muy bien entrenados que se hacen cargo de esta tarea, que puede interesar también a instituciones. Finalmente, y preparando el acceso "on line" disponemos ya de la posibilidad de consultar la base de datos y utilizar la Investigación Bibliográfica Asistida a través de correo electrónico nacional e internacional (sobre Internet). Para utilizarlo hay que empezar por tener PC y modem. Para quienes ya tienen su PC poner un modem o una placa de modem-fax es muy fácil y económico y abre la puerta a otra dimensión del uso de la computadora. Tener una PC y no utilizarla para las prestaciones telemáticas —a las que se accede con el modem— es como tener media computadora o menos todavía ■