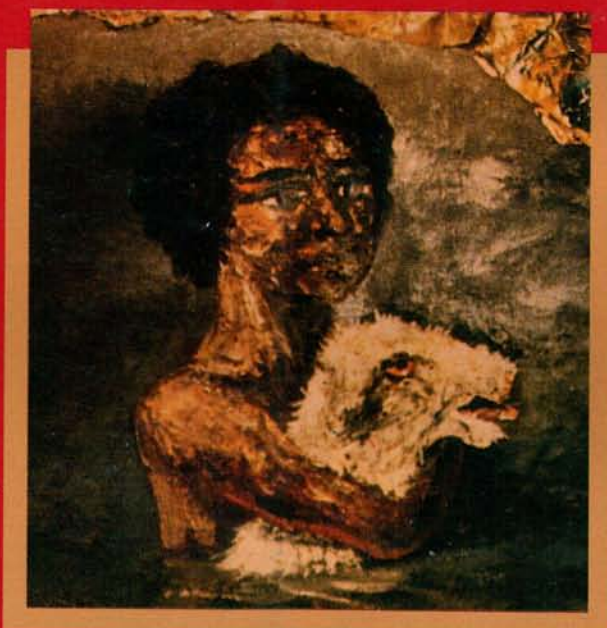


VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

5



PSICOSIS INFANTIL

Fukelman / Cena / Gomel
Gutiérrez / Foster / Rodulfo
Di Marco / Favre
Mannoni

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

Volumen II - Nº 5 Septiembre - Octubre - Noviembre 1991

Comité Científico

Directores:
Juan Carlos Stagnaro
Rodolfo Daniel Spiguel

Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

F. Alvarez (Bs. As.), 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. Loo (París), M.A. Matterazzi (Bs. As.), E. Mejías Valenzuela (Madrid), J. Mendlewicz (Bruselas), J. Moizeszowicz (Bs. As.), A. Mossotti (Santa Fe), 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).

Corresponsales en:

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: N. Conti (Hosp. J.T. Borda); R. Epstein (Hosp. Italiano y AP de BA); D. Friedman y S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); P. Gabay (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); A. I. López Acosta (RISAM); L. Milano (Hosp. J. Fernández); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); C. Reggiani (Hosp. B. Moyano); N. Stepansky (Hosp. R. Gutierrez); E. Zaslavsky (Hosp. Israelita); **CORDOBA:** M. Cortes, C. Curtó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **Entre Ríos:** J. H. Garcilaso. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera. **RIO NEGRO:** J. Pelegrini. **ROSARIO:** M. T. Colovini.

Corresponsales en el Exterior:

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **CHILE:** A. San Martín. **ESPAÑA:** J. Giménez Avello. **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky.

Informes y correspondencia:

VERTEX, Charcas 3939 P. B. "B", (1425), Capital Federal, Argentina, Tel. 72-8262 / 953-2353 / 6553.

Gerencia y Administración:
 Carlos De Lorenzo

Diseño:
 Alfredo Saavedra

Corrección y estilo:
 Diego Creimerman
 Asesor publicitario
 Oscar Peluffo Urtubey

Composición y Armado:
 Omega Laser
 Sarmiento 1922 2º B
 Tel. 953-6553

Impreso en:
 La Técnica Impresora S.A.C.I.
 General Cesar Díaz 4728
 Tel. 568-0958 - Buenos Aires

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nº 207187

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX VOL. II Nº 5, SETIEMBRE - OCTUBRE - NOVIEMBRE 1991.

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

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

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

Esta Revista se encuentra catalogada en la Red Nacional de Información en Ciencias de la Salud (RENICS), y en el Sistema Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS), de la Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (OMS).

Pinturas y grabados del pintor argentino Antonio Berni, ilustran la tapa y el Dossier, con su serie "Juanito Laguna" Más allá de la miseria, los basurales y elementos gastados arrojados por la gran ciudad, se quiere realzar la fracturación y la destrucción que impone la psicosis a la niñez. Juanito, como todos los niños, lucha y juega por su recuperación afirmando un lugar en el caos mundano.

Nunca hubo, Señor Ministro de Salud / tanto dolor... César Vallejo.

NACE UN NUEVO CONCEPTO

NIMOTOP[®]

CALCIOANTAGONISMO
CEREBROACTIVO

Nimodipina (Bay e. 9736) Investigación original Bayer

Aprobado
por
F.D.A.

INCLUIDO EN
VADEMECUM PAMI

Calcioantagonista
cerebroactivo
específicamente
creado para el
tratamiento de los
síndromes orgánicos
cerebrales en
pacientes ancianos.

Ejerce su acción
a nivel vascular
y neuronal

NUEVA
PRESENTACION
x 60
COMPRIMIDOS

Composición: NIMOTOP[®] comprimidos recubiertos. Cada comprimido recubierto contiene 30 mg de nimodipina.

Indicaciones: Tratamiento de los síndromes orgánicos cerebrales en pacientes ancianos caracterizados por pérdida de memoria, disminución de la iniciativa y de la concentración, inestabilidad emocional, deterioro de la capacidad mental.

Posología y Modo de Empleo: Salvo otra indicación médica, se recomienda para las alteraciones del rendimiento cerebral 1 comprimido de 30 mg tres veces por día. Los comprimidos deben ingerirse sin masticar, con un poco de líquido independientemente de las comidas. El intervalo entre las tomas no deberá ser inferior a 4 horas.

Contraindicaciones: NIMOTOP[®] no presenta contraindicaciones absolutas. NIMOTOP[®] deberá emplearse con precaución cuando se compruebe edema cerebral generalizado o hipertensión endocraneana. Aunque en la experimentación animal no se demostraron efectos teratogénicos, la indicación de NIMOTOP[®] durante el embarazo deberá considerarse bajo criterios muy estrictos.

Interacciones: La administración simultánea de NIMOTOP[®] en pacientes hipertensos tratados con medicación hipotensora, pue-

de reforzar los efectos de la misma. NIMOTOP[®] no debe aplicarse con betabloqueantes por vía intravenosa, ya que puede producirse hipotensión severa. La administración concomitante con simetidina puede aumentar el nivel sérico de Nimodipina.

Precauciones: Los efectos colaterales, especialmente la hipotensión, pueden acentuarse en pacientes con disfunción hepática o renal grave, especialmente en la cirrosis hepática. En estos casos se recomienda disminuir la dosis en función de los valores tensionales y del ECG.

Efectos secundarios: A las dosis recomendadas NIMOTOP[®] es en general bien tolerado, pueden presentarse los siguientes efectos secundarios: náuseas, ruborización facial, molestias gastrointestinales, ruborización facial, ataxia, sensación de calor, hipotensión marcada (sobre todo al cambiar de posición), taquicardia y dolor precordial.

Presentación: Envases con 30 y 60 comprimidos recubiertos, de 30 mg.

Para mayor información dirigirse a BAYER ARGENTINA S.A. - División Farm. Ltda. - Rivad. 3488 - 1417 Buenos Aires. Teléfonos: 555-3271 - 77.



"Bayer AG Leverkusen fue
investigador y desarrollador
de este medicamento original"

Bayer

EDITORIAL

En la práctica cotidiana del campo de la Salud Mental se verifica una separación, un gran hiato, entre las prácticas que se realizan en las instituciones públicas u hospitales generales y los trabajos producidos en las instituciones no públicas. Esto se ve agudizado por el deterioro económico que sufre el hospital público, y la enorme demanda sanitaria que la población exige de los profesionales de nuestra disciplina.

Si sumamos a estos factores, la prolongación de fenómenos sociales que eclosionan en estos últimos años, la puesta en crisis de distintos esquemas referenciales y la "hibridación" de conceptos que masifica y distribuye la explosión informativa, encontramos algunas razones para explicar esta disociación entre la práctica y la teoría.

Pero paradójicamente la defensa frente a estos conflictos, en la mayoría de los casos, consiste en el encierro protector de una capilla-escuela o en la reificación de algunos conceptos, o peor, en sostener contra viento y marea, con rigor eclesial, posturas dogmáticas y descalificadoras para aquellas prácticas o teorías que pueden poner en cuestión su quehacer.

Sostenemos que la mejor forma de encarar cualquier problema, nuevo o viejo, es el ejercicio de dos actitudes fundamentales: el respeto de las diferencias y la confrontación polémica en el marco del cuidado personal que todo debate requiere.

Vertex crece afirmándose como instrumento de estas actitudes. Está abierta a todos los puntos de vista y busca, mediante su red de corresponsales, la publicación de las experiencias realizadas en el campo institucional o de todos aquellos debates que abren nuevas perspectivas para el conocimiento. También encara la actualización y el rescate histórico de textos y prácticas que son y fueron, momentos significativos de la tarea de Salud Mental.

Es así que el 8 de junio se desarrollaron en Córdoba las primeras Jornadas Vertex, organizadas por nuestros corresponsales en la provincia y que contaran con el auspicio de la Universidad de Córdoba, Consejo Médico y Dirección Provincial de Salud Mental. Ante una concurrencia que superó las expectativas, se desarrollaron varias mesas con el tema "Especificidad de la Psiquiatría". Este evento se publicará próximamente, como Suplemento N° 1 de nuestra publicación.

De esta forma Vertex formula la invitación a todos sus colegas: psiquiatras, psicólogos, analistas, terapeutas, asistentes sociales... a participar activamente en su publicación y jornadas. Es así como cumplimentará su objetivo: ser la revista argentina de psiquiatría ■

R. D. Spiguel J. C. Stagnaro D. Wintrebert



REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: VERTEX. Charcas 3939, P.B. "B" (1425) 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 pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediatamente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) El artículo será leído 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.

SUMARIO

1

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLÍNICAS Y NEUROCIENCIAS

- "Nuevas adquisiciones en las investigaciones genéticas sobre los trastornos depresivos", Dres. J. Mendlewicz y D. Hirsh, Bruselas. pág. 167.
- "Estimulación precoz: Una visión global", Dres. M.E. Carbonari; A. S. Golzález y E. L. Rodríguez Echandía, Mendoza, pág. 171
- "Antropología, conocimiento y salud mental: ¿"Ensemble" o trío de la disputa?" Lic. B. Kalinsky y Dr. W. Arrue, Neuquén, pág. 176.

2

DOSSIER

- PSICOSIS INFANTIL. Artículos originales de J. Fukelman, pág 190; M. T. Cena, pág. 192; S. K. de Gomel, pág 196 B. Gutiérrez, pág. 200; O. H. Foster. pág. 203; R. Rodulfo, pág. 207; A. Favre de Dimarco y R. Dimarco, pág 211; y entrevista exclusiva a Maud Mannoni por D. Wintrebert y D. Kamienny, pág. 217.

3

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- "Infancia y adaptación, entre la medicina mental y la pedagogía", por J. C. Stagnaro, pág. 223.
- "Cociente evolutivo psíquico normal en la edad escolar" por la Dr. Carolina Tobar García, pág. 226.

4

CONFRONTACIONES

- Entrevista a R. Horacio Etchegoyen, presidente electo de la IPA, por J. C. Stagnaro, pág. 235
- Síntesis de los trabajos presentados en el XI Pre-Congreso de IPSO, pág. 238.
- Algunas consideraciones sobre el lugar actual del trabajo de investigación en psicoanálisis, Dr. R. Epstein, pág. 243.

5

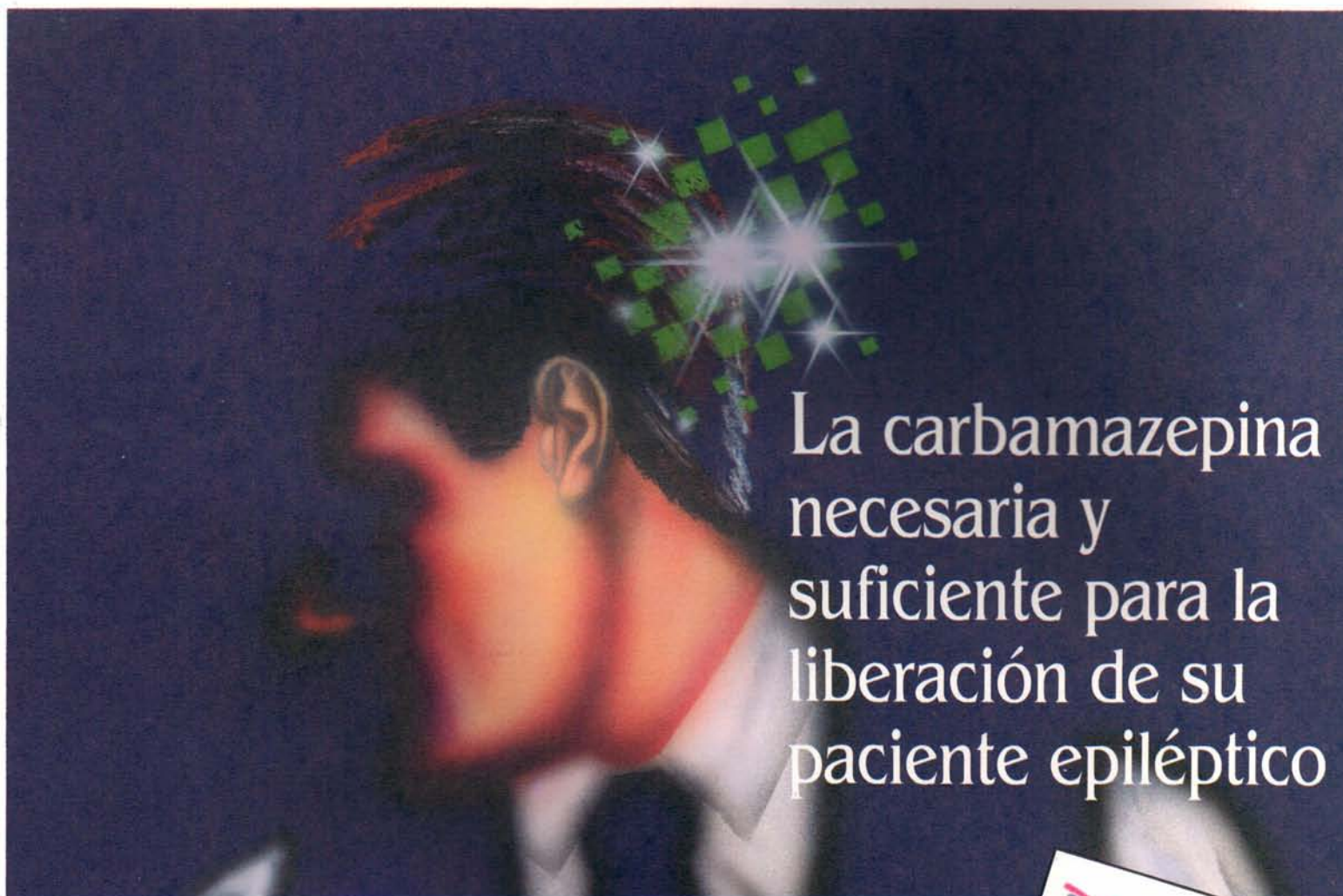
LECTURAS Y SEÑALES

- "Lecturas" pág. 245, Señales pág. 246.

CONFORMAL 400 AP

Carbamazepina 400 mg AP con liberación en partículas Unicell

Unica carbamazepina en comprimidos UNICELL de liberación prolongada



La carbamazepina necesaria y suficiente para la liberación de su paciente epiléptico

CONFORMAL 200 mg

Carbamazepina



Unica carbamazepina en comprimidos incluida en la canasta de medicamentos



REVISTA

DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

NUEVAS ADQUISICIONES EN LAS INVESTIGACIONES GENETICAS SOBRE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.

J. Mendlewicz *

D. Hirsch *

Resumen

Los estudios de linkage genético, tendientes a aislar los factores genéticos implicados en la etiología de los trastornos afectivos, confirman la existencia de una forma dominante de maníaco-depresión ligada al cromosoma X. Las discordancias entre los estudios de linkage que exploran, con ayuda de marcadores genéticos moleculares, los cromosomas X y 11 podrían dar cuenta de una heterogeneidad genética de la maníaco-depresión. Un continuum genético entre depresiones unipolares y bipolares existiría en ciertos casos, mientras que otras formas de depresiones serían más reactivas a los factores del medio ambiente.

Palabras clave: Genética y Depresión - Trastorno Maníaco Depresivo.

"PROGRESS IN GENETIC INVESTIGATIONS ON DEPRESSIVE ILLNESS"

Abstract

Investigations in genetic linkage tending to isolate the genetic factors implied in the ethiology of affective disorders, prove the existence of a dominant form of manic depression related to chromosome X. Discordances among studies of linkage that explore, aided by molecular genetic markers, chromosomes X and 11 could be a genetic variety in manic depression. A genetic continuum between monopolar and bipolar depressions could exist in some cases, while other forms of depression could be reactions to environmental factors.

Key words: Genetic and depressive illness - Manic depression disorder.

"NOUVELLES ACQUISITIONS DANS LA RECHERCHE GENETIQUE DES TROUBLES DEPRESSIFS"

Résumé

Les études de linkage génétique, tentent d'isoler les facteurs génétiques impliqués dans l'étiologie des troubles affectifs, confirment l'existence d'une forme dominante de maníaco-dépression liée au chromosome X. Les discordances entre les études de linkage qui explorent, à l'aide de marqueurs génétiques moléculaires, les chromosomes X et 11 pourraient rendre compte d'une hétérogénéité génétique de la maníaco-dépression. Un continuum génétique entre dépressions unipolaires et bipolaires existeraient dans certains cas, tandis que d'autres formes de dépressions seraient plus réactionnelles aux facteurs d'environnement.

Mots clés: Facteurs Génétiques et Troubles Affectifs - Maladie Maníaco-Depressive.

Introducción

Hasta hace poco, los argumentos concernientes al rol de los factores genéticos en los trastornos afectivos -maníaco-depresión, psicosis esquizoafectiva, depresión unipolar, ciclotimia- provenían, esencialmente, de los estudios de gemelos y de adopción (que separan factores genéticos y de medio ambiente (¿o entorno?) y de los estudios familiares de segregación (que determinan en qué grado una afeción tiene un carácter familiar, y cuál es el modo de transmisión de la enfermedad). Estos estudios han sugerido la implicación de factores genéticos en la etiología de estas afecciones, sin poder determinar la naturaleza exacta de las mismas. La localización precisa de un gen de vulnerabilidad a los trastornos afectivos conduciría a una mejor definición del fenotipo (por ejemplo: la clasificación clínica) de estas afecciones. Si se logra caracterizar un gen defectuoso, los productos de ese gene (proteínas) pueden ser identificados, permitiendo esclarecer los mecanismos fisiopatológicos que llevan a la enfermedad, descubrir nuevos tratamientos y estrategias de prevención. Una de las tareas de los estudios genéticos es en consecuencia tratar de aislar, en el grupo de pacientes que padecen trastornos afectivos (considerados como un conjunto de patologías de transmi-

sión compleja) subgrupos de familias en las cuales la enfermedad estaría ligada a un gen mayor de vulnerabilidad. Esto permite separar mejor los factores genéticos y de medio ambiente en la etiología de los trastornos afectivos. El método de investigación más potente para aislar estos factores genéticos (sobre todo si están ligados a la acción de un gen mayor único) es el análisis de linkage. Este estudia la co-segregación de la enfermedad y los marcadores genéticos biológicos o de polimorfismos del ADN, ya localizados sobre el genoma (ver en 34 el capítulo sobre "Genética y Esquizofrenia"). El aporte de la biología molecular ha permitido progresos espectaculares y ha abierto nuevas perspectivas para la genética de los trastornos afectivos. Nos proponemos a continuación hacer una revisión de los mismos.

1. Estudios de linkage utilizando marcadores biológicos.

Los primeros estudios de linkage de los trastornos afectivos han utilizado marcadores biológicos autosómicos (situados sobre los cromosomas no sexuales) tales como: los sistemas sanguíneos (ABO, Rhesus, MNS, etc.), los antígenos de histocompatibilidad (sistema HLA), las enzimas eritrocitarias y otros polimorfismos proteicos. Una asociación fue encontrada para el grupo sanguíneo O en los pacientes maníaco-depresivos(29, 30, 31), pareciendo indicar un rol del genotipo ABO en la predisposición a la enferme-

(*) Servicio de Psiquiatría, Htal. Erasmo, Cliniques Universitaires, Universidad Libre de Bruselas. Route de Lennik 808. Bruselas, Bélgica.

dad. Esto no ha sido confirmado anteriormente(53,10, 22, 51, 25). Asimismo los resultados restan problemáticos para otros sistemas sanguíneos y otros marcadores biológicos proteicos(19). Se notará sin embargo una evidencia débil de linkage con el grupo MNS (situado sobre el cromosoma 4)(19, 20). Estos últimos autores encuentran un linkage más importante en el subgrupo de "depresión familiar pura" (familia que no presenta otra patología asociada más que la depresión), que en el subgrupo del "espectro de la depresión" (que incluyen los casos de personalidad antisocial y alcoholismo) donde observan un linkage con el marcador orosomucoide (ORM) sobre el cromosoma 9, o que en los casos de maníaco-depresión. Un linkage con el sistema HLA (cromosoma 6) fue sugerido en los estudios de asociación con la maníaco-depresión(47). Los numerosos análisis de linkage negativo(18, 48, 9) muestran que el rol de un gen mayor de vulnerabilidad situado en la región cromosomal próxima al locus HLA es poco probable(16, 19). La relativa predominancia de mujeres enfermas entre los miembros de las familias de pacientes maníaco-depresivos, y el descubrimiento de familias donde la enfermedad se transmite según un modo compatible con la herencia ligada al cromosoma X(53, 36) han orientado las investigaciones hacia la utilización de marcadores biológicos situados sobre el cromosoma X. Así, muchos autores, estudiando a las familias que pertenecen a poblaciones diferentes, han informado de una correlación de la maníaco-depresión con el daltonismo (afección hereditaria recesiva ligada al cromosoma X),(53, 41, 28). Mendlewicz y Fleiss en 1974(30) utilizando los marcadores del daltonismo, déficit de la percepción del verde ("deutan") y del rojo ("protan") situados ambos sobre locus próximos y no idénticos del brazo largo del cromosoma X, han mostrado un linkage muy positivo para la maníaco depresión en 17 familias, y un linkage negativo en 11 familias unipolares. Este resultado ha sido encontrado ulteriormente en otros grupos de familias bipolares(1, 2, 32,11). El locus de la enzima glucosa-6-fosfato deshidrogenasa del cromosoma X ha mostrado también un linkage con la maníaco-depresión en ciertas familias(4, 33,11, 2). Por el contrario, tal linkage ha sido recusado de las familias bipolares de un grupo norteamericano(14, 5). Un estudio cooperativo agrupando 4 centros (Bethesda, Bale, Copenha-

gen, Bruselas) sobre 16 familias informativas (Gershon y col., 1980) al igual que los análisis de linkage que retoman el conjunto de las familias estudiadas(44, 42, 50) muestran resultados globales que defienden la hipótesis de un linkage entre el daltonismo y la maníaco-depresión. Sin embargo ciertas familias muestran una herencia ligada al cromosoma X, mientras que otras muestran una transmisión masculino-masculino descartando una herencia gonosomal. Todo esto apoya la hipótesis de una heterogeneidad genética de los trastornos afectivos(29, 44). Se estima que un tercio de los casos de maníaco-depresión podrían ser transmitidos por el modo gonosomal ligado al cromosoma X(44) mientras que una transmisión autosómica (masc.-masc.) es observado en menos del 10% de los casos (31). Parecería entonces, que muchas entidades genéticas estuvieran implicadas en la maníaco-depresión .

2. Estudios de linkage que utilizan marcadores genéticos de biología molecular.

Una de las limitaciones de los estudios que utilizan marcadores biológicos clásicos está ligada al pequeño número de marcadores disponibles. Esto excluye del estudio a un gran número de familias "no informativas" para estos marcadores. Sin embargo harían falta alrededor \pm de 3000 marcadores para cubrir la integridad del genoma y explorar todas las regiones cromosomales. Los métodos de recombinación del ADN permiten actualmente generar gran cantidad de marcadores, repartidos en el conjunto del genoma, altamente polimórficos e informativos que son llamados "polimorfismos de tamaño de fragmento de restricción" (RFLP) (6 y capítulo "Genética y Esquizofrenia"). Actualmente un linkage genético con tales marcadores de ADN ha sido documentado en 2 regiones cromosomales distintas, a saber, la región distal del brazo corto del cromosoma 11(11, p. 15) y la región sub terminal del brazo largo del cromosoma X (Xq 26-28), ya explorado por los marcadores biológicos citados más arriba.

Cromosoma 11:

Egeland y col. (17) estudiando familias del orden religioso Amish, (aislamiento poblacional situado en Pennsylvania), en quienes la incidencia de maníaco depresión es elevada, han reportado resultados en

favor de una transmisión autosómica dominante. Ellos han mostrado un linkage positivo de un gen único que predispone a la maníaco-depresión con el locus del Harvey-ras 1 (HRAS) y el locus de la insulina (INS) sobre el brazo corto del cromosoma 11. Un linkage con estos marcadores cromosomales ha sido excluido en varios pedigres bipolares no-amish de origen norteamericano, islandés e irlandés(12, 21,52, 40, 33) (Detero,Wadleigh y col.),y en los pedigres unipolares(40). Además, reevaluando el pedigre Amish luego del agregado de nuevos datos clínicos y fenotípicos en 2 sujetos que enfermaron, y agrandando el pedigre original por una extensión lateral, la probabilidad de linkage de un solo gen para los trastornos afectivos con esta región del cromosoma 11 ha podido ser casi excluida(23).

Estos diferentes resultados pueden ser explicados de al menos tres maneras no excluyentes: - Sea que la vulnerabilidad a los trastornos afectivos es debida a más de 1 gen (heterogeneidad genética), incluso entre las familias Amish, lo que complica aún más los análisis de linkage. - Sea que existe poca chance en favor de la existencia de un locus único situado en la región p15 del cromosoma 11. - Por último hay que tener en cuenta la posibilidad de que los factores no genéticos, es decir del medio ambiente, contribuyan a la etiología de la enfermedad. Cuanto más importante fuera esa contribución, mayor será la cantidad de individuos "fenocopias" en las familias estudiadas (individuos enfermos, genéticamente no vulnerables, presentando por consiguiente el mismo cuadro clínico que los individuos que tienen el genotipo de la enfermedad). Esta posibilidad es tanto más grande para las afecciones frecuentes y complejas cuya definición clínica es "amplia", tales como los trastornos afectivos(23).

A pesar de los análisis de linkage negativos citados más arriba, esta región del cromosoma 11 sigue siendo de interés para futuros estudios genéticos. En efecto, los locus INS y HRAS están situados muy cerca del gen para la Tirosina Hidroxilasa (TH), enzima limitante de la síntesis de catecolaminas, de las cuales ha sido sugerido desde hace mucho tiempo un rol en los mecanismos patofisiológicos de los trastornos afectivos(8). Estudios de asociación entre el gene TH y los trastornos afectivos muestran, como los estudios de linkage citados más arriba, resultados contradictorios, cuya

ESTUDIOS DE X-LINKAGE EN EL SINDROME BIPOLAR

	PEDIGRIS	ESTUDIOS	CENTROS	PAISES
POSITIVO	59	14	7	EE.UU. (3) ISRAEL (2) BELGICA (1) ITALIA (1)
NEGATIVO	14	2	1	EE.UU.

Rish, 1989. (Modificado)

Cuadro I.

Resumen de estudios de linkaje de la forma bipolar de maníaco-depresión ligado al cromosoma X.

mayoría excluyen la explicación del locus TH en la etiología de la enfermedad(21, 49, 24). Sin embargo, tal asociación positiva ha sido encontrada por Leboyer y col.(26). En consecuencia el gen de la Tirosina Hidroxilasa situado sobre el brazo corto del cromosoma 11 sigue siendo un "gen candidato" para futuros análisis de linkage. Otro gen candidato (gen codante para una molécula de la que se hipotetiza que podría estar implicada en los mecanismos fisiopatológicos del trastorno afectivo) situado sobre el brazo largo del cromosoma 11, corresponde al gen del receptor D2 de la dopamina, que podría estar implicado en los trastornos afectivos de la esquizofrenia(49). En efecto, una asociación entre una translocación cromosómica (región q 21-22 del cromosoma 11 y región q 43 del cromosoma 1) y los trastornos psiquiátricos, especialmente afectivos, ha sido reportada en una extensa familia escocesa(46).

Cromosoma X

Los estudios de linkage que utilizan marcadores biológicos del cromosoma X citados más arriba han sido confirmados en 10 familias belgas por un linkage positivo con el locus del factor IX de la coagulación marcada por un "marcador genético", en la región Xq27 y asociado a la hemofilia B(35). Por otro lado, un linkage con marcadores de ADN de los locus del daltonismo y de la glucosa 6-fosfato deshidrogenasa, situados en la región Xq23, no ha sido replicado en 9 familias norteamericanas bipolares(5).

Sin embargo, se trata de una muestra restringida de familias de pequeño tamaño, con trastornos afectivos polimorfos (entre los cuales varios síndromes esquizoafectivos y pocos trastornos bipolares) con presencia de trastornos afectivos del lado materno y del lado paterno en ciertas familias y una transmisión aparente de padre a hijo en muchas familias lo que com-

plica los análisis genéticos. Es de señalar igualmente que un linkage débilmente positivo ha sido detectado entre la maníaco-depresión y la sonda St 14, cerca de estos dos últimos locus (región Xq28) en dos familias americanas(5) y en ocho familias belgas(37). El conjunto de estudios genéticos de linkage sugiere entonces la presencia de un locus mayor situado en la región Xq del brazo largo del cromosoma X. El cuadro I resume los estudios de linkage (positivos y negativos) de la forma bipolar de maníaco-depresión ligado al cromosoma X. Se notará con interés la reciente localización de la unidad del receptor GABA (GABA 3) en esta misma región Xq28, lo que hace de él un gene candidato de la forma de maníaco-depresión que estaría ligado al cromosoma X(7). Asimismo ha sido informada una asociación entre los trastornos afectivos y el síndrome del X frágil (débil) debida a una anomalía genética situada en la región Xq28(43, 38). Los estudios de linkage han confirmado una forma maníaco-depresiva ligada al cromosoma X por medio de marcadores genéticos y los resultados han sido replicados en 14 muestras diferentes comportando un total de 59 pedigrés colectados en 7 centros situados en países tales como EEUU, Israel, Bélgica e Italia. El grupo de Gershon(5) es el único que no encontró el linkage con X, lo que casi no sorprende para una afección de carácter heterogéneo (ver cuadro I). La tasa de prevalencia en la población general de la forma ligada a X y sus características clínicas quedan por precisar. En este sentido es interesante señalar que la forma ligada a X podría tener un gen de comienzo relativamente precoz (antes de los 30 años)(35, 3). Y una mayor morbilidad psiquiátrica caracterizada por un gran número de episodios de recaída y una concentración mayor de trastornos bipolares en las familias concernidas(3). En lo que se refiere a los síndromes unipolares familiares, los estudios cromosómicos de linkage han permitido descartar

la existencia de una ligazón al cromosoma X y al cromosoma 11(30, 40, 52).

Conclusiones

Las discordancias entre los estudios de linkage a nivel de los cromosomas X y 11 podrían dar cuenta de una heterogeneidad genética entre diferentes formas de los trastornos afectivos, si una forma dominante ligada al cromosoma X parece bien confirmada, existen sin embargo evidencias de otras formas de trastornos afectivos no gonosomales. Una forma de transmisión autosómica dominante ligada al cromosoma 11 no está por el momento demostrada. Sin embargo, el hecho de que un cierto número de familias muestren una transmisión masculino-masculino de la enfermedad, demuestran que si el modelo dominante ligado a X es un modo importante de la transmisión de la maníaco-depresión, existen igualmente otras formas genéticas de trastornos afectivos. Por otro lado en otras formas de trastornos afectivos donde no se observan ni transmisión ligada a X, ni transmisión autosómica, se necesita el exámen de interacciones gene-medio ambiente, es decir, el examen del efecto de factores de medio ambiente sobre el individuo genéticamente predispuesto(27). El rol de los factores no genéticos parece aún más importante particularmente en las depresiones unipolares. En efecto, los estudios de linkage para la depresión sola no encuentran los resultados positivos obtenidos para la maníaco-depresión(30, 52, 20, 40). Un continuum genético entre depresiones bipolar y unipolar no existiría entonces sino en ciertas familias, mientras que otras formas de depresión serían más reaccionales a los factores de medio ambiente. Estudios que investigan las características clínicas, bioquímicas y las respuestas al tratamiento de cada forma genética, así como los estudios de linkage con los "genes can-

didatos" deberían permitir investigar mejor la genética de los trastornos afectivos. Los estudios de linkage, gracias al desarrollo de la biología molecular que ofrece nuevos marcadores genéticos, y las estrategias de movilización estadística cada vez más sofisticados continúan ofreciendo un método precioso para identificar genes eventuales de vulnerabilidad de los trastornos afectivos y esclarecer su modo complejo de transmisión ■

Bibliografía

1. Baron M. Linkage between an X-chromosome marker (deutan color blindness) and bipolar affective illness. *Arch. Gen. Psychiatry*, 34, 721-725 (1987).
2. Baron M., Rish N., Hamburger R., Mandel B., Kushner S., Newman M., Belmaker R.H. Genetic linkage between X-chromosome markers and bipolar affective illness. *Nature*, 326 : 289-292 (1987).
3. Baron M., Hamburger R., Sandkuyl L.A., Risch N., Mandel B., Endicott J., Belmaker R.H., Ott J. The impact of phenotypic variation of genetic analysis : application to X-linkage in manic-depressive illness. *Acta Psychiatr. Scand.*, 82, 196-203 (1990).
4. Belmaker R.H. and Wyatt R.S. Possible X-linkage in a family with varied psychoses. *Israel Annals of Psychiatry*, 14, 345-353 (1976).
5. Berrettini W.H., Goldin L.R., Gelernter J., Gesman P.V., Gershon E.S., Detera-Wadleigh S. X-chromosome markers and manic-depressive illness : rejection of linkage to Xq28 in nine bipolar pedigrees. *Archives of General Psychiatry*, 47, 366-373 (1990).
6. Botstein D., White R.L., Skolnick M., Davis R.W. Construction of a genetic linkage map in man using restriction fragment length polymorphism. *American Journal of Human Genetic*, 32, 314-331 (1980).
7. Buckle V.J., Fujita N., Ryder-Cook A.S., Oerrz J., Barnard P.J., Lebo R.V., Schofield P.R., Seeburg P.H., Bateson A.N., Darlison M.G., Barnard E.A. Chromosomal localisation of GABA A receptor subunit genes : relationship to human genetic disease. *Neuron*. vol 3, 647, 654, (1989).
8. Bunney W.E., Davis J.M. Norepinephrine in depressive reactions. *Arch. Gen. Psychiatry*, 34, 721-725 (1977).
9. Clerget-Darpoux F., Goldin L.R., Gershon E.S. A new method for analysis of HLA-associated diseases. *Am. J. Hum. Genet.*, 35, 127-130 (1982).
10. Crowe R.R., Nambodiri K.K., Ashby H.B., Elston R.C. Segregation and linkage analysis of a large linked of unipolar depression. *Neuropsychobiology*, 7, 20-25 (1981).
11. Del Zompo M., Bocchetta A., Goldin L.R., Corsini G.U. Linkage between X-chromosome markers and manic-depressive illness, two sardinian pedigrees. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 282-287 (1984).
12. Detera Wadleigh S.D., Berettini W.H., Goldin L.R., Boorman O., Anderson S., Gershon E.S. Close linkage of C-Harvey-ras-1 and the insulin gene to affective disorder is ruled out in three North American pedigrees. *Nature*, 325, 806-807 (1987).
13. Egeland J.A., Gerhard D.S., Paul D.C., Sussex J.N., Kidd K.K., Allen C.R., Hostetter A.M., Housman D.E. Bipolar affective disorder linked to DNA markers on chromosome 11. *Nature*, 325, 783-787 (1987).
14. Gershon E.S., Targum S.D., Matthyse S., Bunney W.E. jr. Colour blindness not closely linked to bipolar illness. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1423-1431 (1979).
15. Gershon E.S., Mendlewicz J., Gastpar M., Bech P., Goldin L.R., Kieholz P., Rafaelsen O.J., Vartanian F., Bunney W.E. jr. WHO collaborative study of genetic linkage of bipolar manic-depressive illness and red/green colour blindness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61, 319-338 (1980).
16. Gershon E.S., Merrill C.R., Goldin L.R., DeLisi L.E., Berrettini W.H., Nurnberger J.I. The role of molecular genetics in psychiatry. *Biol. Psychiatry*, 22, 1399-1405 (1987).
17. Gill M., Mc Keon P., Humphries P. Linkage analysis of manic depression in an Irish family using H-RAS 1 and INS DNA markers. *Journal of Medical Genetics*, 25, 634-635 (1988).
18. Goldin L.R., Clerget-Darpoux F., Gershon E.S. Relationship of HLA to major affective disorders not supported. *Psychiat. Res.*, 7, 28-45 (1982).
19. Goldin L.R., Gershon E.S., Targum S.D., Sparkes R.S., Mc Gennis M. Segregation and linkage analyses in families of patients with bipolar, unipolar, and schizoaffective mood disorders. *Am. J. Hum. Genet.*, 35, 274-287 (1983).
20. Hill E., Wilson A.F., Elston R.C., Winokur G. Evidence for possible linkage between genetic markers and affective disorders. *Biol. Psychiatry* 24, 903-917 (1988).
21. Hodgkinson S., Sherrington M., Gurling H., Marchbanks M., Reeders S., Mallet J., Mc Innis M., Peturson H., Brynjolfsson. Molecular evidence for heterogeneity in manic-depression. *Nature*, 325, 805-806 (1987).
22. Johnson G.F.S., Hunt G.E., Robertson S., Doran T.S. A linkage study of manic depressive disorders with HLA antigens, blood groups, serum proteins, and red-cell enzymes. *J. Affect. Dis.*, 3, 43-58 (1981).
23. Kelsoe J.R., Ginns E.I., Egeland J.A., Gerhard O.S., Golstein A.M., Bale S.J., Pauls D.L., Long R.J., Kidd K.K., Conte G., Housman D.E., Paul S.M. Re-evaluation of the linkage relationship between chromosome 11p loci and the gene for bipolar affective disorder in the Old Order Amish. *Nature*, 342, 238-243 (1989).
24. Körner et coll. RFLP alleles at the tyrosine hydroxylase locus: no association found to affective disorders. *Psychiatry Res.*, 32, 275-280 (1990).
25. Kidd K.K., Egeland J.A., Molthan L., Pauls O.L., Kruger S.O., Messner K.H. Amish study IV : genetic linkage study of pedigrees of bipolar probands. *Am. J. Psychiatry*, 141, 1042-1048 (1984).
26. Leboyer M., Malafosse A., Boularand S., Campion D., Gheysen F., Samolyk O., Henriksson B., Denise E., Des Lauriers A., Lepine J.P., Zarifian E., Clerget-Darpoux F., Mallet J. Tyrosine hydroxylase polymorphisms associated with manic-depressive illness. *The Lancet*, Vol. 335, 1219 (1990).
27. Mc Guffin P., Katy R. The genetics of depression : current approaches. *British J. of Psychiatry* 155 (suppl 6), 18-26 (1989).
28. Mendlewicz J., Fleiss J., Fieve R.R. Evidence for X linkage in the transmission of manic-depressive illness. *J.A.M.A.*, 222, 13, 1624-1627 (1972).
29. Mendlewicz J. Le concept d'hérédogénéité dans la psychose maniaco-dépressive. *L'évolution Psychiatrique*, 2, 411-416 (1974).
30. Mendlewicz J., Fleiss J.L. Linkage studies with X-chromosome markers in bipolar (manic-depressive) and unipolar depressive illness. *Biological Psychiatry*, 9, 261-294 (1974).
31. Mendlewicz J., Rainer J. Morbidity risk and genetic transmission in manic-depressive illness. *American Journal of Human genetics*, 26, 692-701 (1974).
32. Mendlewicz J., Linkowski P., Guroff J.J., Van Praag H.M. Color blindness linkage to bipolar manic depressive illness : New evidence. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1442-1447 (1979).
33. Mendlewicz J., Linkowski P., Willmote J. Linkage between glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency and manic-depressive psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 137, 337-342 (1980).
34. Mendlewicz J. : Génétique des syndromes dépressifs, in Mendlewicz J., *Manuel de Psychiatrie Biologique*, Masson ed., p 43-48 (1987).
35. Mendlewicz J., Simon P., Sevy S., Charon F., Brocas H., Legros S., Vassart G.P. Polymorphic DNA marker on X-chromosome and manic depression. *The Lancet*, 1230-1232 (1987).
36. Mendlewicz J. Population and Family studies in depression and mania. *British Journal of Psychiatry*, 153 (suppl 3), 16-25 (1988).
37. Mendlewicz J., De Reymaeker P., Hirsch D., Staner L., Oclvenne V., Van Broekhoven C. Linkage analysis between DNA markers on X chromosome in the X q27-28 region and manic-depressive illness. (En préparation).
38. Mendlewicz J., Hirsch D. Fragile X syndrome and manic-depression. *Biological Psychiatry* (In Press)
39. Neiswanger K., Slaugenhaupt S. A., Hughes H. B., Frank E., Frankel D. R., Mc Carthy M. J., Chakravarti A., Zibenko G. S., Kupfer D. J., Kaplan A. B. Evidence against close linkage of unipolar affective illness to human chromosome 11p markers HRAS1 and INS and chromosome Xp marker DXS52. *Biol. Psychiatry* 28, 63-72 (1990).

Estimulación precoz: una visión global

María E. Carbonari,*
Adriana S. Gonzalez**
E. L. Rodríguez Echandía***

Resumen

Se analizan los fenómenos inducidos por estimulación sensorial neonatal en animales de laboratorio y a continuación las técnicas e indicaciones terapéuticas y preventivas de la estimulación precoz en niños de hasta cuatro años de edad.

Palabras clave: Plasticidad neuronal - Estimulación precoz - Prevención de alteraciones en el desarrollo.

"EARLY STIMULATION: A GLOBAL VISION"

Abstract

Events induced by neonatal sensorial stimulation in laboratory animals were studied. In addition therapeutic and preventive indications of early stimulation techniques were performed in children up to four years old.

Key Words: Neuronal plasticity - Early stimulation - Prevention of alterations during development.

"LA STIMULATION PRECOCE: UNE PERSPECTIVE D'ENSEMBLE"

Résumé

Dans cet article sont analysés les phénomènes induits par stimulation sensorielle néo-natale chez des animaux de laboratoire et ensuite les techniques et indications thérapeutiques et préventives de la stimulation précoce chez les enfants de moins de quatre ans.

Mots clés: Plasticité neuronale - Prévention de troubles du développement.

El sistema nervioso como una maquinaria plástica

El sistema nervioso representa una organización celular destinada a recibir y transmitir mensajes codificados que quedan registrados en determinados centros mediante cambios plásticos producidos en el componente neuronal. Las interacciones entre el ambiente, que actúa como estímulo, y el SN, que hace de receptor del estímulo y de efector de respuestas, permiten generar los cambios plásticos necesarios para la existencia de fenómenos complejos como la memoria y el aprendizaje. Se conoce que las arborizaciones axónicas y las terminaciones sinápticas responden a la estimulación no solamente con cambios funcionales sino también anatómicos. Estos cambios se mantienen si la estimulación se repite con un mínimo de frecuencia e intensidad o se revierten con el tiempo en el caso contrario(2, 9).

El grado de plasticidad del SN depende en condiciones normales de la edad y de la posición de la especie en la escala filogenética. La etapa de la vida en que el SN presenta la mayor plasticidad es la neonatal. Esta comprende las 3 primeras semanas de vida en la rata de laboratorio y el primer año en el niño. La plasticidad del SN va desapareciendo progresivamente en la senectud.

Las experiencias sensoriales tempranas contribuyen al desarrollo neural de tres maneras diferentes: 1) inductiva, canalizando el desarrollo en un determinado sentido, 2) facilitatoria, sobre umbrales o graduaciones a los que responde el desarrollo estructural y funcional y 3) de mantenimiento de la integridad de

una función y una estructura ya desarrolladas(15).

Estimulación precoz y plasticidad en animales

Aunque existe una considerable bibliografía sobre el tema aun falta mucho por conocer y sistematizar. La mayoría de los trabajos se refieren a la estimulación temprana de un solo sistema sensorial y a los cambios ocasionados exclusivamente en el mismo. Los trabajos realizados mediante estimulaciones más complejas centran su atención en los efectos producidos sobre algunas respuestas comportamentales y neuroquímicas en la edad adulta, descuidando los cambios inducidos durante el desarrollo neonatal(13). Además se han aplicado solamente unos pocos modelos de estimulación y estos no han sido diseñados teniendo en cuenta las etapas del desarrollo del SN. En conjunto, las estimulaciones neonatales aplicadas hasta ahora a animales de laboratorio han provocado efectos beneficiosos o nulos pero en ningún caso efectos nocivos. Debemos reconocer, sin embargo que estos últimos no han sido todavía investigados en forma sistemática. Veremos a continuación los principales cambios atribuidos a los modelos de estimulación neonatal compleja en animales.

1. Existe acuerdo en considerar que la estimulación sensorial neonatal acelera el proceso de maduración corporal. Esto se manifiesta por un incremento en la ganancia de peso durante el periodo prepuberal, la apertura precoz de los párpados y la aceleración de la pubertad(13).

2. Induce además un desarrollo

* Doctora en Psicología y Prof. Adjunta de Psicopatología. Fac. de Psicología. Universidad del Aconagua, Mendoza.

** Doctora en Bioquímica, Becaria de Formación Superior en el Laboratorio de Investigaciones Cerebrales [LINCE] y Docente de la Cat. de Farmacología, Fac. de Ciencias Médicas, UNCuyo.

*** Doctor en Medicina, Investigador Principal CONICET en el LINCE y Prof. Titular de Farmacología, F.C.M. de la UNCuyo.

más rápido del SN lo que se expresa mediante una aceleración del desarrollo del comportamiento. La hipermotilidad y la neofilia exploratoria, junto a la mayor sociabilidad precoz son claros ejemplos de este efecto(5,13,22).

3. Por otra parte varios autores han aportado evidencias de que la estimulación precoz induce lateralización hemisférica, lo que no se produce en condiciones de privación sensorial(7, 13). En la rata, la simple estimulación mediante una sesión diaria de manoseo durante las dos primeras semanas de vida parece modificar el control ejercido por cada hemisferio cerebral sobre la agresión predatoria(10), la actividad motora, las preferencias espaciales y las aversiones gustativas condicionadas(13, 19).

4. En la rata, la estimulación precoz estimula, para toda la vida, las actividades comportamentales generales y atenúa, también definitivamente, las respuestas de ansiedad. Esto último es de gran interés y se manifiesta por una respuesta escasa a estímulos ansiogénicos estandarizados y la baja incidencia de conductas de desplazamiento en situaciones de estrés de intensidad moderada(13,22).

5. En ratas hembras se ha descrito que la estimulación temprana facilita el comportamiento sexual y la conducta materna(13). Estas conductas, esenciales para la supervivencia de la especie, son muy sensibles a las influencias emocionales. Es probable que la facilitación provocada por la estimulación neonatal se deba a la mayor resistencia ante estímulos ansiogénicos.

6. La estimulación induce cambios neuroquímicos todavía insuficientemente conocidos. En nuestro laboratorio hemos comprobado que acelera el desarrollo de los sistemas monoaminérgicos cerebrales, esto es, de los sistemas noradrenérgico, dopaminérgico y serotoninérgico. Las fechas en que se alcanzan las concentraciones máximas de estos neurotransmisores se anticipan considerablemente en los cerebros neonatales estimulados y se producen cambios definitivos en las respuestas a diversos psicofármacos(13).

7. Finalmente, la estimulación neonatal induce una mayor resistencia a la depresión comportamental, junto a una menor respuesta del eje hipofiso-adrenal, al estrés agudo y crónico en la edad adulta(5,12, 22). Esto es importante ya que se sa-

be que el estrés puede desencadenar reacciones depresivas, alteraciones cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales, inmunológicas y otras muchas en seres humanos (3, 23, 24, 25).

En resumen, la estimulación neonatal en la rata genera animales más aptos para desempeñarse ante diversas situaciones experimentales y no parece tener efectos nocivos.

Se han analizado también los efectos de la estimulación sensorial en la etapa periadolescente ya que esta representa un período de gran excitabilidad neural y hormonal. La edad periadolescente en la rata es la comprendida entre los días 30 y 45. La estimulación en este período no induce efectos beneficiosos como los provocados por la estimulación neonatal. En la rata, las tres primeras semanas de vida parecen ser el período crítico para la efectividad de este tratamiento(13). Podemos considerar, de acuerdo con INY y col(16) que la estimulación sensorial neonatal podría cumplir rol adaptativo. El ambiente que circunda a la rata en las dos primeras semanas de vida correspondería supuestamente al ambiente en que deberá transcurrir todo su vida posterior. Desde un punto de vista teleológico, todo el proceso evolutivo del cerebro tenderá a desarrollar aquellos mecanismos adaptativos que le permitan vivir y desenvolverse en armonía con dicho ambiente. La exposición temprana a estimulaciones complejas multisensoriales podría provocar cambios adaptativos definitivos ante diversas situaciones futuras de estimulación. La posibilidad de que tales mecanismos se generen a través del desarrollo de vías alternativas de respuesta a los estímulos, tal como propone Iny y col(16) merece ser tenida en cuenta para futuras investigaciones.

La estimulación precoz en el niño

El SN de un niño recién nacido es tan inmaduro como en la rata y es también extraordinariamente plástico y por consiguiente moldeable. La calidad y la frecuencia de las primeras experiencias sensoriales son también factores esenciales para su desarrollo. Si tales experiencias no se producen, o resultan insuficientes, aparecerán indefectiblemente déficits funcionales diversos, muchos de ellos irreversibles.

La estimulación precoz o tempra-

na debe ser considerada como un tratamiento que se aplica durante los 4 primeros años de vida y está destinado a actualizar al máximo las potencialidades físicas e intelectuales del niño. Consiste en la estimulación continua y programada de todas las áreas sensoriales, siguiendo la secuencia natural del proceso de maduración del SN. No se trata de una estimulación anárquica, que exponga al niño al mayor número de estímulos y experiencias posibles, sino de aplicar un tratamiento con bases y metodologías científicas. Tiene en cuenta las pautas del desarrollo normal y explica las técnicas adecuadas para alcanzar ese desarrollo en forma sistemática y secuencial.

El control de la estimulación precoz es sistemático por cuanto aplica al niño en forma organizada y cotidiana un programa elaborado de acuerdo a cada etapa del desarrollo y a las expectativas de éxito en períodos predeterminados. Y es secuencial porque cada progreso realizado por el niño en cualquier área del desarrollo es también punto de partida para el siguiente.

¿A quién va dirigida?

La estimulación precoz puede ser asistencial o preventiva, aunque en muchos casos es mixta, y está dirigida a todos los niños que corren el riesgo de sufrir alteraciones en el curso de su desarrollo por causas prenatales, natales o neonatales(4,17).

Los aspectos asistenciales de la estimulación se orientan a atenuar las dificultades físicas e intelectuales que producen determinadas anomalías biológicas que se traducen finalmente en cierto grado de retraso mental. Entre ellas podemos mencionar algunas alteraciones genéticas, como el síndrome de Down o la fenilcetonuria, la galactosemia y el cretinismo, y algunas enfermedades infecciosas, como sífilis y rubeola que pueden producir lesiones y malformaciones encefálicas. En estos casos, el éxito del tratamiento es limitado porque las lesiones ocasionadas al SN son definitivas. Sin embargo, la aplicación de un programa de estimulación precoz resulta útil en estos casos, ya que posibilita alcanzar el máximo desarrollo de las potencialidades físicas y mentales de esos niños.

Los aspectos preventivos de la es-

timulación precoz se orientan hacia los ambientes socio-culturales ínfimos, en los que existen serios problemas nutricionales, y a los considerados niños de alto riesgo. Estos son: aquellos nacidos de embarazos patológicos (madres diabéticas, incompatibilidad sanguínea, infecciones, etc), los prematuros, los nacidos post-término, los bebés de bajo peso (menos de 2.500 g) y los de alto peso (más de 4.500 g), los nacidos de partos complicados o de padres demasiado jóvenes o añosos, los de madres drogadictas o que consumieron psicodrogas o anticonvulsivantes u otros fármacos potencialmente dañinos y los niños que presentan deficiencias visuales o auditivas. Deben agregarse a esta lista, que no pretende ser completa, los niños que por una u otra razón sufrirán privación total o parcial de los cuidados maternos y paternos. En estos casos la estimulación se programa para proporcionar al niño un ambiente enriquecido durante un intervalo de tiempo que varía según sus propias respuestas. Las distintas adquisiciones van sucediéndose una tras otra, de un modo irreversible y el tratamiento concluye cuando se tiene la certeza de que el niño ha evolucionado conforme a la media de la población de su misma edad. Adicionalmente, la aplicación de la estimulación hace posible la detección y el tratamiento de trastornos leves que en la mayoría de los casos pasan desapercibidos hasta el ingreso escolar.

Bases teóricas de la estimulación precoz

La estimulación precoz se fundamenta en la investigación básica y en tres pilares esenciales; la Psicología del Desarrollo, la Psicología de la Conducta y la Neurología Evolutiva.

La Psicología del Desarrollo, llamada por Piaget Psicología Genética, se ocupa del estudio del origen y la evolución de la conducta desde la fecundación hasta la muerte. La Psicología de la Conducta se dedica a las interacciones existentes entre el organismo y su ambiente. Por su parte, la Neurología Evolutiva analiza la evolución del niño desde el nacimiento hasta aproximadamente los dos años de edad.

Aunque existen correlaciones entre el período del desarrollo y la edad cronológica del niño, se tiende actualmente a minimizar la validez

de los intentos de establecer edades fijas para los distintos niveles del desarrollo comportamental. A medida que aumenta la edad cronológica, la complejidad del hecho psíquico adquiere cada vez mayor importancia y se ponen en funcionamiento procesos de aprendizaje, tan distintos para cada grupo social y para cada individuo en particular, que cualquier encasillamiento resulta utópico. Para cada etapa, el resultado del desarrollo depende del bagaje hereditario y de las experiencias provenientes de la interacción con el medio. Durante todo el desarrollo, las actividades de ejercitación y aprendizaje son fundamentales para la evolución funcional del SN, sin ellas, los centros correspondientes se debilitan o se atrofian(2, 9, 14, 20,21).

Según Lavine(17) para lograr alcanzar una conducta adaptada y madura es necesario que el individuo sea expuesto desde la primera infancia a un cierto grado de estrés generador de experiencia. Si la estimulación necesaria para inducir aprendizaje falta, aparecerán indefectiblemente conductas anormales que influirán secuencialmente en todos los procesos posteriores.

Neurología evolutiva

El examen semiológico del niño permite diagnosticar el grado de desarrollo de sus funciones nerviosas. Algunos signos tales como el tono muscular y ciertas respuestas reflejas son particularmente importantes. La exploración de los reflejos permite determinar, no solamente el estado neurológico actual del niño, sino también predecir en parte la evolución de su desarrollo psicomotor. Los especialistas en estimulación precoz deben conocer los principales reflejos tempranos ya que deberán ser investigados durante el tratamiento(4,15, 17). Estos son:

Reflejo Cervical Tónico Asimétrico. Consiste en la tendencia del niño a mantener la cabeza rotada hacia un lado, al tiempo que el brazo y la pierna ipsilaterales permanecen extendidos y los miembros contralaterales flexionados. Este reflejo se manifiesta hasta aproximadamente los tres meses de edad y tiene gran importancia funcional. Por él, el niño comienza a adquirir su noción de la mano, lo que representa una etapa esencial para el desarrollo del esquema corporal. Por este reflejo el niño

ve los movimientos de su propia mano y cuándo roza con ella sus ropas o lo que lo rodea. Poco a poco, a medida que estas experiencias se van repitiendo, irá tomando conciencia de sus movimientos e intentará realizarlos voluntariamente con lo que las manos llegarán finalmente a serle familiares y aprenderá a identificarlas.

La ausencia del reflejo cervical tónico asimétrico indica la existencia de patologías tales como el Síndrome de Down. Por otra parte, la persistencia de este reflejo más allá de lo habitual, o su presencia en forma estereotipada, sugieren la existencia de lesión cerebral.

Reflejo de Presión Palmar. Tiene aproximadamente la misma duración que el reflejo anterior y está también ligado al conocimiento del cuerpo. Consiste en la flexión aprensiva de los dedos cuando se presionan las palmas de las manos con algún objeto.

Reflejo de Presión Plantar. Es semejante al anterior. Puede lograrse rozando con un lápiz la cara plantar del dedo pulgar del pie lo que provoca que los cinco dedos se flexionen hasta presionar el objeto y retenerlo durante un corto periodo. Perdura hasta aproximadamente los 9 meses de edad.

Reflejo de Succión. Se caracteriza por una conducta de chupeteo cuando un objeto roza los labios del niño. Está estrechamente ligado al denominado Reflejo de los Cuatro Puntos Cardinales, que perdura hasta los dos meses y consiste en que la presión de la piel alrededor de la boca provoca el desplazamiento de la comisura bucal y de la cabeza hacia el punto de estimulación, siguiendo los desplazamientos del estímulo.

Reflejos de Apoyo y Marcha. Si se mantiene al niño en posición erecta sosteniéndole firmemente por debajo de las axilas y se apoyan los pies sobre una superficie, se observará que se produce una extensión del cuerpo. Si entonces se imprime a la porción torácica un leve movimiento de balanceo, el bebé irá adelantando alternativamente uno y otro pie de forma semejante a la marcha.

Reflejos oculares. Están representados fundamentalmente por el Reflejo Palpebral y el denominado Ojo de Muñeca. El primero es un movimiento de defensa consistente en la oclusión de los párpados cuando se aplica bruscamente una luz intensa. El reflejo del ojo de muñeca se consigue con el niño despierto y en re-

poso; desplazando su cabeza hacia un lado se observa que los ojos no siguen el movimiento sino que parecen desplazarse hacia el lado opuesto. Este reflejo persiste hasta el final del primer mes y representa un automatismo previo a la fijación ocular.

Todos los reflejos descritos hasta ahora pertenecen al grupo de los denominados arcaicos puesto que se encuentran presentes desde el nacimiento. A lo largo de los primeros meses de vida van apareciendo otros automatismos entre los cuales deben ser investigados los siguientes:

Reflejo de Landau. Se investiga suspendiendo al niño en posición dorsal. Esto produce extensión del tronco, elevación de la cabeza y extensión de miembros superiores e inferiores. Si a continuación se flexiona la cabeza, el tronco se curva en la misma dirección y los brazos y piernas quedan también flexionados. Este reflejo aparece alrededor de los cuatro meses y persiste hasta el último trimestre del primer año. Su ausencia sirve para el diagnóstico de parálisis cerebral.

Reflejo del Paracaídas. Consiste en una reacción equilibratoria que aparece hacia los seis meses de edad e indica una maduración neurológica importante. Se obtiene suspendiendo al niño con ambas manos y en posición ventral. Al aproximarle bruscamente hacia una superficie el bebé extenderá los brazos, como para protegerse del impacto. Este reflejo se mantiene indefinidamente.

Reflejos de Apoyo Lateral Posterior. Son automatismos que aparecen poco después de la reacción de paracaidismo y como ésta, se mantienen durante toda la vida. Estos reflejos consisten en el apuntalamiento con una de las manos en sentido lateral o posterior cuando el niño corre el riesgo de perder el equilibrio en esa dirección. Estos reflejos, y también el de paracaidismo, contribuyen al adiestramiento del sentido del equilibrio, a enriquecer las experiencias posturales y a llegar a un manejo adecuado del cuerpo en el espacio.

Procedimiento y técnicas de estimulación

Lo primero a evaluar cuando se va a iniciar un programa de estimulación precoz en un niño que presenta retraso, o corre el peligro de padecerlo, es su nivel de desarrollo,

esto es, de la etapa del desarrollo en que se encuentra. Este es el punto de partida de toda la actividad a realizar posteriormente. Para ello nos valemos de los conocimientos proporcionados por la Neurología Evolutiva, los tests estandarizados de desarrollo, la observación del niño en su ambiente familiar y de toda la información que pueden aportar los padres acerca de la evolución del niño desde el nacimiento hasta la situación actual.

Características generales de un programa de estimulación

La exploración neurológica, el conocimiento de la edad de desarrollo y del ambiente social y familiar en que el niño se desenvuelve, hacen posible elaborar un programa de estimulación. Este se estructura en cuatro apartados, en base a cada una de las áreas del desarrollo descritas por Gesell(11) y especificando, con la mayor precisión, los objetivos que nos proponemos alcanzar en un intervalo de tiempo determinado y en cada una de las áreas, así como los ejercicios a realizar con el niño para su consecución. Los objetivos pueden dividirse en apartados(1): perceptivo-cognitivo, comunicación, socio-emocional, motora fina y gruesa, habilidades de autocuidado y otros. En cada área, los objetivos deben estar divididos por intervalos de edad: cada tres meses en el primer año y cada seis meses en el segundo(1).

Los objetivos del programa se delimitan partiendo del nivel actual de desarrollo del niño en cada área, lo que no es necesariamente uniforme. Se comprobará frecuentemente que el retraso varía entre las diferentes áreas y por lo tanto se deberá tomar como punto de partida la situación real de cada una. Ahora bien, si el objetivo del tratamiento es conseguir la actualización global de las potencialidades del niño, no puede considerarse del todo correcto, el dividir su desarrollo en áreas. Esto se hace exclusivamente por razones operativas, pero, como conductores de la estimulación precoz, debemos tener en cuenta que el niño es un todo indivisible y que el objetivo final es conseguir el desarrollo armónico de su personalidad y una adaptación, también armónica, al ambiente en que su vida va a transcurrir. No llegaremos a ese objetivo ideal si no conseguimos que el niño

actúe intencionalmente, es decir, que interactúe activamente con el terapeuta estimulador, explore activamente los objetos que se le presentan y se interese en la tarea propuesta. De otra manera, correríamos el riesgo de considerar al niño como una máquina que debe operar mecánicamente como nosotros queremos, haciendo movimientos o acciones cuya importancia resida solamente en el aprendizaje automatizado de una actividad determinada.

El programa de estimulación debe ser definido y concreto, tanto en sus objetivos como en los ejercicios que han de realizarse. No debe haber más que una forma de entenderlos y tampoco diversas formas de interpretarlos por parte de los integrantes del equipo que se ocupa de su aplicación. Esto facilita que la aplicación del programa sea efectiva y que la evaluación de los resultados, tendiente a comprobar si los objetivos propuestos han sido alcanzados, sea lo suficientemente objetiva como para inducir, en caso necesario, modificaciones racionales en el programa de estimulación.

¿Quiénes ejecutan el Programa de Estimulación?

Lo ejecuta un equipo multidisciplinario que incluye psicólogos, neurólogos, psicopedagogos y especialistas en terapia física, rehabilitación del lenguaje y asistencia social. Cabe destacar la necesidad de integrar los conocimientos que interrelacionan las distintas actividades de estimulación precoz en el equipo que la realiza. De este modo, el diagnóstico irá seguido de una asistencia que incluirá las recomendaciones de cada uno de los integrantes.

Finalmente, es necesario valorizar a los padres como ejes fundamentales del desarrollo del niño y se les debe otorgar un rol importante en la aplicación del programa de estimulación. Para ello debemos informarles acerca de lo que estamos haciendo, porqué y cómo se trabaja y cuáles serán los procedimientos que deberán seguir. De esto dependerá, en gran medida, que el programa resulte exitoso y que la relación padres-hijo-problema sea armónica. Por otra parte, la asistencia en la manera de actuar ante los diversos problemas que se van presentando alivia la ansiedad provocada por esa especial relación paterno-filial. Los

padres, con el respaldo del equipo que realiza el programa de estimulación, adquieren confianza y no se sienten agobiados por problemáticas que no saben resolver. De todas formas, resulta frecuentemente necesaria la organización de pequeños grupos de padres en vista a la realización de dinámicas grupales coordinadas por un especialista. Cuando existen conflictos familiares profundos, el niño se retrae y su evolución se posterga.

En algunos países existen planes concretos para incorporar a los padres, u otros familiares, a los programas de estimulación precoz que deben realizar. Mediante acciones de este tipo algunas universidades italianas se integran a la comunidad proveyendo guías prácticas impresas y programas semanales de radioescuela estructurados en ciclos de 8 semanas cada uno. Esto se complementa con un sistema de preguntas y respuestas postales y personales y el seguimiento de los resultados. También existen planes de estimulación precoz en algunas regiones autónomas de España tales como Vascongadas, Cataluña y Levante; en este caso, responden a organizaciones estatales. Estos planes posibilitan que los mismos padres o familiares sean los ejecutores de los programas de estimulación que se les indican y contribuyen a la integración familiar.

Eficacia de la estimulación precoz

En los últimos años, muchos trabajos han mostrado que este tratamiento induce beneficios cuantitativos y cualitativos, no solamente en el niño sino también en la relación familiar y su calidad de vida. De acuerdo a Dunst y Rheingrover(8), sin embargo, el 80 por ciento de los estudios analizados en su revisión, adolecen de serios defectos metodológicos, por lo que las evidencias científicas a favor de la eficacia de la estimulación temprana en niños de riesgo biológico no son todavía concluyentes. Por el contrario, quedan pocas dudas acerca de que el tratamiento es realmente beneficioso en niños de riesgo ambiental(8). Esto último coincide con las observaciones descritas para animales de laboratorio.

Aunque los resultados de la experimentación animal no siempre son extrapolables a los humanos es razonable asumir que las ratas stan-

dard de laboratorio representen un modelo de subestimulación ambiental. Debemos considerar que viven desde el nacimiento en cajas pequeñas, con posibilidades visuales externas limitadas al techo, con individuos de un grupo estable y del mismo sexo, con temperatura constante e iluminación en ciclos regulados, con agua y comida, siempre la misma, ad libitum, etc. Es indudable que en estos animales, al igual que en niños con deficiencias ambientales, la estimulación resulta francamente beneficiosa. Es probable también que los cambios neuroquímicos inducidos por la estimulación precoz en la rata ocurran igualmente en el niño. Si esto fuera correcto, los resultados de la experimentación neuroquímica presentes y futuros podrían ser aplicados alguna vez, no sólo a los niños de riesgo ambiental sino también a los de riesgo biológico. Es necesario continuar con las investigaciones. Uno de los objetivos de este artículo es servir de motivación para una integración operativa entre la investigación básica y la investigación clínica para el tratamiento precoz del niño problema ■

Bibliografía

1. Barrera R. E., Curriculum manual of developmental activities for teaching parents and infants. Infant-Parent Program, Child and family Centre. Chedoke-Mc Master Hospitals, Hamilton, Ontario, Canadá, 1984.
2. Blakemore, C. and Cooper, G. F., Development of the brain depends of the visual system environment. *Nature*, 228: 477-478, 1970.
3. Burgess, C., Stress and cancer, *Cancer Surveys* 6: 40 3-416, 1987.
4. Coriat, T., La Estimulación Temprana. Paidós, Bs. As., 1958.
5. Denenberg, V. H. and Morton, J. R. C., Infantile stimulation, prepuberal sexual-social interacciones and emotionality. *Animal Behav.* 12: 11-13, 1964.
6. Denenberg, V. H. and Zarrow, M. X., Effect of handling in infancy upon adult behavior and adrenortical activity: Suggestions for a neuroendocrine mechanism. En: Walcher, D. Peters, D. EDS., *Early Childhood: The development of selfregulatory mechanisms.* New York, Academic Press, 1971.
7. Denenberg, V. H., Hemispheric laterality in animals and the effect of early experience. *Behav. Brain Sci.* 4:1-49, 1981.
8. Dunst, C. J. and Rheingrover, R. M., Analysis of the efficacy of infant intervention programs for handicapped children. *Evaluation and Program Planning*, 4: 287-323, 1981.
9. Freeman, R. F., Mitchell, O. E. and Milledot, M., A neural effect of partial visual deprivation in humans. *Science*, 175:

- 1384-1386, 1972.
10. Garbanatti, J. A., Sherman, G. F., Rosen, G. D., Hofmann, M., Yutzey, D. A., Denenberg, V. H., Handling in infancy, brain laterality and muricide in rats. *Behav. Brain Res.* 7: 351-359, 1983.
11. Gesell, R., La Estimulación y sus Etapas. Paidós, Bs. As., 1978.
12. Gonzalez, A.S., Rodríguez Echandía, E. L., Cabrera, R., Fóscolo, M. R. and Fracchia, L. N., Neonatal chronic stress induces subsensitivity to chronic stress in adult rats. I. Effects on forced swim behavior and endocrine responses. *Physiol. Behav.* 47: 735-741, 1990.
13. Gonzalez Jatuff, A. S., Estudio bioquímico, farmacológico y comportamental sobre los efectos transitorios y permanentes del estrés crónico perinatal y periadolesencial en ratas. Trabajo de Tesis Doctoral, Univ. Nacional de S. Luis, 1990.
14. Hirsch, H. V. B. and Spinelli, N., Visual experience modifies distribution of horizontally and vertically oriented receptive fields in cats. *Science*, 168: 869-871, 1970.
15. Illingworth, R. S., Desarrollo Infantil en sus primeras Etapas normal y patológica. Ed Médica y Técnica. Barcelona, España, 1983.
16. Iny, L. J., Gianoulakis, C., Palmour, R. M., Meaney, M. J., The beta-endorphin response to stress during postnatal development. *Developm. Brain Res.*, 31:177-181, 1987.
17. Lavine, W., La Estimulación en Primera Etapa. Ed. Médica y Técnica, Barcelona, España, 1983.
18. Meichenbaum, O., Cognitive behavior modification: an integrative approach. Plenum Ed., 1977.
19. Mistretta, C. M., Bradley, R. M., Effects of early sensory experience on brain and behavioral development. En: *Studies on the development of behavior and the nervous system.* Academic Press Inc. New York, 1978.
20. Mitchell, O. E., Freeman, R. O., Milledot, M., Haegerstrom, G., Meridional amblyopia: Evidence for modification of the visual system by early visual experience. *Vision Res.* 13: 535-558, 1973.
21. Muir, D. W., Mitchell, O. E., Visual resolution and experience: Acuity deficits in cats following early selective visual deprivation. *Science*, 180: 420-422, 1973.
22. Pfeifer, R. D., Rotundo, R., Myers, M., Oenenberg, H., Stimulation in infancy: Unique effects of handling. *Physiol. Behav.*, 17: 781-784, 1976.
23. Rodríguez Echandía, E. L., Gonzalez, A. S., Cabrera, R., Fracchia, L. N., A further analysis of behavioral and endocrine effects of unpredictable chronic stress. *Physiol. Behav.*, 43: 789-795, 1989.
24. Selye, H., The stress of life. Mc Graw-Hill, New York, 1975.
25. Stanis, A. M., Befus, O., Bienenstock, J., Neuropeptide modulation of mucosal immunity. *Gastroenterology*: 91: 485-486, 1986.

ANTROPOLOGIA, CONOCIMIENTO y SALUD MENTAL: ¿"ensemble" o trío de la disputa?

Beatriz Kalinsky*
Wille Arrue**

Resumen

Se delimitan los posibles aportes de la antropología al campo de la salud mental.

Se parte de una reflexión sobre las formas antropológicas de considerar la racionalidad del "otro", para desembocar en una conceptualización del conocimiento como proceso que forma parte de la dinámica sociocultural de las comunidades.

La segunda parte está dedicada a un breve panorama y evaluación, de las vertientes actuales de la antropología médica.

Después, de acuerdo con el panorama trazado, se hacen algunas consideraciones epistemológicas sobre la tarea clínica del diagnóstico en salud mental y se analiza el caso en que se superponen diagnósticos con distintas fuentes de validez (científica y popular).

Se concluye enumerando las contribuciones que la antropología puede hacer a la salud mental.

Palabras clave: Antropología - Salud mental - Conocimiento - Diagnóstico.

"ANTHROPOLOGY, KNOWLEDGE AND MENTAL HEALTH: "ENSEMBLE" OR TRIO IN DISPUTE?"

Abstract

This paper outlines the possible anthropological contribution to the mental health field.

We start from a reflection about the anthropological manners of considering the "other's" rationality, to end with a conceptualization of knowledge as a process, which is part of the community's sociocultural dynamics.

The second part is dedicated to a brief panorama, and evaluation, of the present main streams of the medical anthropology.

Later, according with the sketch outlined, we make some epistemological considerations about the diagnostic superposition (scientific and popular) in which there are different sources of validation.

We finish with enumeration of the contributions that anthropology is capable to make to the mental health field.

Key Words: Anthropology - Mental Health - Knowledge - Diagnostic.

"ANTHROPOLOGIE, CONNAISSANCE ET SANTE MENTALE: ENSEMBLE OU TRIO DE LA DISPUTE?"

Résumé

Cette article présente les apports possibles de l'anthropologie au champ de la santé mentale.

Les auteurs partent d'une réflexion sur les formes anthropologiques de considérer la rationalité de "l'autre", pour déboucher sur une conceptualisation de la connaissance comme un processus qui fait partie de la dynamique socioculturelle des communautés.

La deuxième partie propose un bref panorama et une évaluation des courants actuels de l'anthropologie médicale. Puis, selon ce panorama ils donnent quelques considérations épistémologiques sur le diagnostic clinique en santé mentale et ils analysent le cas où se superposent des diagnostics ayant différentes sources de validité (scientifique et populaire).

Mot clés: Anthropologie - Santé Mentale - Connaissance - Diagnostique.

"Las características de un pueblo deberían encontrar expresión en la frecuencia y en la formas en que se manifiesta la enfermedad mental. Así, la psiquiatría comparada podrá hacer posible la obtención de valiosas visiones de la psique de las naciones y, a su tiempo, contribuirá a la comprensión de los procesos psíquicos patológicos".

Emil Kraepelin (1904) (citado por Christoph Bendick, 1989)

Kraepelin es reconocido, por casi todos, porque categorizó a la esquizofrenia, bajo el rótulo de 'dementia praecox', en la nosografía psiquiátrica. La esquizofrenia es todavía considerada como uno de los mayores desórdenes psiquiátricos¹.

Sin embargo, pocos se animarían a considerarlo un padre fundador de la antropología (médica) que insinuó los dos principios-guía de la etnomedicina actual: que en todas las culturas existe la enfermedad mental (función patogénica de la cultura) y que la expresión de los síndromes está perfilada por la cultura (función patoplástica)(50)². En busca de fundamentación para estas ideas, Kraepelin concretó viajes y estadísticas de campo en lugares exóticos(8).

Si bien podría cuestionarse que una vía para la comprensión de los pueblos sea la de la locura y también

que podrían reformularse los principios-guía recién citados a la luz del conocimiento, la historia y la política actuales; no podemos negar la avanzada marcada por Kraepelin.

Su figura profesional puede ser vista, por otra parte, como contradictoria en tanto abre una compuerta que podría haber cuestionado de cuajo su programa de una psiquiatría científica, fundado en la asociación entre cuadro sintomatológico, condiciones anatómo-patológicas y etiologías específicas(21). A menos que Kraepelin haya confiado en que esta intermediación antropológica daría una fuente comparada de confirmación, no usual en su momento, a dicho programa.

¿Cometió Kraepelin el pecado del optimismo? ¿Por qué la profesión médica se ve poco inclinada a sondear el conocimiento que da la antropología? ¿Por qué los médicos, psiquiatras y psicólogos, no se sienten atraídos por "iniciarse" en el camino de esta disciplina?

¿O es que la pregunta tiene que ser formulada, más bien, desde la antropología?

¿Demasiado simple, demasiado obtusa, demasiado extraña?³³

El contacto entre disciplinas es siempre engorroso, rápido. Indagamos.

*Antropóloga. Prof. Adj. Reg. Depto. de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras UBA. J. Hernández 2040. 14 "B" - 1426 Capital Federal. Tel.: 784-5117

** Médico. Miembro del Proyecto de Atención Primaria y Salud Mental. Hosp. "Ramón Carrillo" - 8370 San Martín de los Andes. Prov. de Neuquén. Tel.: (0972) 2-7495

I

Podría decirse que la Antropología⁴ es un campo de reflexión entre dos aguas, enclavado en el filo de dilemas que, como tales, permanecen irresolubles, perpetuos como excusas inamovibles para un largo debate cuyos puntos de llegada son siempre efímeros, indecisos, de medias tintas.

¿De qué manera decidirse por una única versión de cómo la "cultura" da sentido a la "sociedad", y ésta última, a su vez, permite la expresión de la primera? ¿En qué términos puede asirse la expresión de la diversidad sociocultural en una primordial unidad genérica de lo humano? ¿Cómo aprehender conceptualmente la unidad de la diversidad, la identidad en la diferencia y la diferencia de la identidad?

¿Cómo congeniar el relato sobre el nacimiento de la Antropología como ciencia del colonialismo, que la une a la dominación y opresión de vastos sectores de la humanidad con su papel permanente de discurso subversivo(23) que ubica en el centro de las hegemonías la representación de los márgenes de organizaciones sociales, culturales y psicológicas, desafiando y poniendo en cuestión los modos hasta entonces aceptados como únicos posibles (aunque se siguieran todavía considerando los mejores posibles)?

Podríamos, incluso, entenderla como una ciencia que desea articularse entre las diferencias.

¿Cómo captar la perspectiva del "otro" (primer mandamiento del trabajo antropológico) que viene a ser el extraño, el exótico, el distante pero también el políticamente desigual y el institucionalmente sometido cuando todos estos límites tan "naturalmente" aceptados son cuestionados, cambiados, superados, reordenados, en los conceptos y en las prácticas, por esos mismos "otros"?

¿Somos todos tan sólo superficialmente distintos, o superficialmente semejantes?

¿Cómo conservar límites culturales en un mundo cada vez más interpenetrado y universal?(62).

¿Cómo compaginar la dinámica de los cambios socioculturales con las divisiones étnicas, de clase, de género?(61).

¿Cómo es posible que identidades sociales, culturales y psicológicas cambien y a la vez sigan siendo las mismas?

La Antropología es también un campo de polémica sobre la racionalidad.

Por su carácter de ciencia empírica tiene compromisos perentorios que ha aceptado con el estado más próximo e inmediato de cosas. Pero a la vez no puede soslayar una discusión filosófica.

Todavía permanecemos muy apegados a una noción de racionalidad que la hace sinónimo de leyes y reglas, de lógica sancionada por el pensamiento occidental y por una epistemología moderna (anglosajona y francesa)⁵(15) que ha actuado como obstáculo (epistemológico)(6) para impulsar una ruptura antropológica del concepto⁶.

Más aún, la Antropología no ha podido soslayar este sentido secular de la idea de "racionalidad", al buscar, por ejemplo, una "lógica" de los contenidos mágicos.

¿Simple retórica o procedimiento legitimatorio de otros términos en los nuestros propios? ¿Intento intimidatorio de reconocer formas organizativas y discursivas ajenas a las nuestras a cambio de que puedan ser leídas según nuestros medios conceptuales y lingüísticos(34) o "abrazo solitario" marcado por la escasa predisposición para tolerar opacidades, inaccesibilidades, irreductibilidades?

Otro camino fue el de postular un predicado de "coherencia interna" a prácticas y formas del discurso, "cosmovisiones", que fueron dejadas, de un plumazo, fuera del curso de la historia; la "verdadera" historia, la de los avances tecnológicos, del bienestar y la riqueza, de la libertad y la justicia.

O sea la historia de Occidente(35).

"Sociedades primitivas", sin crecimiento cognoscitivo(35) aisladas y sin experiencia de la "otredad" (83), (para una crítica a este supuesto de la teoría antropológica)⁷ y que, ahora, sobreviven al margen, con un destino social incierto aunque anunciado: la desaparición o la integración/adaptación a este mundo.

Disyuntiva de hierro frente a la

cual (¡otra paradoja!) aparecen bien dotadas gracias a la "magia" de la coherencia interna.

Es decir, una especie "menor" de racionalidad pero que, al menos no las quita del universo de lo humano, ya que sí de la Historia.

Que un sistema de representaciones sea internamente coherente quiere decir dos cosas:

1. Que tiene razones ("reales" o "imaginarias") para ser como son, las cuales casi siempre forman parte de una base material.

Una suerte de determinismo o relación funcional positiva entre "sociedad" y "cultura". Esta última no sería más que el plano de justificación de la sociedad (82) (para una crítica a esta concepción utilitaria de la cultura). La coherencia actúa como puente entre una y otra.

Para alguna tradición antropológica, los desfases que eventualmente parecían producirse entre "sociedad" y "cultura" eran el interrogante básico que desafiaba la capacidad explicativa de toda la disciplina; considerándose, en general, que la cosmovisión (la cultura, las representaciones, las creencias o como se quiera llamar a un fenómeno que fue visto como ligeramente menos real que las condiciones materiales de existencia)(26) actuaría como una burbuja de aislamiento(28), como un reservorio de respuestas estándar(75) "listas-para-usar", como refugio retrogrado, irracional y de retraso epistemológico y político frente a condiciones cambiantes de vida.

Un desfase que, de problema teórico, se constituyó en un supuesto muchas veces cuestionado pero al que se le opuso poco fundamento empírico(19, 20, 13, 70, 74, 78)

2. La otra aceptación que se le ha dado al postulado de coherencia interna tiene que ver con que una vez dados, los modelos culturales se rigidizan y eternizan. Sigue siendo escasa aún, la preocupación de la antropología por la historicidad de su objeto de estudio⁸.

Tales modelos darían, entonces, las respuestas "correctas" (coherentes) a todas las necesidades que por él son modeladas. Algo así como

que "cada cultura se cocina en su propia salsa".

Se agota la virtualidad del intercambio y transferencia con otros modos socioculturales, se anulan las capacidades de creación e innovación simbólica (social y material)(5, 75, 83)

Y, sobre todo, la posibilidad de respuestas ante el avasallamiento masivo de la sociedad hegemónica sobre los segmentos socioculturales subordinados sería aparentemente inexistente⁹.

Sin embargo, la dialéctica de la opresión/libertad parece ser un juego enormemente más complejo(13, 14, 15.).

Nos hacemos cargo de estas controversias.

La Antropología puede ser una vía apta para abarcar la diversidad de sistemas de conocimiento, con historias y vinculaciones específicas con organizaciones sociales y discursivas de la gente¹⁰.

Nos encontramos, entonces, con que cultura, conocimiento y racionalidad constituyen un conjunto que sólo admite una distinción que no vaya más allá de lo analítico.

La capacidad de auto-reflexión y las oportunidades de explicabilidad(36) son elementos constitutivos de las culturas, aunque con determinaciones históricas, sociales y políticas propias.

Esta aproximación nos mostrará que el conocimiento no es homogéneo, ni está igualmente repartido en las tramas culturales(52, 53) sino que es parte del juego de intereses que definen la distribución social del poder.

Las prácticas del conocimiento son prácticas sociales que generan, en su caso, sujetos de conocimiento diversificados(30, 53) cada uno de los cuales intentará promover sus propias razones con pretensiones de validez(43).

Ellas se podrán compatibilizar o no, en un contexto general de comunicación. Si esto ocurre, dará como resultado una "racionalidad comunicativa"(43). Si no se obtiene, se conserva, no obstante, la condición de posibilidad de cualquier principio de racionalidad: la explicabilidad.

Esta capacidad será ejercida de distintos modos y oportunidades, tanto por los actores sociales como por eventuales observadores (es decir, sociólogos, antropólogos, historiadores en algún sentido, políticos, analistas, entre la gama de observadores profesionales)¹¹. También con el reconocimiento del conjunto de factores socio-técnicos, históricos, políticos, económicos, institucionales que la modelan.

El conocimiento es el resultado de un proceso que es parte de la dinámica sociocultural más global. Esto lo aprendemos de la Antropología.

Como tal, es sujeto de un ciclo, el cual no ha quedado bien dilucidado: creación, apropiación, transferencia, usos, re-formulaciones, elaboración de criterios de puesta en vigencia y puesta en desuso, pautas de fijación, pautas de cambio/innovación.

Proceso que, por otra parte, da el calce para que determinadas explicaciones, dadas por actores u observadores parciales, emergentes de condicionamientos específicos, y circunstanciales, pasen a tener un carácter general, se univerzalicen(53).

Mientras tanto, las otras permanecerán como conocimiento sumergido, sometido(29), sin base política de constitución.

Sin embargo, en tanto conocimiento no perderán su validez empírica ni su capacidad de renovarse en ocasión de cambios en las condiciones de vida.

Renovación que significa entrar en el juego político de la racionalidad.

El fenómeno de fracturación cognoscitiva(5) de los órdenes simbólicos (sociales y materiales) vigentes tiende a poner en discusión nuestra conceptualización unívoca, uniforme y plana del conocimiento y de la racionalidad.

Antes bien, la inestabilidad parece ser parte del interjuego de los conocimientos y las prácticas, así como de las variaciones en que se cumplen, o no, sus ciclos y formas de reproducción.

Por lo demás, niega la posibilidad de formas autolegitimatorias de los sistemas de conocimiento, en

cuanto a sus modos de producción de racionalidad. Cualquier lectura de la realidad que quiera ser correcta, además de la única posible, plantea una idea de racionalidad que se aleja de la que aquí se está proponiendo.

Por tanto, el conocimiento antes que una lectura de la realidad, es un factor de su construcción. ¿Hay algún sistema de conocimiento que diga de sí mismo que no es racional? Si así fuera no lograría imponer los "contextos de plausibilidad"(9) que hacen posible dar cuenta de la misma vida.

Pero, por otro lado, a estos consensos(3), fondos tácitos de competencia interpretativa, le subyacen la quiebra y las discrepancias, los errores y los malentendidos.

Todo lo cual hace preguntarse por el papel que los "expertos" puedan tener dentro de ellos, más allá de los factores políticos e institucionales¹² que los ubican en esa posición.

La dramaticidad de estas rupturas se pone en evidencia en situaciones de contacto intercultural. Contacto que, para quienes pasan a ser los segmentos subordinados, es siempre impuesto.

Desde allí se van generando condiciones para luchas de sentido que al desafiar la pretensión universalista, resaltan la discontinuidad y convencionalidad de las visiones del mundo que coinciden, a partir del contacto, queriéndolo o no, en un mismo marco socio-institucional y político

Se desata el juego de los pares simétricos "realidad-irrealidad" "racionalidad/irracionalidad", en el que, aunque desigualmente, formas alternativas pugnan por imponerse unas a las otras.

En este sentido, el significado comienza a deslizarse de su cara lingüística para pasar a ser el instrumento de una estrategia(30) que pretende generar efectos sobre la realidad.

Estamos en presencia de la práctica social del conocimiento, la cual instituye estatuto de "realidad/racionalidad" o "irrealidad/irracionalidad" a quienes sean afines, o no, con ellos.

II

Una vez delineada, y simplificada, la pregunta por la Antropología, veamos qué podemos recoger para el campo de la Salud Mental.

En primer término, diremos que aunque el encuentro intercultural no es un fenómeno nuevo, ha sido indagado, desde la antropología, en situaciones de conflicto en donde las partes están claramente ubicadas (por ejemplo, medios rurales, campesinos, migraciones, etc.).

En situaciones de mayor urbanización/modernización (subdesarrollada, en nuestro caso), este encuentro se mezcla con otras variables como la de clase social, categorías ocupacionales, habitacionales, etc., tomando la relación intercultural matices que, por un lado, la enmascara como tal y, por el otro, la complejiza.

Desde el enmascaramiento, a veces se ha creído correcto subordinar la condición étnica a la de clase, ya sea desde los antropólogos como desde los mismos actores.

Otras veces, al contrario, se ha establecido un estereotipo de la condición étnica(61), cuando el análisis se ha agotado sólo en los factores culturales.

Desde la complejización, la mayor interacción, que es inevitable, con los patrones urbanos, con la configuración de grupos móviles, transitorios y de mayor inter-

cambiabilidad y alternancia, y con la asunción de pautas de competencia, prestigio, eficacia y logros, provoca cuestionamientos a identidades étnicas previas(14) deseos de abandonarla (¿concretados?), o bien, activos intercambios y negociaciones de significados que las redefinen y replantean(5, 13, 14).

Todo esto pone preguntas específicas al campo de la Salud Mental, que no puede desligarse de una perspectiva antropológica¹³.

La antropología médica es un área de especialización dirigida a reflexionar y dar respuestas al conjunto de dificultades que, en el orden epistemológico, teórico-conceptual, metodológico e ideológico-técnico se plantean alrededor del fenómeno salud/enfermedad/atención/curación/vida/muerte de las personas y los grupos.

La antropología médica tiene dos grandes versiones, según el énfasis que se elija de los aspectos que forman parte del fenómeno que abarca: podría llamarse "sociológica" una, y "simbolista" la otra.

La tendencia "sociológica" pone su centro de atención en los determinantes sociales y económicos de algunas patologías (por ejemplo, el alcoholismo, drogadependencia), en la dinámica de la reproducción material de los diferentes sectores sociales, uno de cuyos aspectos centrales es, justamente, la dimensión "salud/enfermedad".

Esto quiere decir que se interesa por desplegar las estrategias diferenciales que ponen en práctica los diferentes grupos humanos por su ubicación en las relaciones de producción, el acceso a los diferentes tipos

de prestaciones médicas, etc., frente a la enfermedad, la (auto)atención y la muerte, o las formas de institucionalización de los actores que tienen a su cargo el proceso de salud/enfermedad(64, 65, 66, 69,).

La "etnografía médica" es otra forma central de reflexión de esta perspectiva, que tiene que ver con la discusión sobre el "modelo médico" pues, como tal, quiere subrayar ciertos modos de constitución de la atención médica (como modelo jurídico-institucional) que lo ha convertido, según se ve, en una suerte de 'establishment'.

Así, se han puesto sobre el tapete temas tales como:

- la autonomía¹⁴ de la profesión médica que define lo máspreciado de la clínica: su capacidad de reclamar para sí el diseño y control de la práctica, con fuerza jurídica de impugnación a otras formas (para-médicas, no-médicas, etc.)(47, 7,);

- su carácter de 'lobby' político y administrativo;

- una concepción de enfermedad fuertemente arraigada en aproximaciones teóricas biológicas, en las cuales los factores bioquímicos, neurofisiológicos y genéticos se imponen a otras posibles fuentes de formulación de la salud y la enfermedad;

- el énfasis en los aspectos curativos y de rehabilitación; en una no-



INSTITUCION PSICOTERAPEUTICA

Directores:

Dr. Felipe Díaz Uzandivaras

Dra. Mirta I. Méndez Puig

HOSPITAL DE DIA

Proceso Terapéutico grupal

Coord. Dra. A. Malik

- Grupos de: teatro, plástica, psicodrama, recreación, lectura-escritura, terapéutico, convivencia, reflexión

Etnoterapia



Musicoterapia



Terapia ocupacional

Ciudad de la Paz 31 • Tel. 771-2993/8114/8108

ción de "riesgo" asociada a factores sintomatológicos de manera que las estrategias preventivas sufren, desde su misma definición, un corrimiento hacia el campo de la enfermedad y los planteos curativos;

- una representación de la salud como ausencia de enfermedad, etc.

La versión "simbolista" de la antropología médica intenta dar cuenta de un modelo de práctica clínica centrado en el significado

"Una antropología médica interpretativa que conceptualiza la enfermedad no como un reflejo o producto causal de procesos somáticos sino como una realidad humana significativa" (pág. 74, la traducción es nuestra).

Este modelo se ha puesto a prueba aún en la indagación de las perturbaciones médicas tradicionalmente enfocadas por la psiquiatría, tal como la esquizofrenia^{15, 16}.

Así, pues, esta perspectiva, cuestiona como reduccionista el modelo biomédico, también en relación al problema salud/enfermedad mental.

Señala que, en la visión biológica, el factor sociocultural se convierte en un obstáculo epistemológico que impide la correspondencia entre síntoma y sustrato biológico. Dificulta, entonces, el reconocimiento del "verdadero" padecimiento⁽³⁸⁾.

Esta es la versión que toman en el campo de la salud, orientaciones generales que insisten en considerar al conocimiento no científico (no-médico, en nuestro caso) como impedimento a ser erradicado.

Ello ha ocurrido desde la propia antropología (28), (para un solo ejemplo aunque representativo) de lo que se dió en llamar en la década del '60 "Antropología Aplicada"; pero también desde la planificación del desarrollo, en términos más generales⁽⁷⁴⁾.

Este reduccionismo implicaría no sólo la condena cognoscitiva de las enfermedades y diagnósticos del paciente, de las de su grupo de pertenencia (familiar o comunitario) sino también de las series diagnóstico-terapéuticas no-médicas, actualizadas en las prácticas no formales¹⁷ del cuidado de la salud, y que resultan de un conocimiento que hemos lla-

mado "local"⁽⁵¹⁾. Es decir, que la dinámica de legitimación (construcción, uso, apropiación, desactualización) se situaría en una posición de confrontación con el conocimiento formalizado, oficial y legal (hegemónico), contra el cual lleva adelante una virtual política de institución de significados socioculturales⁽⁵⁾.

La sociedad hegemónica delega en la profesión médica cuotas de poder.

Poder que, aunque delegado, es representativo y es ejercido en términos generales como legítimo. Poder que es, a la par, siempre desafiado por saberes sobre el enfermarse y el curarse que pugna por excluir del ejercicio profesional; quien debe resguardar el conocimiento sobre la salud y la enfermedad en uno de los pilares más preciados de la sociedad como lo es el de la ciencia y la técnica.

Este es un reto discursivo¹⁸ que, como antes señalamos, tiene consecuencias sobre la realidad y que, por ende, logra imponer significados marginalizados en el centro mismo de las prácticas hegemónicas^(51, 67, 81,).

Otro aspecto del reduccionismo biomédico, que marca la versión "simbolista" de la antropología médica, es acerca de la pasión que éste pone en "traducir" las series nosológicas no-médicas a los términos médicos formales.

El supuesto de la traducibilidad intrínseca es, antes que nada, una petición de principios aún cuando aparezca avalado por métodos estadísticos e interculturales⁽¹⁶⁾.

Como ya analizamos⁽⁵⁾ y como también ya ha sido bien mostrado por esta corriente simbólica de la antropología médica^(39, 40, 41,) cada serie nosológica es parte de mundos de significados que les otorgan su propia pertinencia y adecuación.

Además, tales redes semánticas (a veces llamadas "cosmovisiones") coexisten unas al lado de las otras y, por ende, generan fórmulas posibles de comunicación entre ellas¹⁹.

No sólo desde la práctica estrictamente biomédica se intenta la "traducción" de los diagnósticos populares ("daño", "ataque de nervios", "susto", "neura", etc.) a las series diagnósticas propias (Por ejemplo, "psicosis"). También se la hace desde las corrientes psicodinámicas.

Esta "traducción" se legitimaría adjudicando los diagnósticos populares al "mundo cultural" de los pacientes (la gente, en general).

La violencia simbólica que se ejerce con este simple acto epistemológico no ha sido todavía bien ponderada, pero es indiscutible el encubrimiento que produce de la usurpación de la libertad del otro bajo un discurso de ayuda. Por su parte, no nos es ajeno que este modo de intentar la ayuda está sostenido en las posibilidades, y también las dificultades de la cosmovisión del operador (el "experto").

El campo de la salud mental se caracteriza por las discrepancias teórico-terapéuticas de la que da prueba la gama de escuelas, orientaciones y corrientes que, simultáneamente, están en vigencia, y que, de una u otra forma, discuten la corrección de las aproximaciones respectivas al fenómeno de la salud/enfermedad mental.

En tal sentido, también en el llamado "sistema formal de salud" aparecen diferentes dimensiones de significados (creencias, discursos, símbolos, representaciones, etc.) inexcusables en la labor de interpretación clínica²⁰.

La "etnomedicina" es definida como el estudio comparativo de los sistemas médicos. O sea, cómo las sociedades reconocen diferentes maneras de dar cuenta, y hacer frente, a los problemas médicos^(24, 25).

En ella, temas usuales considerados son: representaciones sociales de los diferentes actores del campo de la salud, creencias, actitudes y acciones sobre el cuerpo, la enfermedad, la curación, el nacimiento, la pubertad, la muerte y otros hechos biológicos correlacionados.

Por otra parte, aspectos simbólicos de la medicina en sociedades complejas^(41, 42, 72,); atención psiquiátrica de pacientes provenientes de minorías étnicas^(33, 40, 61, 87, etc.) (y etnopsiquiatría^(23, 57, 79, 84) entre algunos recientes y⁽⁵⁴⁾ para un clásico⁽⁵⁴⁾).

Dos peligros acechan a los desarrollos que ha tenido la antropología médica simbolista.

1. El peligro "culturalista", o sea, la

inversión simétrica del biologismo. Existen aún pocas aproximaciones teóricas que reconozcan, y recuperen conceptualmente, la comunidad de origen y destino que la biología y la cultura tienen en la experiencia de la salud y la enfermedad mental.

Sin embargo, esto es diferente desde la voz de la gente, en la cual aparecen con el mismo estatuto epistemológico y práctico componentes de la enfermedad de origen biológico tanto como familiar, socioeconómico, geopolítico e institucional(2)²¹.

La lucha teórica se plantea sobre a cuál elemento del par "biología/cultura" se otorga "más" realidad empírica (y, por ende, efecto de racionalidad).

En uno u otro caso, se pierden las pistas del otro y su papel constitutivo de la salud y la enfermedad(1).

La antropología médica actual se debate, todavía, por superar esta *falsa* dicotomía. En tal sentido, los expertos deberían, sin temor a caer en una suerte de "populismo teórico", tener en cuenta las epistemologías cotidianas.

2.El peligro "etnicista", es otra forma de pretender sostener la dimensión cultural, esta vez, aislada de los factores sociales, políticos, económicos, institucionales e históricos.

Sería una suerte de cordón sanitario que mantiene esta dimensión congelada e independizada de la vida de las personas y los órdenes locales, regionales, nacionales y mundiales(22, 23, 25).

En tal sentido, focalizarse en las series nosológicas populares, síntomas y síndromes étnicos(61) puede provocar consecuencias quizá no queridas. Tales como ignorar la dimensión del cambio (incorporaciones, eliminaciones) surgido de las interacciones en contextos sociales y políticos concretos (contacto intercultural compulsivo, migraciones, sociedades nacionales multiétnicas, etc.)

La creación forzada, estereotipada, de identidades étnicas, con límites rigurosos y unívocos como construcciones analíticas pero también ideológicas(13) es otra prueba de la tendencia etnicista.

Los límites entre el respeto por lo

que es diferente en un marco deseado de pluralismo democrático y la creación de la diferencia de raíz ideológica antes que empírica (política, cultural)(46) son resbaladizos.

El síndrome cultural puede ser visto como una forma de resistencia social y grupal, pero también puede ser una oportunidad para generar artificialmente diferencias, rechazarlas y excluirlas.

Todo en un mismo paso que enmascara condiciones actuales de su expresión (explotación económica, estrés migratorio, aislamientos geopolíticos, ausencia de derechos civiles individuales, etc.)(22).

La dimensión semántica no puede anular las circunstancias en que el significado se manifiesta, pues es a partir de ellas que se logra su vigencia en el proceso de cambio.

Así, creemos que la búsqueda de satisfactores para las necesidades básicas es una empresa universal. Esta escapa a los patrones culturales (al menos en la versión ultra-culturalista) pues tiene profundas coincidencias en los diferentes grupos humanos. A pesar de las muy desiguales condiciones históricas, políticas, sociales, técnicas, geográficas y económicas en que dicha búsqueda se lleva adelante.

Por supuesto, varía el logro diferencial de esos satisfactores.

También el fenómeno "salud/enfermedad" parece tener una única raíz, humana: la del sufrimiento y las necesidades y respuestas que genera.

Sin embargo, (¡eterna dialéctica y medias tintas!) varía la clave en que tales necesidades y respuestas son registradas y resueltas: la interpretación de los síntomas (semiologías populares, no-médicas), constitución de los síntomas (conjunto de síntomas/síndromes que pueden resultar difusos, inespecíficos o hasta ilusorios para la medicina oficial), causas de los estados mórbidos (etiologías populares) y, por supuesto, modos curativos.

Aspecto, este último que genera la mayor carga de conflicto entre los sistemas rivales(5) que será factor de disrupción, y de enfrentamiento (por ende, de estereotipación y prejuicio) cuanto menor sea la fluidez representacional, comunicacional, institucional y política entre ellos.

Dos palabras finales para cerrar esta sección(22).

Ya se han alzado voces contra los peligros que encierran los campos de especialización de la antropología.

En este caso, de una medicalización del discurso antropológico²⁴.

La idea de divisiones internas en una disciplina que ha sido concebida como totalizadora, holística, preocupada por los procesos de engarce y con vocación por los contextos (quizá única coincidencia en la irritante disparidad teórica, ideológica y temática) parece ser una contradicción en sus propios términos.

Las subdisciplinas no parecen prometer la perduración de este 'desideratum' ni dar cumplimiento a este pedido de particularización de marcos generales.

De paso, podríamos señalar una analogía en cuanto a esta especie de "manía" analítica con respecto a la distinción "salud/salud mental".

Si bien la importante tradición teórica no justificaría abandonarla sin más, sería interesante, al menos, preguntarse de continuo por su legitimidad. Ya que, como antes señalamos para el par "cultura/sociedad", es una distinción conceptual. Por tanto, como cualquier modelo de la realidad, sirve para orientar su indagación, ordenarla, simularla en último término. Pero, en cualquier caso, no puede convertirse en el principio organizador de esa realidad(10).

Si bien es cierto que tal distinción sirve para sentar bases diferenciales de constitución de la enfermedad y la salud, es ficticio buscar correlatos empíricos estrictos, no solamente en un nivel biológico/fisiológico sino también en las representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad(68)²⁵.

En este tren de cosas, el liso y llano distanciamiento entre las principales vertientes actuales de la antropología médica, traerá como consecuencia un retorno reafirmatorio del deslinde que se ha practicado, desde la teoría socioantropológica, entre prácticas y conocimientos, acción y representaciones, hechos y discursos, experiencia e interpretación. O sea, en nuestros términos, antropología médica "sociológica" y

El diagnóstico suele no ser unívoco. Se da lo que llamamos "superposición diagnóstica" cuando coexisten diagnósticos diferentes ante un mismo y determinado estado de cosas.

Epistemológicamente, esta situación es fuente de discrepancias interpretativas. Cada diagnóstico ofrece una pista cognoscitiva de acceso a la enfermedad que es diferente y, hasta a veces, incompatible con otras.

Se pone sobre el tapete, entonces, la discusión sobre los reclamos institucionales a los que obedece la obligatoriedad por el diagnóstico.

Estos reclamos tienen que ver, en principio, con el establecimiento y sanción de un conocimiento "experto" (especializado), el cual funciona, en nuestra sociedad, como componente estructural.

No obstante, no podemos dejar de reconocer que el hecho de diagnosticar se relaciona con necesidades que son del paciente.

Nuestra reflexión, aquí, quiere plantear, del lado del experto, aspectos relativos al tema del poder institucional.

Los problemas que plantean las cuestiones de la "superposición diagnóstica" y la exigencia institucional de formularlo son parecidos. Veamos.

Pueden darse diferencias entre colegas (diagnósticos diferenciales), las cuales se resuelven, en general, por medio de reglas internas del funcionamiento de las comunidades científico-técnicas. En tanto se está de acuerdo en una ontología básica de la enfermedad y la salud mental, no existe el diagnóstico superpuesto (por ejemplo, "esquizofrenia" y "psicosis maniaco-depresiva").

Si aparece cuando no se comparte la misma cosmovisión (por ejemplo, "psicosis" vs. "daño"). En tal caso, nos enfrentamos al imperativo de plantear criterios que puedan salvar la discrepancia, si es que ella es resoluble.

Una primera posibilidad la da el enfrentamiento entre diagnósticos científicos (*expertos*) y aquellos propuestos por el propio paciente (individuales, familiares, comunitarios, etc.) (*legos*).

Pero, más aun, la superposición entre diagnósticos puede darse incluso entre expertos entre sí, por el hecho de no compartirse una ontología básica.

antropología médica "simbolista", que se hacen cargo de las bases materiales y simbólicas respectivamente, como si ellas fueran independizables sin más.

No nos importa aquí el planteo detallado de las implicaciones teórico-epistemológicas de esta situación, pero tomarse al pie de la letra estos "versus" en la reflexión sobre la salud mental, alimenta la reyerta entre reduccionismos biólogos y discursivistas^{26, 27}.

Necesitamos, en su lugar, plantear nuevas opciones teóricas y terapéuticas en la especificación de sus vinculaciones contextuales, en igualdad cognoscitiva y empírica de planos de realidad, para resolver los desacuerdos⁽¹²⁾ entre los reduccionismos de signo contrario²⁸. Esto no implica confundirlos; al contrario, para poder abordar vínculos es necesario, primero, discriminarlos.

III

En esta última sección nos abocaremos, brevemente, a algunas cuestiones epistemológicas referidas a lo que entendemos es uno de los ejes del trabajo clínico: el diagnóstico.

Definimos como "diagnóstico" al resultado de una operación que consiste en correlacionar síntomas y signos con una categoría nosológica en vigencia, que tiende a universalizar etiologías, tratamientos y pronósticos. En todos los casos, esta operación es mediatizada por las diferentes teorías también en vigencia.

Consideramos que el recorte elegido no es casual, pues en el diagnóstico confluyen las representaciones esbozadas en este campo. Por otra parte, los aportes de la antropología, en este aspecto, han sido hasta el momento limitados.

Sí, ha sumado diagnósticos de diferentes fuentes culturales, como por ejemplo la composición diagnóstica del "daño", "susto", etc.

Pero, aún no ha cuestionado el propio concepto de "diagnóstico".

Entiéndase bien. No se trata de poner en entredicho los criterios diagnósticos, en cuyo caso podría pensarse en la desactualización de algún criterio 'dementia praecox', 'mania aguda' como ejemplos históricos —o en el establecimiento de alguna categoría nueva— 'borderline' en su momento, o de alguna subentidad.

En esencia, lo que entendemos por el desacuerdo básico ontológico tiene que ver con el cuestionamiento de la propia función social del diagnóstico.

Estas disyuntivas conviven en una sociedad completa, estratificada, burocratizada pero situada en la encrucijada de patrones culturales.

Aunque éstos deban desempeñarse en condiciones de franca desigualdad política y marginalidad institucional (también en los países en desarrollo, donde la modernización además está marcada por ese signo).

La discusión sobre la función social del diagnóstico²⁹ por parte de miembros del sistema formal tiene que ver con un Proceso en gestación relativo a la búsqueda de nuevas respuestas a viejos problemas.

La "superposición diagnóstica" entre legos y expertos no es un problema, desde el punto de vista de los enfoques medicalistas, tornándose superflua la indagación de vías de solución a la discrepancia.

"- El diagnóstico popular de Marta es de 'inocente'.

- De todas maneras, se podría encuadrar mejor, ¿no?

- Lo que decía la familia era que tenía 'cosas de la mentalidad'.

- Diagnóstico: inocente...! (risas)"

(Diálogo entre médicos durante una reunión hospitalaria, en que se discutían las fuentes de validez de los diagnósticos dados en ese momento sobre una mujer de origen mapuche. En la historia clínica figuraba "psicosis".

Todos los diálogos que figuran a continuación tienen que ver con la misma situación).

Pero, tal como quedan puestos los términos estructurales, para la otra parte del paciente, se convierte en un problema epistemológico (30, 31). Este consiste en averiguar cuáles son las zonas de disrupción con

sus propias evaluaciones y pronósticos sobre el padecimiento; y, como resultado de esta investigación, elaborar, más o menos explícitamente, más o menos eficazmente, criterios de acceso al conocimiento-experto.

Basta recordar las expresiones de las personas hospitalizadas ante los diálogos de los expertos que participan en las clásicas recorridas de sala.

Entender el discurso médico, aceptar como valederos los puntos de vista sobre etiologías, diagnósticos y terapias. Todo ello en base a un proceso de acuerdos logrados más o menos provisionalmente, incluso parciales, en los que, mezclados a esta lucha racional, aparecen los miedos. Miedos propios, por uno mismo, por los otros, también desde los otros. O, también, coerciones, imposibilidad de acceder, por razones económicas, a centros que pudieran brindar una mayor seguridad, etc.

Todo ello, y mucho más, va conformando un cuadro en el que se dirimen los errores, exageraciones, malentendidos de lo que parece ser lo correcto, apropiado y benéfico.

Y, nuevamente, los involucrados necesitan salvar las discrepancias entre las ontologías de los sistemas médicos (institucional y popular, por nombrarlos de alguna forma).

Hay cuestiones típicas que se orientan hacia las etiologías (bioquímicas vs. comunitarias/sociales/religiosas/trascendentales, por nombrar series globalmente enfrentadas)³².

Otras se relacionan con el tipo de recortes que la medicina occidental ha hecho de la salud y la enfermedad ("mentales" y "no-mentales"). Distinción incomprensible para concepciones integrales del sufrimiento, como suelen ser las medicinas indígenas. No hay en ellas, si quiera, categorías para nombrarla. Aunque, esta integralidad pudiera ser blanco de una crítica de limitación ("el que mucho abarca poco aprieta").

Después, el grupo-paciente debe formular criterios de aplicabilidad del juicio experto: obedece o desobedece las prescripciones médicas, distingue circunstancias y tiempos de aplicación, etc.

Es en este ámbito donde el paciente suele resolver la discrepancia.

Rechaza al experto y recurre a aquel que responde a sus necesidades, que van mucho más allá de la sola capacidad técnica. Así es como el mundo de los expertos no acierta a comprender el "éxito" de algún colega que es muy pedido por la gente. Algunas veces, esta incógnita se resuelve por medio de la rotulación de "populista", "demagogo" o, incluso, "charlatán".

En resumen, frente a diagnósticos "superpuestos" quien practica un enfoque medicalista está, aparentemente, en una posición más cómoda. El paciente tiene que completar, en cambio, una ardua labor epistemológica.

Ello es así porque planteado el problema mediante el eje "racionalidad/verdad/realidad" vs. "irracionalidad/falsedad/irrealidad", el medicalismo no duda en ubicarse dentro del primer término de la antinomia.

La incógnita se despeja de una sola forma y tiene una única resolución correcta. Así, la disyuntiva "psicosis" vs. "daño" no existe para él.

"- Yo pienso que estamos haciendo muchas elucubraciones y esta chica no tiene un estudio neurológico y psiquiátrico serio. Nosotros no somos ni neurólogos ni psiquiatras.

- Y algunos no queremos serlo...

- Esta chica tendría que tener un buen diagnóstico. Sea débil mental, psicótica, o bien que te digan con autoidad que no tiene nada. Saquemos la parte orgánica primero; lo que me enseñaron a mí, que para todas las enfermedades, primero hay que sacar la parte orgánica..."

Salvo que el conocimiento-experto, ése que necesita ser descifrado por quien no lo es, sea cuestionado por el propio experto como parte de una puesta en duda más global. Ella consiste en arrojar un manto de duda sobre el eje recién señalado.

En tal caso, aunque quizá no puedan superarse los términos en que se plantea el 'versus', arraigados en pautas emocionales y prácticas de las personas (las que se refuerzan por el estilo de profesionalización de la Academia), al menos se lo invalida como patrón universal de interpretación de la realidad sobre la salud y la enfermedad mental.

Es el caso de la negativa a extra-polar criterios nosológicos desde la

medicina institucional ("esquizofrenia" ya que estamos) a contextos no afines a ella(44) como lo son las minorías étnicas, poblaciones campesinas, indígenas, etc. O a personas o grupos para los cuales carece de significación. Más allá de si el diagnóstico es o no comunicado. Al menos, de antemano, se sabe que no es, o es difícilmente, comunicable.

Podría serlo si cambian los términos, o las partes (suplantación o variación de una de ellas).

O, más directamente, se opta por un estilo diagnóstico orientado a los síntomas, dejando abierta (resoluble caso a caso, quizá) la pregunta por la etiología(5).

"- Ustedes saben que nosotros preferimos no hacer demasiados diagnósticos en ese sentido... Creo que deberíamos ver de qué manera se puede configurar una otra forma de hacer el diagnóstico ...

- Siempre tenés que encuadrar ...

- Claro, yo creo que es necesario el diagnóstico. Creo que hacemos un diagnóstico.

- A mí me resulta muy difícil pensar en medicación si todavía no podemos entendernos sobre si existe o no existe psicosis.

- Marta no está medicada. Pero vos lo dijiste. Hay quienes atacan un síntoma con los medicamentos. Pero la etiología, no sé... Vos sabés que la etiología de la enfermedad mental no es precisa. Entonces, tenemos que decir que todo medicamento operaría desde lo sintomático. En oportunidades, usamos medicamentos. Para poder conectarnos. Pero tratamos de usar al mínimo. Pero, medicamos".

Esto no puede llevarse adelante sin problemas.

Genera irritaciones en el funcionamiento institucional que se ve invadido en sus propios principios de legitimación por lo que, justamente, ha

* Se entiende que está exagerando para afirmar una posición bien discriminada respecto de quienes sostenían la pregunta sobre la naturaleza del padecimiento de Marta, y si este era tal.

** Se está refiriendo a consultas que se estaban realizando con una "médica" (curadora popular/indígena) del lugar, atendiendo a la disimilitud de los diagnósticos familiar e institucional.

El concepto de "etiología" tal como queremos usarlo aquí tiene que ver, antes que nada, con relaciones entre factores que pueden actuar como potencialmente patogénicos. En el campo de la salud mental, en especial, intentar un deslinde entre factores causales y predisponentes pertenece más bien al dominio de la ciencia-ficción. O al predominio de una determinada concepción del observador experto antes que a una necesidad de la persona que sufre el trance.

Como se ve, la etiología, así planteada, puede o no estar asociada a la expresión de estados sintomatológicos (aunque éstos últimos siempre están ligados a alguna etiología). Si lo están, guían la cura y la rehabilitación.

Si no lo están es porque han orientado a factores que aparecen eventualmente generadores de enfermedad y se ha llevado adelante alguna política de prevención al respecto.

Puede decirse que, al ofrecer un recorte sobre el conjunto de factores que dan forma a una determinada "enfermedad", el diagnóstico genera un juego de inclusiones y exclusiones. Nada podría decirse sobre esta operación en sí, ya que parece inevitable(51). Sin embargo, es lícito preguntarse sobre la pertinencia del recorte. ¿Puede dejar de considerar los aspectos excluidos, sin que se deforme arbitrariamente la realidad del padecimiento o de la vulnerabilidad? ¿O quizás habría que estar dispuesto a formular criterios de tolerancia sobre grados de arbitrariedad, si pensamos que ella es también irremediable?

Por ejemplo, en qué medida se está dispuesto a ampliar los diagnósticos clínicos para incluir variables constitutivas (y no meramente subsidiarias) de sus registros relativas a la problemática cultural, migratoria, política, laboral, de la comunicación social, de la dinámica institucional, etc.

Hasta qué punto se considerará correcto un proyecto de elaboración de criterios específicos de satisfacción de la atención médica hospitalaria, por ejemplo, desde la misma población usuaria, que logren rasgar la aparente superficialidad con que se formularían hasta ahora(49)³³.

Esto permitiría, sin duda, que la

población pudiera elaborar también un correlato (¿diagnóstico?) acerca de la/s institución/es que tienen a su cargo la salud de la comunidad.

Deseamos reflejar en la práctica sanitaria la variabilidad que se da, de hecho, en las definiciones de salud/enfermedad.

Ya sea las teóricas, que son hasta el momento las únicas seriamente consideradas, quizá por su peso en las discusiones académicas, pero también las enfermedades de los pacientes, los entrecruzamientos de discursos (institucional, grupal, comunitario, familiar, etc.), los criterios populares de salud, etc.

Pensamos que la antropología actual tiene a su alcance ampliar y sistematizar su diálogo, que ya sostiene sin duda, con la salud mental, promoviendo ambas a la vez, bases interdisciplinarias firmes.

Los argumentos de la voz antropológica podrían ser:

a. relativización de las categorías diagnósticas (psiquiátricas, psicológicas, psicoanalíticas), marcando las funciones sociales que ellas cumplen dentro de un sistema médico institucionalizado³⁴.

(Otro tanto puede hacerse respecto de las series no-médicas, aunque con problemas de distinta índole).

b. reflexión sobre las experiencias antropológicas de la enfermedad³⁵, no sólo subjetiva(48), sino también étnica, comunitaria, laboral, etc., marcando su relevancia al momento de evaluar diferentes cursos posibles de evolución(21).

c. dar pistas sobre la noción de "cuidado" ("care", en inglés) de la salud (autocuidado, cuidado familiar, comunitario, grupal) de grupos homogéneos (grupos de alcoholismo, de violencia social, etc.) y heterogéneos, o sea grupos no tematizados, como organizaciones barriales, comunitarias, etc.

Ello resultará en un panorama más complejo que una mera historia "natural" de la enfermedad.

d. colaborar en formulaciones teóricas interdisciplinarias que intenten ponderar y justificar, una complejización etiológica.

Esto puede motivar políticas socio-sanitarias que podrían dar cuenta más adecuadamente, despsiquia-

nominado como no-real (no-racional, no-verdadero, o sea no-médico).

"- Yo quería decir que no comparto para nada la actitud que se está tomando. Es más, como nosotros somos organicistas, mecanicistas, alopatícos, formados para curar conductas y actitudes alopatícas. Además, este tipo de intercambios** desmerece el trabajo de la institución, en mi opinión.*

- Qué camino le ofrecemos a Marta?

- El del diagnóstico correcto. Esta paciente no fue derivada a Psiquiatría o Neurología. No tenemos diagnóstico psiquiátrico hecho por un psiquiatra."

Pero también parte de los reclamos deben ser, creemos, tomados en cuenta, por la salud institucional y por la de los pacientes.

Creemos, en tal sentido, que el diagnóstico actúa, ante todo, como cemento institucional, como criterio de coherencia que intenta marcar un discurso homogéneo, único que aunque con matices, dá sentido compartido y noción de pertenencia al sistema oficial de salud.

Es, en síntesis, un marco de inteligibilidad posible demandado por la institución de salud, aunque sea considerada por sus constructores como el único o el mejor.

"- Porque, ponele que salga mal, el nombre del hospital quedó. Y la teoría de la gente sobre el rol que juega el hospital como símil curanderos, porque cuando no sabemos resolver, los mandás a ellos. A mí me preocupa, honestamente. Entonces, si soy una persona de acá por que voy a ir al hospital? Voy a la curandera!

En vez de recurrir a los medios coherentes correspondientes como derivar a Buenos Aires. En lugar de recurrir a eso, nosotros qué salida le damos?... Puc! la curandera ..."*

Esto es así en tanto bajo un mismo rótulo diagnóstico coexisten, también en la enfermedad mental, etiologías distintas(11, 21) siendo el propio diagnóstico objeto de distintas interpretaciones terapéuticas.

Creemos, en fin, que son las etiologías quienes están más directamente ligadas, a las terapias, a la prevención(58), a las nociones de "riesgo" y "vulnerabilidad" y, en general, a la promoción de la salud.

trizando la problemática del sufrimiento humano, construcciones diversas y alternativas de las enfermedades.

e. proporcionar el contexto para trabajar las diferentes formas de articulación entre sistemas médicos socialmente vigentes (médicos, para-médicos, populares, religiosos)³⁶. Algunos legales y otros legitimados desde una instancia de práctica social.

Ellos se enfrentan, y pelean, en términos simbólicos y materiales, el ámbito de la salud y la enfermedad.

Pero también hay entre ellos importantes, aunque no bien identificadas, transferencias tecnológicas, cognoscitivas, representacionales, emocionales⁽⁵⁾ y mutuas colaboraciones.

Un caso interesante y bien estudiado, ha sido la transferencia diagnóstica de la categoría de "neurastenia" desde la psiquiatría occidental, dentro de la cual ya ha caído en desuso, hacia la medicina popular china^(55, 17, 60, 80.).

La medicina occidental está implantada, entonces, en una sociedad compleja y culturalmente pluralista⁽²⁵⁾ aunque en un orden político y jurídico no igualitario³⁷.

f. en este sentido, es posible preguntarse sobre los estatutos cognoscitivo y político de las series nosológicas con diferentes tipos de vigencia, en cuanto a etiologías, diagnóstico y tratamientos comparados.

También cabe indagar sobre la naturaleza, arraigo y justificación de la rivalidad de explicaciones sobre la enfermedad como fuentes de verdad, en cuanto a plausibilidad, consensos, actualización, etc.

g. incluir, como campo de trabajo antropológico la situación institucional de los diversos sistemas médicos vigentes; también desde la óptica de la población usuaria.

Estamos convencidos de que la dilucidación de los conflictos que se plantean a partir de las diferentes concepciones esbozadas en este trabajo sólo podrá llevarse adelante a través del respeto por lo del otro pero también por lo propio. Ello implica, en primer término, tender puentes entre los diferentes actores para impulsar un conocimiento que permita trascender el prejuicio.

La propuesta de vincular la antropología a la salud tiene ante sí el desafío de buscar el sentido del sufrimiento de las personas.

Si alguna enseñanza puede, después de todo, dejarnos la perspectiva

antropológica de la salud mental, ella tiene que ver, según creemos, con su aliento a la ruptura de las conceptualizaciones universalistas (puja entre biologismos y culturalismos) y a la tolerancia frente a discrepancias interpretativas sobre estados de salud y enfermedad mental.

Una pregunta queda, no obstante, todavía en el aire:

¿es obligatorio resolverlas? ■

Notas

1. Aunque, a casi un siglo, la enfermedad está todavía sujeta a imprecisiones diagnósticas y en los pronósticos (Corin 1990).
2. La cual es sostenida, ahora, por la Organización Mundial de la Salud (1985). También Laplantine (1979)
3. Lo concreto es que en la conformación de los equipos sanitarios, en general, y psiquiátricos, en particular, no se evidencia la incorporación de científicos sociales, especialmente antropólogos.
4. Hablamos de "la antropología" para simplificar la exposición. Como se verá no podría definirse así sin reparos. La antropología no es una sola.
5. Popper califica de "irracional" en el sentido bergsonian, al acto de creación científica. Como fuera de las leyes de la lógica, quizá más propiamente a-racional (Brown 1983). De todos modos, vemos los límites impuestos para la vigencia de su aplicación en el campo de producción, por excelencia, de racionalidad (Kolawoski 1986, entre otros).
6. Hacemos una pregunta parecida a la de Sahlins (1988-b) respecto del papel de la historia en la antropología. Retomaremos este punto más adelante.
7. "(...) las sociedades primitivas no han estado nunca tan aisladas como les placía suponer a una antropología temprana (...) Los elementos dinámicos en juego —entre ellos, el enfrentamiento con un mundo externo que experimenta sus propias intenciones estrechas siempre está presente en la experiencia humana" (Sahlins 1988-b: 10).
8. La corriente postmoderna de la antropología plantea la urgencia por reimplantar la dimensión histórica en la conceptualización de las culturas (Clifford 1986, Rabinow 1986) También desde su perspectiva Sahlins (1988 -b-). Eso sí, decimos nosotros, una perspectiva antropológica de la historia.
9. Los conceptos de "integración negociada" (Rabey 1988) y de "reversibilidad restringida" (Arrúe y Kalinsky e. p.) cuestionan estos supuestos. Ambos apuntan a señalar las posibilidades, no bien identificadas por la teoría socioantropológica, que tienen, generan, usan, redefinen estos segmentos para marcar, en parte, los términos de su incorporación, por lo demás obligatoria, a la sociedad hegemónica.
10. Aunque, por supuesto, imperfecta. En otro lugar hemos analizado las carencias y fragilidades que desde dicho punto de vista, padece la antropología (Kalinsky y Arrúe 1991).
11. La compatibilización, o no, de las razones que se dan a sí mismos como sujetos colectivos con las que reciben de los observadores es otra cuestión.
12. Las jergas profesionales y las "disyunciones con otros sectores" (Briones 1990 -a-) de no-colegas son algunos de ellos.
13. ¿Es posible proponer algún caso en que la reflexión sobre problemas de salud y enfermedad (mental) pueda aislarse de las contribuciones de la antropología? Sin em-

bargo, las ventajas de la falta de colaboración son más visibles en situaciones de tajante diferencia sociocultural de quienes atienden y quienes son atendidos, tanto en el marco de las relaciones institucionales como interpersonales (médico-equipo de salud/grupo-paciente) en donde tales diferencias toman, también, un cariz político y jurídico.

14. "Es una profesión —no necesariamente muy diferente a otras— a la que la sociedad le reconoce el derecho a la autonomía: es decir, el derecho de sus miembros de evaluar y controlar ellos mismos, y ellos solos, los contenidos técnicos de su propio trabajo". (Herzlich 1985) (La traducción es nuestra).
15. De la cual, no obstante, ha tomado nuevo ímpetu, en la actualidad, la búsqueda de correlatos neuroquímicos y genéticos (como también es el caso del alcoholismo).
16. Ello no significa ignorar que otras perspectivas la hayan tomado, también, a su cargo (la psicología sistémica, por ejemplo). Pero en tal caso, se está hablando de la "misma" esquizofrenia (Arrúe y Kalinsky e. p.)
17. Entendemos por "medicina formal" a aquella práctica que tiene un reconocimiento oficial extendido a través de instituciones profesionalizadoras (en especial, universitaria y hospitalaria). Tiene, además, un ejercicio profesional reglamentado, y su función se imbrica con otros ámbitos que poseen legalidad semejante.
18. Sin embargo, desde la medicina formal hacia las prácticas no-oficiales (populares) toma, como dijimos, fuerza jurídica con la figura de "práctica ilegal" según nuestro Código de Procedimiento Penal.
19. No parece haber una dinámica de los procesos cognitivos que sea intrínsecamente comunicable. Sin embargo, causas políticas, ideológicas, institucionales generan mecanismos de coerción y de deformación del espacio público, haciéndolos aparecer como no comunicables.
20. Se podría pensar que, en realidad, a causa de ella es la multiplicidad teórica señalada.
21. Estos hallazgos forman parte de un trabajo de investigación que estamos desarrollando en la zona sur de la Provincia del Neuquén (Arrúe y Kalinsky 1988/1989) sobre la dinámica de interacción entre conocimientos y prácticas de los sistemas formal y popular de salud. Los resultados que mencionamos fueron recogidos, bajo el asesoramiento de María Fernanda Hadad y Daniel MacWilliam, por Roberto Antileo, agente sanitario de Las Coloradas (Departamento de Catan-Lil).
22. Quizá es bueno recordar aquí que la distinción entre "cultura" y "sociedad" es sólo un instrumento conceptual para abordar la realidad.
23. Fábrega (1990) señala que es necesario estudiar la institución de la medicina formal con criterios etnomédicos. Así como lo es el análisis de los determinantes sociales, económicos e históricos de los sistemas médicos en sociedades de menor escala. Por ahora, se ha reservado la visión etnomédica casi exclusivamente para las formas "folk" de la medicina. Así como la versión sociológica de la antropología médica respecto de los sistemas médicos formales. La cuestión consiste en ampliar los dominios de estas dos tendencias, ya que todos los sistemas médicos comparten similares determinaciones, aunque con características propias.
24. En el mismo sentido de la llamada "antropología económica". O sea, más bien, una "economía antropológica" (Quirós 1990).
25. Teniendo en cuenta que, siguiendo el hilo de nuestra argumentación aquí, tales representaciones forman parte de la cons-

- trucción de la enfermedad y la salud. "Las representaciones son hechos sociales" (Rabinow 1986).
26. Con el término "discursivista" englobamos en forma general, sin exponer aquí diferencias constitutivas, las corrientes y escuelas. Si bien tales diferencias son centrales, no cambiarían nuestra argumentación.
27. El psicoanálisis fue quien primero se propuso, como programa de investigación y acción terapéutica, considerar el orden simbólico como creador de realidades. En tal sentido, la perspectiva socioantropológica se ha mantenido retrasada. Sin embargo, todavía es actual el reclamo por un reconocimiento epistemológico de ambas instancias (biológica y simbólica) en las propias formas explicativas (relación de inclusión, no de exclusión) (Bowlby 1989). Es interesante marcar en este punto que Freud mantuvo una tensión teórica intensa entre un modelo en el que los hechos históricos tomaban la delantera en el orden explicativo y otro, en el que son los hechos simbólicos quienes ocupan ese lugar. Aunque sin abandonar, a lo largo de esas alternativas, la hipótesis de la etiología sexual. Podríamos decir, no obstante, que el plano material permanece, en relación a reclamos explicativos que tienen que ver con un estatuto del psicoanálisis como ciencia natural y no hermenéutica, por ejemplo (Freud 1979).
28. Una premisa básica de esta propuesta consiste en aceptar que el proceso salud/enfermedad y sus factores relativos (nacimiento, pubertad, muerte, curación), son tanto biológicos como culturales.
29. No contemplamos, aquí, las posiciones medicalistas asumidas por los legos. Pero sí lo hacemos con las antimedicalistas sustentadas por miembros de la comunidad médica.
30. Aún cuando la relación con el médico sea amistosa.
31. Por supuesto, estamos marcando factores epistemológicos que no pueden desprenderse de otros políticos, sociales, económicos y técnicos (Arrúe y Kalinsky e. p.)
32. No está demás volver a mencionar que el conjunto de los llamados "síndromes culturales", o aún una interpretación en clave cultural de síntomas por todos reconocibles, incluye factores biológico-fisiológicos.
33. "La evaluación de la competencia (médica), en ausencia de criterios específicos, es hecha mediante conceptos difusos, utilizados cotidianamente en la apreciación del otro: la amabilidad, la buena voluntad y complacencia. Por ello, con más frecuencia que los miembros de las clases superiores, los de las clases populares citan la dedicación o el tiempo consagrado al enfermo como indicador de eficiencia" (Miranda de Siqueira, citado por Iriart y Nervi 1990:30). Los entrevistados manifiestan altos niveles de satisfacción respecto de la atención médica recibida, mientras critican el sistema de salud en su conjunto; por otro lado, se evidencian contradicciones entre la percepción de los usuarios y los datos de la observación efectuada por los investigadores". (Iriart y Nervi 1990:31)
34. En este artículo nos estamos refiriendo a la epistemológica. El uso social de las estigmatizaciones generadas por los diagnósticos psiquiátricos ya ha sido bien recalorado (Goffmann 1991, para un clásico al respecto).
35. "Sólo la aplicación de múltiples perspectivas —aquellas de los pacientes, de los médicos, de la familia, de los miembros de la

- comunidad, de los investigadores— hace justicia a la experiencia de la enfermedad" (Kleinman 1986:503) (La traducción es nuestra).
36. "Lo popular" es en este momento diversificado: fuentes indígenas, hispano-coloniales y elementos de la medicina occidental que se han ido incorporando en las prácticas no institucionalizadas (Arrúe y Kalinsky e. p.).
37. Si este punto se tomara en serio desde la antropología médica, no sería ya posible el peligro del distanciamiento entre las subdivisiones señaladas.

Bibliografía

1. Almada Bay, I., Siete tesis equivocadas sobre salud y sociedad. Cuadernos Médico-Sociales, 52. Rosario, 1990.
2. Antileo, R., Representaciones sociales de la salud y la enfermedad en el Departamento de Catan-Lil, Provincia de Neuquén, ms.
3. Arrúe, W. y Kalinsky, B., Hacia un estilo local en salud: una experiencia y una reflexión. Encuentros para la salud, año 1 N° 1. Córdoba, 1987.
4. Arrúe, W. y Kalinsky, B., La investigación participativa en acción? Una puesta a punto de las dificultades identificadas en una primera etapa de un proyecto de investigación en el campo de la salud. Revista de Prevención, Salud y Sociedad, año 1, vol. 1 y año 2, vol. 2. Publicación de la Fundación Proyecto de Vida. Buenos Aires, segundo semestre de 1988 y primer cuatrimestre de 1989.
5. Arrúe, W. y Kalinsky, B., De "la médica" y el terapeuta en la co-gestión intercultural de la salud. e. p.

6. Bachelard, G., La formación del espíritu científico. Buenos Aires, Siglo XXI, 1972.
7. Belmartino, S., Bloch, C., Persello, A. V. y Carnino, M. I., Corporación médica y poder en salud. Argentina, 1920-1945. Rosario, OPS y Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, 1988.
8. Bendix, C., Emil Kraepelin's Forschungsreise Nach Java im Jahre 1904, Cologna, Institut of History of Medicine, 1989.
9. Berger, P. y Luckmann, Th., La construcción social de la realidad. Buenos Aires, Amorrortu editores, 1979.
10. Bourdieu, P., Cosas dichas. España, Gedisa, 1987.
11. Bowlby, J., La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Buenos Aires, Paidós, 1983.
12. Bowlby, J., Una base segura, Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. México, Paidós, 1989.
13. Briones, C., Disputas y consentimientos en la identidad étnica de los mapuche argentinos. Ponencia presentada al III Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario, 1990. (a).
14. Briones, C., "Qué importa quién gane si nosotros perdemos siempre". Los partidos políticos desde la minoría mapuche. Ponencia presentada al III Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario, 1990. (b).
15. Brown, H., La nueva filosofía de la ciencia. Madrid, Tecnos, 1983.
16. Browner, C. H., Ortiz de Montellano, B. y Rubel, A., A methodology for cross-cultural ethnomedical research. Current Anthropology, 29 (5), 1988.
17. Cheuny, F. M., The Indigenizations of neurasthenia in Hong Kong. Culture, Medicine and Psychiatry 13 (2), 1989.
18. Clifford, J., Partial truth. En: Clifford, J. y Marcus, G., Writing Culture. The poetics

CLINICA DE DIA

"EL ALEPH"

Comunidad Terapéutica de Aprendizaje Social

DIRECTORES MEDICOS

Dr. Julio Moizeszowicz - Dr. Herbert Chappa

- Concepción Interdisciplinaria de la Comunidad Terapéutica.
- Psicoterapia grupal dinámica y cognitiva.
- Control psicofarmacológico.
- Terapia ocupacional
- Musicoterapia
- Recreación
- Plástica
- Educación Física
- Lectura dirigida.

Lunes a Viernes de 13 a 18 hs

GURRUCHAGA 2144

TEL: 71-4076

- and politics of ethnography. University of California Press, 1986.
19. Cordeu, E. y Siffredi, A., Caleidoscopios de la razón: análisis simbólico de cuatro mitos chaqueños. *Journal of American Lore* 14 (1), 1988.
 20. Cordeu, E. y Siffredi, A., El gateo de los nuestros y el gateo de los otros, ms.
 21. Corin, e., Facts and meaning in psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics. *Culture, Medicine and Psychiatry* 14 (2), 1990.
 22. Crapanzano, V., An introduction. *Culture, Medicine and Psychiatry* 14 (2). "Traversing Boundaries: European and North American Perspectives of medical and psychiatric anthropology, 1990.
 23. Early, E. A., The baladi curative system of Cairo, Egypt. *Culture, Medicine and Psychiatry* 12 (8), 1988.
 24. Fábrega Jr. H., An ethnomedical perspective of Anglo-American psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 146 (5), 1989.
 25. Fábrega Jr. H., A plea for a broader ethnomedicine. *Culture, Medicine and Psychiatry* 14 (1), 1990.
 26. Favret-Saada, J., About participation. *Culture, Medicine and Psychiatry* 14 (2), 1990.
 27. Foerster, R. y Montecino, S., Organizaciones, líderes y contiendas mapuches (1900-1970). Santiago de Chile, Ediciones Cem, 1988.
 28. Foster, G., Tzintzuntzan. Los campesinos mexicanos en un mundo de cambio. México, F.C.E., 1972.
 29. Foucault, M., *Microfísica del poder*. Madrid, Ediciones de La Piqueta, 1979.
 30. Foucault, M., *La verdad y las formas jurídicas*. México, Gedisa, 1986.
 31. Freud, S., Proyecto para una psicología científica. En: *Obras completas, Tomo 3: Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899)*. Buenos Aires, Amorrortu editores, 1979.
 32. Freud, S., Esquema del psicoanálisis. En: *Obras Completas, Tomo 23 (1937-1939)*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1979.
 33. Garro, L., Continuity and change: the interpretation of illness in an 'anishinaabe' (ojibway) community. *Culture, Medicine and Psychiatry* 14 (4), 1990.
 34. Geertz, C., *El antropólogo como autor*. España, Paidós-Studio, 1989.
 35. Gellner, E., *Cultura identidad y política. El nacionalismo y los nuevos cambios sociales*. Madrid, Gedisa, 1989.
 36. Giddens, A., *Studies in social and political theory*. London, Hutchinson University Library, 1977.
 37. Goffman, I., *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Amorrortu editores, 1981.
 38. Good, B., Comment on "A methodology for cross-cultural ethnomedical research" by Browner, C. H., Ortiz de Montellano B. y Rubel, A., *Current Anthropology* 29 (5), 1988.
 39. Good, B. y Good, Mary-Jo Delvecchio, The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. En: Eisenberg, Kleinman, L. y A., *The relevance of Social Science for medicine*. Dordrecht, Holland: D. Reidel Publishing Company, 1981.
 40. Good, Mary-Jo Delvecchio, Good, Toward a meaning-centered analysis of popular illness categories: "fight illness" and "heart distress" in Iran. En: Marsella, A. J. y White, G. M., (eds), *Cultural conceptions of mental health and therapy*, Dordrecht, Holland: D. Reidel Publishing Company, 1982.
 41. Good, Mary-Jo Delvecchio, Good, B., Schaffer C. y Lind, S., American oncology and the discourse of hope. *Culture, medicine and Psychiatry* 14 (1), 1990.
 42. Gordon, D., *Embodying illness, embodying cancer. Culture, medicine and Psychiatry* 14 (2), 1990.
 43. Habermas, J., *Conocimiento e Interés*. Madrid, Taurus, 1983.
 44. Helman, C., *Anthropology and clinical practice. Anthropology Today* 1 (4), 1985.
 45. Herzfeld, M., *Anthropology through a looking-glass: critical ethnography in the margins of Europe*. Cambridge, Cambridge University Press, 1987.
 46. Herzfeld, M., *Coment on "Ethnography without tears" by Roth, P. A. Current Anthropology* 30 (5), 1989.
 47. Herzlich, C., *La 'profession' de médecin. Prospectiv et Santé*, N° 34, 1985.
 48. Herzlich, C., y Pierret, J., *De ayer y de hoy: la construcción social del enfermo*. Cuadernos Médico-Sociales, 43, Rosario, 1988.
 49. Iriart, C. y Nervi, L., *Modelo médico Técnico y técnicas de investigación social: la encuesta de satisfacción de los usuarios en la evaluación de los servicios de salud*. Cuadernos Médico-Sociales, 52, Rosario, 1990.
 50. Jilex, G., *Review of Christoph Bemdick, "Emil Kraepelin's forschungsreise nach Java im Jahre 1904"*. *Culture, medicine and Psychiatry* 14 (4), 1990.
 51. Kalinsky, B. y Arrúe, W., *Problemas sociales, problemas de investigación: la cuestión del conocimiento en el ámbito socio-sanitario. Cuaderno de Epistemología de las Ciencias Sociales, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, 1991.*
 52. Keesing, R., *Anthropology as interpretative quest. Current Anthropology* 28 (2), 1987.
 53. Keesing, R., *The uses of knowledge. The Australian National University, ms.*
 54. Kleiman, A., *Patients and healers in the context of culture. University of California Press, 1980.*
 55. Kleiman, A., *Social origins of distress and disease: depression, neurasthenia and pain in Modern China. Current Anthropology* 27 (5), 1986.
 56. Kolawosky, L., *Los intelectuales contra el intelecto*. Barcelona, Tusquets, 1986.
 57. Kortmann, I., *Psychiatric case finding in Ethiopia: shortcomings of the Self Reporting Questionnaire. Culture, medicine and Psychiatry* 14 (3), 1990.
 58. Lafortune, D. y Kiely, L., "Prévention primaire des psychopathologies": appellation contrôlée. *Santé Mentale au Québec*, XIV, 1, 1989.
 59. Laplantine, F., *Introducción a la etnopsiquiatría*. Barcelona, Gedisa, 1979.
 60. Liu, S. X., *Neurasthenia in China: modern and traditional criterios for its diagnosis. Culture, Medicine and Psychiatry* 13 (2), 1989.
 61. Lock, M., *On being ethnic: the politics of identity breaking and making in Canada, or, 'nevra' on Sunday. Culture, Medicine and Psychiatry* 14 (2), 1989.
 62. Marcus, G., *Contemporary problems of ethnography in the modern world system. En: Clifffors, J., y Marcus, G., (eds.), Writing Culture. The Poetics and politics of Ethnography. University of California Press, 1986.*
 63. Marx, J. H., Rieker, P., Ellison, D. L., *The sociology of community mental health: historical and methodological perspectives. En: Roman, P. y Trice, H. M., Dauts Company 1974.*
 64. Menéndez E., *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y atención (gestión) de la salud. México, Cuadernos de la Casa Chata, N° 85, 1985.*
 65. Menéndez E., *Medicina tradicional o sistemas práctico-ideológicos de los conjuntos sociales como primer nivel de atención. México. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 1986.*
 66. Menéndez E., *Reproducción social, mortalidad y antropología médica. Cuadernos Médico-Sociales, 43/50, 1989.*
 67. Money, J., *Paleodigms and paleodigmatics: a new theoretical construct applicable to Muncanese syndrome by proxy, child-abuse, dwarfism, paraphilias, anorexia nervosa, and other syndromes. American Journal of Psychotherapy* 43 (11), 1989.
 68. Murekian, N., *Percepción social de la salud mental, e. p.*
 69. Navarro, V., *Class struggle, the state and medicine. An historical and contemporary analysis of the medical sector in Great Britain. Oxford, Martin Robertson, 1978.*
 70. Olivera, M., y Briones, C., *Proceso y estructura. Transformaciones asociadas al régimen de "reserva de tierras" en una comunidad mapuche. Cuadernos de Historia Regional N° 10. Buenos Aires, EUDEBA y Universidad Nacional de Luján, 1987.*
 71. OMS., *Informe del grupo de trabajo sobre salud y culturas médicas tradicionales en América Latina y El Caribe, 1983.*
 72. Pandolfi, M., *Boulder inside the body: women's suffering in southern peasant. Italy, Culture, Medicina and Psychiatry* 14 (2), 1990.
 73. Rabey, M., *Creatividad tecnológica entre los campesinos del sur de los Andes Centrales. Cuadernos de Antropología Social 1 (1), Universidad de Buenos Aires, 1988.*
 74. Rabey, M., *Conocimiento popular y desarrollo. Medioambiente y urbanización. Año 8, N° 31, Buenos Aires, 1990.*
 75. Rabinow, P., *Representation are social facts: modernity and post-modernity in Anthropology. En: Clifford, J. y Marcus, G., (eds), Writing Culture, The Poetics and politics of Ethnography. University of California Press, 1986.*
 76. Radovich, J. C. y Balazote, A., *Reproducción social y migraciones en NapaHuen. Provincia de Río Negro. Antropología, año V, N° 9, 1990.*
 77. Rappaport, J., *Mythic images, historical thought and printed texts: the Páez and the written word. Journal of Anthropological Research* 43 (1), 1987.
 78. Reynolds, P., *Zuzuru turn of the screw: on children's exposure to evil. Culture, Medicine and Psychiatry* 14 (3), 1990.
 79. Rin, H. y Hung, M. G., *Neurasthenia as nosological dilemma. Culture, Medicine and Psychiatry* 13 (2), 1989.
 80. Sachs, L., *Misunderstanding as therapy: doctors, patients and medicines in a rural clinic in Sri Lanka. Culture, Medicine and Psychiatry* 13 (3), 1989.
 81. Sahlins, M., *Cultura y razón práctica. Contra el utilitarismo en la teoría antropológica. Barcelona, Gedisa, 1988 (a).*
 82. Sahlins, M., *Islas de historia. Madrid, Gedisa, 1988 (b).*
 83. Sharp, L., *Possessed and dispossessed youth: spirit possession of school children in northwest Madagascar. Culture, Medicine and Psychiatry* 14 (30), 1990.
 84. Weinberger, A. S., *Profil de la prévention primaire, Santé Mentale aux Canada, 28 N° 4, 1980.*
 85. Whybrow, P. C., *The use and abuse of the medical model as a conceptual frame in psychiatry. Psychiatry in Medicine, 3, N° 4, 1972.*
 86. Yu-Wen-Ying, *Explanatory models of major depression and implications for help-seeking among immigrant Chinese-american women. Culture, Medicine and Psychiatry* 14 (3), 1990.
 87. Zola, I., *Structural constraints in the doctor-patient relationship: the case of non-compliance. En: Eisenberg, L. y Kleiman, A., The relevance of Social Science for Medicine. Dordrecht, Holland: D. Reidel, 1981*



Antonio Berni
Juanito en la Laguna
Pintura Collage / 1973 / 160 x 105 cm.

Dos niños anhelantes

César Vallejo

No. No tienen tamaño sus tobillos; no es su espuela
suavísima, que da en las dos mejillas.
Es la vida no más, de bata y yugo.

No. No tiene plural su carcajada,
ni por haber salido de un molusco perpetuo, aglutinante,
ni por haber entrado al mar descalza,
es la que piensa y marcha, es la finita.
Es la vida no más; sólo la vida.

Lo sé, lo intuyo cartesiano, autómatas,
moribundo, cordial, en fin, espléndido.
Nada hay
Sobre la ceja cruel del esqueleto;
nada, entre lo que dio y tomó con guante
la paloma, y con guante,
la eminente lombriz aristotélica;
nada delante ni detrás del yugo;
nada de mar en el océano
y nada
en el orgullo grave de la célula.
Sólo la vida; así: cosa bravísima

Plenitud inextensa,
alcance abstracto, venturoso, de la llama;
freno del fondo, rabo de la forma.
Pero aquello
para lo cual nací ventilándome
y crecí con afecto y drama propios,
mi trabajo rehúsalo,
mi sensación y mi arma lo involucran.
Es la vida y no más, fundada, escénica.

Y por este rumbo,
su serie de órganos extingue mi alma
y por este indecible, endemoniado cielo,
mi maquinaria da silbidos técnicos,
paso la tarde en la mañana triste
y me esfuerzo, palpito, tengo frío.

Este conjunto de trabajos fue
coordinado por Rubén Dimarco,
Aurora Favre y Nuria Stepanyk.
Surgen de la experiencia de
sus autores en instituciones
nacionales y hospitales públicos.
Son observaciones desde la exigencia
del quehacer cotidiano, e intentan
pensar la demanda y la posibilidad
de resolución

DOS SI ER

PSICOSIS
infantil

El niño y el PSICOANÁLISIS



*Jorge Fukelman**

Alrededor de 200 millones de chicos en el mundo, entre 5 y 12 años, trabajan hasta 12 horas por día, se prostituyen o son vendidos.

EE.UU.: Un millón de chicos trabajan, 600.000 niños prostituidos.

Brasil: 45 millones de niños trabajan. Más de 500.000 prostituidos, (escuadrones de la muerte anti-niños).

Pakistán: Esclavitud infantil. Dos millones de niños trabajan.

India: Casi 100 millones de niños trabajan. Cinco millones esclavos, prostitución y tráfico de niños.

Tailandia: Cerca de 3 millones de niños trabajan. Más de 500.000 prostituidos.

Una antigua pregunta: ¿porqué tratar chicos? Pregunta sobre una elección y sobre una relación: psicoanálisis y niñez.

Comentando la elección describí cómo sitúo la relación.

Como siempre empezar es algo retroactivo, me encontré tratando chicos, me encontré tratando adultos y ... ¿qué hago acá? ¿qué es esto? En un sentido un comienzo de análisis.

Queriendo pensar qué es la niñez para el psicoanálisis, pero además qué es la niñez.

Recordando que, cuando yo era chico casi no había pediatras, y que incluso la llamada psiquiatría infantil, prácticamente es un invento de este siglo: la demencia precocísima de S. de Sanctis está descripta alrededor de 1900.

Esto me llevó a buscar qué era la niñez en la historia, o qué tipo de relaciones sustentaron el surgimiento del estamento niñez.

El libro de P. Aries ("L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime"), fue una apertura: enterarme de que no es que haya colegios porque hay chicos, sino que hay chicos porque hay colegios.

Fue así, con los prejuicios ubicando la niñez como dato de entrada, bastante descalabrados, que me acerqué a pensar qué era la niñez para el psicoanálisis.

Hace cerca de veinte años contribuí fuertemente, a la constitución de un lugar de atención para chicos y adolescentes que se denominó: "El lugar". Escribo esto, porque allí ocurrió algo cuyo valor, para mí, sigue vigente.

Llevaron a un chiquito que, en esa época, tendría alrededor de 10 años. Nunca había hablado. Su actividad era, al llegar, sacarse la ropa y recorrer las paredes golpeando. Por supuesto ni hablar de control de esfínteres. No existía aparentemente relación con el espejo. Si se paraba frente a un espejo, y si alguien atrás, hacía señas: nada; y eso descripto, que algo se cae y desaparece.

Teníamos un sillón con rueditas, de esos tipo oficina. Cuando el chico se encontró con este sillón solía agarrar la mano de alguien, la lle-

vaba, la ponía en el respaldo, se sentaba y hacía movimientos que eran tomados como que el quería ser llevado y parecía que le gustaba.

Un día agarró mi mano y yo, que por aquella época estaba imbuído de M. Mannoni, lo llevé y le dije que a él le gustaba que lo llevaran, pero no podía llevarse solo, por que no sabía hablar... Lo que hizo fue sacar mi mano y mover las piernas, tratando de llevarse —estos chicos— con pies y aparente incoordinación, por supuesto, no pudo. Entonces se levantó, pateó el silloncito y se fue ante mis ojos sorprendidos. Pero, lo que me sorprendió totalmente fue que el pibe volvió, levantó la silla, se sentó, logró movilizarse y me miró con cara de: "te gané".

Yo le di bastantes vueltas a esta anécdota, una vez que salí de mi silloncito.

Quizás le dije: yo tengo un cochecito mejor que el tuyo —era M. Mannoni— y él me dijo: "te gané!". O le dije vamos a jugar una carrera o... estamos jugando una carrera. Hoy en día, quizás le hubiera hablado al silloncito... pero, de todos modos en ese momento toda la nosología psiquiátrica y buena parte de la psicoanalítica, no admitían que este chico volviera, que reencontrara algo, que hubiera algo de deseo de comunicar.

Puedo subrayar que las preguntas que iba encadenando, concernían "a qué" o "de qué" la estaba jugando.

Surgieron algunas historias obvias, por qué no consultaban las nenas por frigidez, que, yo había aprendido eran síntomas importantes —por lo menos en la época de Freud—. O por qué los libros describían a los latentes en tratamiento

*Médico - Psicoanalista.
Paraguay 4565, 3º "C", Cap. Fed.
Tel.: 774-2932

como aburridos e inhibidos, si, en cualquier reunión los familiares no tenían, precisamente, la misma opinión. O por qué si la alucinación caracterizaba la psicosis, salvo fenómenos tóxicos, eran tan pocas las alucinaciones en los chicos...

A propósito de esto, traté de pensar, no tanto qué caracteriza la niñez, sino que permite qué haya chicos para el psicoanálisis.

De este modo se fue construyendo otra relación: juego y niñez. Para decirlo rápidamente, parafraseando a Aries: porque hay juegos hay niñez.

El encuentro con la afirmación de Lacan considerando al juego como una fantasía inofensiva, me permitió ciertas precisiones.

En principio colaboré en descartar la idea del juego como expresión de fantasías inconscientes. Idea que, en la línea de la palabra como expresión del pensamiento, en la particularidad del tratamiento de chicos, facilita un corrimiento hacia la supuesta fantasía; del interrogante, a veces acuciante, sobre el lugar que en el juego se ocupa.

Luego se fue asentando que no se trata de si un chico juega o no juega, —esto es, del orden de si se tiene o no acceso al lenguaje—, sino de qué juego se trata.

Así pasamos a cómo se sostiene el juego en el cual la niñez se construye, y qué sucede si quien o quienes representan en la ocasión al Otro, no reconocen el juego.

Por fin entonces, ¿qué es un juego?

Comenzando por el final digamos, con cualquier chico, el juego no es de verdad. Entendiendo que, la barrera frente a esta verdad, implica un orden interno y una defensa frente a la falta. Defensa necesaria hasta tanto no se produzca el movimiento lógico que conocemos como pubertad.

Si el juego no se reconoce como juego, el niño es ubicado en un lugar de omnipotencia en relación al deseo de los padres. Esto es decir, que el juego es sostenido desde la relación de los padres con su propia prehistoria.

Un modo de plantearlo sería decir: donde los padres faltan a su palabra (y su palabra implica esta relación con la historia), los chicos se ponen en cuerpo.

A partir de esto, ¿qué hacer cuando somos consultados? Colaborar en la reconstrucción de ese espacio de juego.

Tratar que aquello que parecía no

ser de juego —ser objeto para los padres—, reubicarlo como juego, que sea mediado por la pantalla del juego.

Tratar de ayudar al movimiento que lleva de ciertos juegos aparentemente a solas a ciertos juegos con pares. Este movimiento es el movimiento de la castración.

El encuentro con pares implica que ya hay una relación que no es de par por lo tanto hay relación de distancia, de heterogeneidad entre el sujeto y el objeto.

Mi intento es poner sobre la escena, hacer ver, mostrar, dejando de lado que hay algo que no se ve. Poner sobre la escena plantea personajes. Cuando el juego no es reconocido como tal, el personaje toma forma de máscara pegada a la piel.

Ahora bien, ¿esto es psicoanálisis?

Pregunta bastante frecuente que parece dar por sentado que sabemos, y acordamos respecto a qué es el psicoanálisis (opinión de la cual, lo menos que podemos decir, es que parece algo aventurada).

De todos modos tratemos de considerar algunas obviedades:

En lo que si todos acordamos (por lo menos de la boca para afuera), es en la necesidad del análisis del analista. Podríamos imaginar que se dijera: Sí, yo me analicé (o me analizaba), entre los dos y los cuatro años, o dejemos que se diga, en los términos de una cierta tradición: Yo, hice mi didáctico entre los 7 y los 9 años.

De hecho esta extraña comunidad que es la psicoanalítica está de acuerdo que no es análisis.

Por otra parte si podemos concordar que, del análisis de la neurosis de transferencia (conservemos por ahora la denominación en tanto nos es útil), resulta una ubicación ditinta respecto a la transferencia. ¿Podemos imaginar a un niño o a una niña post tratamiento que se ubicara, por ej., en relación a un adulto significativo o, a un par privilegiado, no en términos de amor, sino de deseo? Si lo imaginamos estamos requiriendo la presencia de un adulto, es decir estamos plantendo la post-pubertad.

Con esto volvemos sobre la operación lógica de la pubertad, en términos de amor básicamente hacia los padres sostenido desde el deseo y la posibilidad entonces, de tener (o no) hijos.

Recordando a Lacan, y a Platón, si el amor es dar lo que no se tiene, en

la niñez, por amor a los padres se les da... la posibilidad de tener... hijos.

Así llegamos a la afirmación freudiana: el deseo en la niñez es de ser... grandes.

Por esto, podemos agregar, los niños pueden ser grandes "en jugando". En jugando existirán personajes, máscaras de la relación con el linaje y la mirada, personajes que, en su variación demarcarán un vacío, vacío a la vez que permite la variación.

Pero si no se trata de análisis, ¿qué hace allí un psicoanalista?

Se entiende que esta pregunta atañe a cada psicoanalista que allí se encuentre, y es muy probable que este interrogante forme parte de los enunciados tan comunes y tan inauditos, de tantos psicoanalistas no sólo reconocidos, sino realmente estudiosos, del tipo de: 'de chicos yo no sé nada'.

Agreguemos: si bien ya nos resulta fácil decir que los analistas nos hacemos la mirada y/o la voz de quienes con nosotros se analizan, cuando estos objetos son una tiza, o un cochecito, o una mancha de tinta, podría, a veces, ser más plácido ocuparnos en estas cosas a propósito de otros.

No es tan sencillo caracterizar estos objetos. Más aún cuando se trata a un chico, que cuanto más ha sido utilizado, más requiere esta ubicación de objeto. Pieso que, este es un punto de dificultad para cualquiera. Un poco más y diría es un punto de dificultad insalvable, si no se está o no se estuvo en fin de análisis.

Puede decirse que en todo análisis hay un retome en activo de los puntos, los lugares en que fuimos objeto del goce parental.

Cuando se trata a un chico esta ubicación objetual del analista permite que de ser un objeto utilizado para la satisfacción parental, pase a ser un objeto que juega, y, en tanto objeto que juega hay posibilidad de encadenamiento simbólico.

Agreguemos más: si todas estas historias nos importan no es sino por que las cosas entre hombres y mujeres no son ni demasiado sencillas, ni demasiado fáciles. Ni hadas maravillosas, ni príncipes azules. EE.UU., Brasil, Pakistan, India, Tailandia, podrían ser nombres de algunas de estas dificultades, es decir, estrictamente, en un análisis algunos nombres de objetos que éramos, que queríamos ser, en nuestros juegos infantiles... una vez que lo gramos apropiarnoslos ■

Sobre la "PSICOSIS" infantil

María Teresa Cena*

En un breve tiempo circular y para situar nuestro tema, vuelvo a un trabajo que escribí hace 10 años y cuya introducción desearía recrear.

Introducción

"Un psicoanalista va cambiando a medida que transcurre el tiempo. A veces una decisión voluntaria que proviene de un cuestionamiento a fondo de su vieja teoría y práctica provoca su adhesión a una nueva teoría que aparece, por lo menos en el primer momento, como la panacea universal para sus males (de analista). Pero esta forma de presentarse el cambio no es la más frecuente. En general, en los psicoanalistas predomina la idea de ser coherentes sobre la idea de ruptura.

Rosolato dice que la evolución de un psicoanalista, práctica o teórica, se desarrolla insensiblemente y se comunica *après coup*. Cuando una teoría surge en un medio analítico, ya sea como producto de ese medio, ya sea importada, se produce alrededor de este hecho una serie de acontecimientos que van desde las adhesiones más apasionadas a los cuestionamientos más agresivos. Pero en ese debate, en esa lucha, todo el medio analítico se va impregnando y modificando. De pronto nos encontramos usando nuevas palabras para designar viejos hechos o hacemos nuevas preguntas o tenemos nuevas formas de escuchar. También reorientamos nuestro interés hacia fenómenos que hasta ese momento no habíamos percibido.

Me interesa discutir con ustedes esta evolución subclínica del psicoanalista, en este caso, de niños. Un profesor de filosofía, Luis Guerrero, decía que cuando surge una gran obra de arte, queda allí plasmada toda la transformación y los nuevos modelos que la sociedad ha creado en ese momento histórico. Pero que, más allá de esa gran obra, podemos seguir los cambios también en la vida cotidiana: en los utensilios de uso cotidiano, en las modas y costumbres. Entonces la pregunta sería ¿cuáles son nuestros utensilios ahora? o dicho de otro modo ¿cuáles son las palabras nuevas que designan hechos viejos?"(1)

Estas preguntas que, en aquel trabajo me llevaron a revisar mi quehacer como psicoanalista de niños, me llevan ahora a tratar de procesar el quehacer de nuestro medio en el tema de la psicosis infantil. El cómo se presenta en la teoría y la práctica actual; qué modificaciones ha sufrido, con qué nuevas categorías enfrentamos el problema.

Auscultando este "clima", y ciertas tendencias que aparecen a veces esbozadas, otras abiertamente, encuentro que años atrás y haciendo un uso abusivo de los descubrimientos kleinianos se pensaba que "todo niño en principio podía ser un psicótico, a menos que demostrara lo contrario". Hoy encontramos casi el aforismo opuesto: aún niños severamente dañados, no son considerados en principio psicóticos "a menos que demuestren lo contrario".

Y debemos decir en su beneficio que deben esforzarse por demostrarlo.

Si atendemos selectivamente el modo como los psicoanalistas de niños, los psiquiatras infantiles, los psicólogos clínicos abordan un ma-

terial dado, al término de una exposición clínica escuchamos una nueva terminología que substituye a la vieja conocida.

Estos nuevos términos pivotean alrededor del concepto de ESTRUCTURACION. Así, cuando se trata de patología grave en niños pequeños se habla de inestructuración, de falla en la estructuración psíquica, de déficits en el armado del aparato. Cuando se trata de púberes y adolescentes escuchamos: crisis de ansiedad aguda, descompensaciones, crisis de desestructuración.

Años atrás (y todavía vigente en algunos de los medios psiquiátricos) rápidamente estos cuadros hubieran sido rotulados como estados pre-psicóticos o psicóticos, esquizofrenia o paranoia.

Los nuevos términos a los que nos referimos son de un orden preferentemente descriptivo o fenomenológico y en ese sentido contienen un más alto grado de prudencia y a la vez de imprecisión, pero al mismo tiempo nos están indicando una apertura, una nueva dirección del pensamiento.

Varios elementos que pasamos a señalar confluyen para que se produzca este viraje.

1) En primer lugar es sabido que la psicopatología psicoanalítica tomó su primer modelo en las categorías que había establecido la psiquiatría tradicional para las enfermedades mentales.

Esta NOSOLOGÍA creada para el adulto y retomada por el psicoanálisis fué luego aplicada o tomada como punto de referencia para la psicopatología y la clínica de niños.

Nos basta leer Ajuriaguerra para encontrar este modelo analógico

* Médica psicoanalista. Miembro de la Institución Referencia Buenos Aires. Billinghamurst 1731, 8° "A", Tel.: 824-6950.

tanto en la consideración de las neurosis, como de las psicosis. Lejos de nuestra intención está tirar abajo esta enorme tarea que significó construir el inmenso edificio de esta ciencia nueva y el esfuerzo que significó el hallazgo y aislamiento de los grandes cuadros de la nosografía.(2)

Pero sí, desde la psicopatología del adulto la psicosis aparece como un proceso crónico, deteriorante e irreversible, era lógico que la clínica de niños tarde o temprano se opusiera por principio a la aplicación mecánica de estos términos.

Surgió así, como una tarea prioritaria para los terapeutas de niños (y sostengo que "de niños" es una especialidad dentro del campo mayor del psicoanálisis) el revisar y cuestionar esta tradición.

Se hace, entonces este paréntesis fenomenológico a la espera activa de una investigación que diera cuenta de ciertos fenómenos sin un marco referencial predeterminado.

Hace alrededor de 10 años escribimos con varios autores un artículo que indicaba nuestra inquietud en esa dirección llamado "El niño de difícil diagnóstico".

Transcribiré algunos fragmentos de dicho trabajo.(3)

"Vamos a tratar de describir el problema que presentan cierto tipo de pacientes de difícil diagnóstico, difícil pronóstico, y que por consiguiente plantea también problemas específicos en la elección de la estrategia terapéutica adecuada.

En la medida en que el psicoanálisis de niños avanzó tanto en amplitud como en profundidad, desbordando el campo de la neurosis infantil, fue abarcando una gran cantidad de casos difícilmente encuadrables en la nosografía clásica. En la literatura psicoanalítica aparecieron nuevos nombres o categorías que intentaron dar cuenta de este fenómeno. Autores provenientes de distintas escuelas como Duche y



Stork y Baudin denominan a estos cuadros como estados prepsicóticos. Judith Kestenberg como pseudo esquizofrenias. Settelange siguiendo la denominación de Frosch habla de carácter psicótico. Meltzer de estados post-autistas y Ana Freud de niños atípicos. En nuestro país los doctores Paz y Pelento han desarrollado el concepto de borderline o fronterizos detalladamente.

Es interesante observar que los psicoanalistas de niños que se han encontrado frente a este problema, han utilizado una terminología que parte de la idea de un cuadro conocido al que se agregan prefijos como: a, post, pre, pseudo, es decir atípicos, post autistas, prepsicóticos pseudoesquizofrenias, etc. Indican con ello la idea de que por una parte, estos pacientes no entran en los casilleros conocidos, pero al ubicarlos aunque sea afuera de un casillero convencional, lo mantienen como punto de referencia.

Nuestro título "Niños de difícil diagnóstico" apunta a la idea de que en principio, no los podemos ubicar, o por decirlo de otro modo no los visualizamos ni como antecedentes ni como secuela de una estructura a la que tuviéramos como punto de referencia.

Para introducirnos en el tema, elegimos como punto de referencia la *descripción fenoménica del cuadro* tal como lo hemos observado en la clínica cotidiana del psicoanalista, ya que nos hemos encontrado con una semiología no habitual."

II) Contribuye también al desarrollo de esta nueva perspectiva la investigación de lo que se ha dado en llamar la ESTRUCTURACION DEL PSQUIZISMO TEMPRANO al que están abocados tantos psicoanalistas en la actualidad y que constituye un punto de partida y un faro iluminador de la prehistoria de las aficciones graves en los niños.(4)

Este tema incluye el de la construcción de las CATEGORIAS como los puntos nodales de la estructuración psíquica que implican operaciones fundamentales y tempranas del aparato mental. El seguimiento de la forma en que surgen o no estas categorías en el niño, la intrínseca relación con el pensamiento y discurso materno es uno de los puntos nodales del pensamiento de Piera Aulagnier.(5) Desde ella entonces nos hacemos la pregunta "¿qué condiciones tienen que darse para que el sujeto no bascule a la psicosis?".

En nuestro país y siguiendo, entre otros autores, los lineamientos de Piera Aulagnier, se dedican a este tema Marisa y Ricardo Rodolfo por un lado,(6) y María Lucila Pelento por otro.(7)

A modo de pantallazo y dada la importancia del tema voy a transcribir un fragmento del trabajo de la Dra. Pelento: "entendemos por categorías a determinado tipo de representaciones privilegiadas, estructurantes del psiquismo que se van creando en distintos momentos lógicos fundantes del aparato psíquico.

Habitualmente, pero no necesariamente, el surgimiento de cada una de ellas coincide con cierto período evolutivo del infans o del niño.

La aparición de cada nueva categoría revela un momento de viraje, de cambio cualitativo del incipiente aparato.

Así por ejemplo: éste no es el mismo antes o después de construir la categoría de CUERPO (cuerpo-espacio) CUERPO LIBIDINAL o la de PRESENCIA-AUSENCIA (FORT-DA) o la categoría de TIEMPO si de psiquismo temprano se refiere. O las categorías edípicas de FALO CASTRADO, POSIBLE-IMPOSIBLE, VERDAD-MENTIRA, por mencionar algunas de ellas.

Como lo revela la clínica, algunas de estas categorías estructurantes pueden, por diversas razones, no adquirirse o adquirirse en forma deficiente, o una vez adquiridas perderse por regresión o desestructuración del aparato".

En todos los casos son productos de una actividad de simbolización de un trabajo psíquico sobre puntos de encrucijada.

Como decíamos antes, el estudio de la construcción de las categorías en el niño es un faro de la prehistoria y tiene enorme calor en la clínica de las perturbaciones graves tempranas. Abre un campo insospechado en la dirección de la cura y de las intervenciones terapéuticas, y toca también el campo de la prevención.

III) Relacionado con el tema anterior, ubicamos lo que podríamos llamar la CLINICA DEL NARCISISMO para designar la investigación detallada, minuciosa, precisa de lo que antes se englobaba con el término más genérico de narcisismo, célula narcisista madre-bebé, período simbiótico, identificaciones primarias, estados iniciales de indiscriminación yo-no yo, según teorías.

Entre otras, la obra de Sami Ali se dirige con una mirada microscópica al análisis de estos momentos fundantes para el aparato psíquico y así en este bloque compacto del narcisismo va apareciendo discriminado en los espacios: el de las inclusiones recíprocas (soy en el otro), el pasaje a ser como otro y finalmente la quiebra de la falta de oposición yo-no yo.(8)

A partir de aquí surgen también las fallas en cada uno de estos tiempos y la ubicación tempranísima de las condiciones de patologías graves.

En otros autores la aparición de la angustia frente al extraño como una CATEGORIA DEL EXTRAÑO y su ausencia nos lleva a la conceptualización de cuadros alérgicos que ponen en el cuerpo lo extraño no simbolizado.

Las primeras fobias infantiles como un universo que indica las primeras simbolizaciones donde el niño se recorta como un otro separado del cuerpo materno.(9)

Es decir que todas estas investigaciones tienen una consecuencia inevitable en la clínica y el período de narcisización materna marca la dirección de nuestra mira en la acción terapéutica.

IV) Ubicamos acá también como novedoso, el interés por el tema del CUERPO en clínica de niños y adolescentes que inaugura lo que podríamos llamar la CLINICA DE LO REAL, aquello que por definición parece estar fuera del campo de lo analizable o de lo historiable.(10)

De pronto se hacen presentes y hablamos o pensamos sobre aquello que parece estar fuera del campo de las palabras.

Estas nuevas tendencias retoman temas que ya habían despertado mucho interés en los psicoanalistas como es el de lo PSICOSOMATICO.(11, 12, 13) Pero ahora toman una dimensión que se proyecta sobre otras disciplinas.

Sami Ali plantea profundizar la teoría psicoanalítica de la imagen del cuerpo para fundar una disciplina que incluya el cuerpo real y la intersubjetividad. Así en uno de sus escritos plantea interesantes temas desde una nueva perspectiva: cuerpo y movimiento. "Esbozo de una teoría psicoanalítica de la motricidad. La psicomotricidad como una disciplina debe definir el cuerpo como perteniendo a lo real y lo imaginario.

En el capítulo sobre cuerpo y somatización toca también el campo de las dislexias y las técnicas de reeducación fuera del campo del psicoanálisis y la necesidad de entender el cuerpo como totalidad.(14)

Es decir; se iluminan desde esta perspectiva las viejas disciplinas que tienen que ver con el cuerpo.

Aquí debemos incluir las nuevas tendencias en la teorización y atención de los niños atípicos (con retraso madurativo, intelectual y daño orgánico acompañado por trastornos emocionales desde neurosis graves a estados psicóticos).(15)

Estas nuevas tendencias hablan de la *necesidad de una comprensión psicoanalítica* de lo que antes se reservaba a distintas disciplinas que repartían el cuerpo, la mente y la psique del niño como entidades separadas.

Consideraciones finales

Seguramente he dejado de lado muchos autores y muchas líneas de investigación, para referirme a aquellas que he detectado en mi quehacer cotidiano.

Pero me interesa plantear aquí un problema: nos encontramos frente a una disyuntiva: en esta explosión creadora donde surgen tan interesantes líneas de investigación y nuevos conceptos ¿cómo podemos por otra parte hablar de estructuras psicopatológicas en los niños, cuando ella no está jugada aún?

En este sentido, corremos el peligro de quedar inestructurados o con fallas en la estructuración como nuestros niños.

Es interesante y necesario pasar por estos estados, pero también planteamos algunas respuestas.

En ese sentido, la obra de Piera Aulagnier cubre una brecha que se estaba instalando en nuestra teoría y práctica.

Me refiero al concepto de POTENCIALIDAD PSICOTICA (que puede extenderse a otras patologías en el niño)

Potencialidad: algo que está en potencia, que tiene todos los elementos y reúne las condiciones (necesarias pero no suficientes) para definir una estructura.

Potencia que contiene los datos que hacen a una precisión diagnóstica, aunque en acto se cristalicen 5, 10 ó 15 años más tarde.

Así, pienso que podemos determinar, investigar, señalar y diagnosticar ahora y aquí en el niño, en

medio de este proceso de estructuración, en medio de las determinaciones y las indeterminaciones, las posibilidades y las imposibilidades.

Pienso que podemos indicar la dirección de una estructura o de un desarrollo antes que el drama de la psicosis se desencadene o se vuelva un proceso crónico, deteriorante e irreversible.

Síntesis: el tema de la "psicosis" infantil abre en nuestro medio nuevos rumbos de investigación.

Este trabajo intenta hacer una crónica de los cambios que se están produciendo en la consideración psicopatológica de las afecciones graves en los niños.

He detectado la necesidad de cuestionar la vieja nosografía heredada de la psicopatología del adulto, así como la preocupación por recrear una psicopatología propia en el campo específico "de niños".

Señalo tres espacios nuevos abiertos a la investigación: 1) el de la ESTRUCTURACION DEL PSIQUISMO TEMPRANO. Aquí incluyo el estudio de la construcción de las categorías, como puntos nodales de la estructuración psíquica; 2) la CLINICA DEL NARCISISMO que nos permite detectar la aparición de patologías graves muy tempranas; 3) la CLINICA DE LO REAL: orientada hacia lo psicoanalítico y el estudio del cuerpo en la clínica de niños y adolescentes.

Señalo el cambio en la perspectiva de otras disciplinas fuera del psicoanálisis a partir de estos nuevos enfoques.

En las CONSIDERACIONES FINALES: retomo una pregunta: ¿vamos a dejar nuestras viejas categorías nosográficas como puntos de referencia? por otra parte: ¿cómo hablar de estructuras en el niño si ella no está jugada aún?

Acudo al concepto de POTENCIALIDAD psicótica de Piera Aulagnier para cubrir esta brecha en nuestra teoría y práctica.

Finalmente considero que estas nuevas investigaciones "tempranas" señalan el camino para que el drama de la psicosis no se desencadene y se vuelva un PROCESO CRONICO, IRREVERSIBLE Y DETERIORANTE ■

Referencias bibliográficas

1. Cena, María Teresa, "El niño del psicoanálisis: distintos modelos teóricos y su consecuencia en la clínica" Publicado en la revista Nº 15. *Actualización en Psicoanálisis de Niños* de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados.
2. Ajuriaguerra, "Manual de Psiquiatría infantil".
3. Wasserman, Mario, Miravent, Irene, Cena, María Teresa, Podetti, Ruth, Zambianchi, Beatriz: "Niños de difícil diagnóstico" publicado en *Diarios Clínicos* Nº 2, 1990.
4. Este tema lleva un Seminario de tres años de duración en la *Institución Referencia Buenos Aires*.
5. Aulagnier, Piera, "La violencia de la interpretación" Amorrortu editores.
6. Rodulfo, Marisa y Ricardo, "Clínica Psicoanalítica en niños y adolescentes", Lugar Editorial, 1988.
7. Pelento, María Lucila, (trabajo en elaboración conjuntamente con la Dra. María Teresa Cena)
8. Ali, Sami, "El espacio imaginario" Amorrortu editorial, 1976.
9. Rodulfo, Marisa y Ricardo.
10. Jornadas sobre "El cuerpo en la clínica de niños y adolescentes" *Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, junio 1991.
11. Estudios sobre enfermedades psicósomas por un grupo de psicoanalistas de niños pertenecientes a la *Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*.
12. Kreisler, Fain y Soulé: "El niño y su cuerpo" Ed. Paidós, 1979.
13. Rodulfo, Ricardo, "Pagar de más. Estudios sobre la problemática del cuerpo en el niño y en el adolescente" Ediciones Nueva Visión, 1986.
14. Ali, Sami, "Cuerpo Real, Cuerpo Imaginario" Ed. Paidós, 1979.
15. Grupo de investigación: María del Carmen Bande, Adriana Granica, Claudia Muller, Lidia Orbe, Cristina de Palacios, Diana Rizzato. Coordinadora: Beatriz Zambianchi. "Aproximación Teórica y Clínica a los llamados Niños Atípicos" Trabajo presentado en *Referencia*, Buenos Aires, 1990, y Aurora Favre de Dimarco, Rubén Mario Dimarco: Directores de *Fundación CISAM* (Centro de Investigaciones para la Salud Mental).



*Silvia K. de Gomel**

Viñeta Clínica

Elena consulta por su hija Robertina, de cuatro años, enviada por el jardín de infantes que pide se le realice un psicodiagnóstico. En la sala no juega, se aísla y no habla: nunca le han escuchado la voz. La familia está constituida por: Elena y Augusto y seis hijos: Roxana (10), Augusto (9), Robertina (4), Daniela (2), Etelvina (1) y Carlos (1 mes).

La terapeuta convoca a ambos padres para una segunda entrevista. Concorre la madre sola manifestando que el padre "está muy ocupado y además no cree en esto de los psicólogos". Siempre le llamó la atención "que la niña no juegue demasiado y se haga pis en la cama". Por distintos motivos nunca consultó "esperando que pase el tiempo".

Elena tiene una intensa vida social y cuenta con muy poco tiempo para estar con sus hijos. El único embarazo buscado fue el de Roxana, los demás fueron "accidentales". Cuando nace la primera niña, la abuela materna se muda por unos meses a la casa de su hija para ayudarle. Vivirá allí durante varios años, quedando a cargo de los niños

junto con una mucama.

La madre describe a Robertina como un niña dulce, tranquila y cariñosa. Narra que cuando nació se dedicó mucho a ella, pero luego al nacer Daniela no se pudo ocupar más. "Como yo me dedico de lleno a los bebés, después que crecen quedan a cargo de mi mamá".

La quinta hija no es nominada y permanece como "el bebé" las primeras semanas de vida. Finalmente, los hermanos deciden llamarla Etelvina. Aprovechando el trámite renuevan el documento de Roxana, "que ni siquiera tenía foto".

Respecto a la historia familiar Elena relata que es la mayor de tres hermanas. Piensa que su madre "era una mujer común". En cambio, del padre dice que "era especial, nada común" Yo era la compinche de él, salíamos juntos, en la adolescencia hasta frecuentábamos cabarets de lujo para que yo conociera la noche, fuí el hijo varón que no tuvo. Juntos nos divertíamos mucho. Cuando falleció fue terrible, al poco tiempo conocí a mi marido. También fuimos compinches, más que una pareja éramos amigos de aventuras".

Augusto, a su vez, trabaja en la empresa familiar y vive allí de lunes a viernes, pasando sólo el fin de semana con su esposa e hijos. Es el

mayor de dos hermanos. Sus padres aceptaron a las nueras; durante las entrevistas la abuela paterna llama a la terapeuta para decirle que los problemas de la niña se deben a "la loca de la madre".

Robertina no habla. ¿Cómo pensar los eslabonamientos que van llevando desde una trama vincular al silencio de un niño? Difícil tarea la de ir encontrando palabras para descifrar lo que justamente condujo a una falta de palabra.

Hacia una definición de familia

La familia es una producción humana, por lo tanto básicamente cultural y simbólica, y es a su vez un factor de humanización que tiene a su cargo transmitir cultura.

Toda la familia contiene el conflicto nunca resuelto entre dos tipos de vínculos, los de sangre y los de alianza, que se relacionan en forma inversamente proporcional: cuanto más relevantes unos, menos significativos los otros. Estos vínculos acompañan al sujeto en su devenir a partir de su acceso a la cultura, a eso cuya ley paradigmática es el tabú del incesto.

Los vínculos de sangre circunscriben el parentesco sobre el hecho de base biológica, como el que liga a la madre y al padre con sus hijos o a los hermanos entre sí. Los vínculos de alianza denominan aquellos en-

* Licenciada en Sociología y Psicología. Miembro de los Dptos. de Familia y Pareja de la Asoc.Arg. de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Coordinadora del Instituto de Psicoanálisis de las Configuraciones vinculares. Pico 1805 Cap. Fed. T.E.: 701-5328.

** Agradezco a la Lic. Nora Cordisco.

tre los cuales el parentesco se basa en compromisos recíprocos entre las personas. El mejor ejemplo es la relación matrimonial.

El parentesco reúne un conjunto de denominaciones con grados permitidos y prohibidos. Desde este punto de vista es posible considerarlos como una pura clasificación de lugares y posiciones a ser ocupados.

Trataré de aclarar este punto. La prohibición del incesto y su correlato —la prescripción de la exogamia—, impulsan el pasaje de la naturaleza a la cultura. La familia no se incluye en un orden natural sino cultural, a través del cual debe tramitarse lo biológico. Podríamos decir entonces que el parentesco cultural implica un modelo de significación de naturaleza inconsciente y un sistema de organización de ese parentesco alejado del natural, aunque apoyado inicialmente en él.

Dicho de otro modo: una estructura de parentesco no se puede constituir solamente a partir de una familia biológica, sino de una relación de alianza. Ahora bien, en nuestra cultura, para que un hombre obtenga una esposa es preciso que ésta le sea directa o indirectamente cedida por otro hombre, que en los casos más simples es el padre o el hermano, transformado así en dador de la mujer.

La mujer, de este modo, deberá circular de su dador a su marido, como un bien intercambiado entre varones. El hombre, a su vez, deberá recortarse de su propia familia de origen.

De este modo el vínculo de alianza está condicionado a las vicisitudes del intercambio con la familia dadora (cedentes de la mujer) y a la capacidad en el seno de la familia del esposo de ser exogamizante de sus hijos varones (de renunciar a ellos).

La familia del psicoanálisis

Voy a comenzar este apartado con una afirmación: las relaciones familiares manifiestas (sistema de nombres propios, usos del espacio y del tiempo, circulación del dinero, etc.) encuentran su orden de determinación en una estructura inconsciente. De este modo, relaciones familiares y *estructura familiar inconsciente* corresponden a dos niveles lógicos: las primeras son modos de realización de la segunda.

¿A qué denominamos entonces estructura familiar inconsciente? Se

trata del conjunto ligado de las distintas posiciones del parentesco (padre, madre, hijo, dador de la mujer, familia de origen del hombre) en su particular e irreplicable configuración vincular. La estructura familiar inconsciente aparece así como un sistema relacional entre familias: la consanguínea y la conyugal.

Pensar en una estructura inconsciente implica suponer una articulación simbólica eficaz, transindividual e ignorada por quienes soportan sus efectos. No se trata de una entidad sustancial con una localización específica. La estructura familiar inconsciente no existe más que en sus realizaciones subjetivas.

Al hablar de posiciones, nos referimos a la matriz cultural en la cual se inscribe la familia y a su sujeción al tabú del incesto. Las diferentes maneras en que las familias tramitan dicho tabú van a ser también diferentes modos de posicionamiento frente a la ley proveniente de la cultura.

El sistema de parentesco delimita un conjunto de vínculos (de alianza, de consanguinidad, de filiación y avuncular) y éstos a su vez se articulan con diferentes funciones. Estas funciones tienen un montaje sincrónico, por el cual ninguna de ellas puede ser pensada en forma aislada.

La función paterna es representante de los mandatos culturales derivados del tabú del incesto en la dinámica familiar. Garantiza la inserción de la familia en el orden de la reciprocidad social en cuanto hace a la circulación exogámica. Esta función no está soldada a la denominación "padre". En ese sentido "circula" por la familia. Cada posición del sistema de parentesco va a tener una cualidad diferente según esté o no atravesada por ella.

Sostiene una triple interdicción: a la madre "No regresarás a quien fue tu dador"; "No reincorporarás tu producto". Al hijo: "No te acostarás con tu madre". Será eficaz en tanto opere el corte/separación que discrimine a la mujer de su dador y de su hijo.

El deseo de devenir padre, en la obra de Freud, se entiende a partir de la identificación con el propio padre. Pero con una cualidad radicalmente diferente a la implicada en lo materno: no se trata de un cuerpo a erogeneizar. Lo que está libidinizado a través del hijo es el ideal. El deseo de devenir padre queda así asociado a una peculiar forma de sucesión.

Lo que ofrece el padre a través de

la mediación de su nombre, de su ley, de su autoridad, es un derecho de herencia sobre sus emblemas para que el hijo se los legue a otro hijo. De ese modo enuncia la aceptación de su propia muerte.

La función paterna en cuanto da acceso a significaciones, organiza la cadena significantes inconsciente, aparece energía ligada sexual y surge la dimensión temporal. Instaure así diferencias entre el ser, el tener, el saber, el conocer y el pertenecer. Un padre que significa a un hijo lo marca como ser sexuado y mortal, lo abre a la cultura; de lo contrario, lo deja del lado de la naturaleza.

Designamos como función materna a aquella que arma una red libidinizante e identificatoria con el niño, reconociéndolo como un sujeto diferente al deseo inconsciente, ubicando su origen en la alianza surgida del deseo de un hombre y una mujer.

La palabra materna, a través de los enunciados identificatorios, anticipa los sentidos de un modo protético para la psiquis del infans. El deseo edípico materno retorna bajo una forma invertida: que este niño pueda, a su vez, convertirse en padre o madre, que pueda desear tener un hijo.

El término "madre" se referirá entonces a aquella mujer en la cual se suponen los siguientes caracteres: una represión exitosa de su propia sexualidad infantil; un sentimiento de amor hacia el niño, sobre quien volcará su capacidad erogeneizante; su acuerdo esencial con lo que el discurso cultural del medio al que pertenece dice acerca de la función materna; la presencia junto a ella de un padre del niño a quien reconoce en el origen del mismo.

La función filial por su parte, será aquella que: selle la alianza ubicando a los padres dentro de la cualidad de pareja parental, la que a diferencia de la pareja matrimonial ya no podrá disolverse; cierre en parte un circuito de intercambio que se abrió en el acto de cesión de una mujer en la generación anterior (la madre); abra un nuevo circuito de intercambio en tanto nuevo miembro de la cultura que habrá de circular exogámicamente.

Finalmente, la función avuncular o, por extensión, del representante de la familia materna, simboliza el intercambio original subyacente en la formación de la nueva familia. Llamamos representante de la familia materna a cualquier persona,

unida o no por lazos de parentesco con la madre, que oficie de dador de la misma. Es el lugar que da cuenta del pasaje de la consanguinidad a la alianza, introduciendo la posibilidad de la salida exogámica.

Los personajes reales están sobre-determinados por la posición que ocupan en la configuración inconsciente. Así, la persona y la función (por ejemplo el padre y la función paterna) no son ineludiblemente coincidentes. A través del interjuego entre los personajes reales e imaginarios y las diferentes funciones que cumplen se va tejiendo la *trama fantasmática familiar*, red deseante a través de la cual cada uno de los sujetos se posiciona y es posicionado en una "otra escena familiar" que desborda a la familia actual y enhebra un discurso transgeneracional, incluyente de lo dicho y lo no dicho de la historia familiar. Esta trama fantasmática se organiza a la manera de un texto ignorado, que precede al advenimiento efectivo de los sujetos. En este texto inconsciente también se juegan los cuerpos, que son enlazados a la palabra y abiertos a la sexualidad, sexualidad que deberá estar atravesada por la Ley.

Esta escena fantasmática es trans-subjetiva y anónima y, como el mito, no reconoce autor individual.

Vale decir que, a través de la estructura familiar inconsciente se transmiten significantes y significados del contexto social y del transgeneracional, llevando a aceptar algunas significaciones y rechazar otras sin que los individuos tomen conciencia de ellos.

Esta matriz inconsciente de significaciones, en sus dimensiones simbólica-cultural, fantasmática y de corporalidad se constituye, a mi entender, en causa eficaz de las modalidades de producción discursiva de una familia.

Familia y psicosis

Trataré aquí de definir ciertas modalidades que hacen a una particular cualidad de los vínculos en relación a su posicionamiento frente a la Ley. Diré que cuando se plasma este funcionamiento, podremos hablar de una *configuración vincular familiar a predominio psicótico*. Diré también que la presencia en esta configuración no basta para el surgimiento de psicosis en algún miembro de la familia, pero sí que instaura las condiciones que la hacen posible.

En ese sentido me referiré a la *potencialidad vincular psicótica*. La configuración vincular familiar que denominó a predominio psicótico, conlleva la potencialidad del surgimiento de una psicosis en cualquiera de sus miembros. Definimos la potencialidad vincular como aquello que insiste desde lo inconsciente; aquello que aguarda disponible a entrar en juego conforme a ciertas combinatorias posibles inherentes a los vínculos. En tanto los vínculos son constituyentes, la potencialidad anida siempre en ellos.

Existe una eficacia de las representaciones inconscientes que circulan en las redes vinculares de tal modo que cuando, por ejemplo, nace un hijo, se produce un choque entre este nuevo acontecimiento y las marcas que determinan la constitución de la alianza. Si este entrecruzamiento deja afuera la posibilidad de la significación del lugar tercero, es probable que el vínculo de filiación esté afectado por una potencialidad psicótica.

De este modo, el concepto de potencialidad permite plantear las estructuras vincular y mental como abiertas a múltiples entrecruzamientos posibles.

¿Cuáles son estas combinatorias? En cuanto a la función paterna, ésta se encuentra fallida en su aspecto fundamental de separar a la mujer de su dador y, en consecuencia, de su hijo. La ausencia de interdicción paterna es sucedánea a la debilidad extrema de la alianza.

Un padre que no puede instalarse como prohibidor de la relación de deseo entre el niño y la madre es aquél que no tuvo la posibilidad de establecer la prohibición inicial constitutiva del vínculo de alianza. Toda vez que la alianza se establece sobre una relación no prohibida o no interdicta entre la mujer-esposa y su dador, el papel del marido-padre está cuestionado y el papel del representante de la familia materna empieza a constituirse en imagen fuerte de identificación, competitiva con la identificación paterna.

La ley de la cultura se sustituye por códigos idiosincráticos, en general provenientes de la familia materna, que ataviesan el lugar del padre y llegan al hijo orientándolo hacia la familia de origen y no hacia el mundo de lo socio-cultural, como una suerte de inversión de la direccionalidad. La mujer, a su vez, no acepta en su mundo interno y vincular a un marido más que como

genitor, es decir, no renuncia a lo endogámico. El marido se instala así como un elemento supernumerario. Ello determina que el hijo tenga una pertenencia mayor a la familia materna que a la pareja matrimonial. Se delinea así un predominio de lo avuncular sobre lo filial.

La clausura de la función paterna implica el desgarramiento del orden simbólico, al quebrarse para el sujeto la posibilidad de definir su lugar y su función en la red familiar. Así, se pierde la alternativa de ligar cada término del parentesco a una ley universal para una cultura dada y se impide la ubicación en una cadena de linajes en la cual existe un antes y un después para cada lugar del parentesco.

Hay en la mujer, por su parte, un "deseo de maternidad" que es la negación de un "deseo de hijo". Este deseo de maternidad expresa el anhelo de revivir, en posición invertida, una relación primaria con la familia de origen, y fundamentalmente con la propia madre.

De este modo el mito familiar deja un blanco, por cuanto no se puede sostener que sea el deseo de la pareja parenteral el que se encuentra en el origen de la alianza y por ende en el origen del nacimiento del hijo. Subrayo aquí la importancia del discurso y el deseo del padre por el hijo, que desempeña un papel igualmente determinante en la configuración. La carencia materna es desestructurante para el niño siempre y cuando esté asociada con carencia paterna.

Cuando una mujer no circula desde un dador a un marido, surge también que éste ha quedado a su vez retenido por su familia de origen en un lugar filial. Por tanto el niño que adviene no encuentra un lugar de hijo, que está ya ocupado por la pareja parental en una situación congelada de dependencia y desamparo. De este modo, se niega que con el hijo ha llegado al mundo algo nuevo y se perpetúa el modelo endogámico.

¿Qué consecuencias acarrea esta organización para la constitución del aparato psíquico del niño? Si el niño no reconoce diferencia entre los padres, o concibe al padre como un apéndice de ese objeto omnipotente y omnipotente que es la madre, se registrará a sí mismo tan supernumerario como su propio padre.

Se interfiere así su posibilidad de "asunción simbólica", vale decir el pasaje de una identificación imagi-

naría con el cuerpo-cosa a la identificación simbólica con un cuerpo del sujeto. La función de corte de la ley paterna impide al sujeto "ahogarse en su propia imagen", desestructurarse en un cuerpo despedazado que no pueda nunca subsumirse en una unidad. La falla de la interdicción paterna, como dijera antes, impide al niño el acceso a lo simbólico, a reconocerse en un linaje, a ubicarse en relación a un origen y aún al propio acceso a la palabra.

La función filial no puede ser sostenida, porque no hay espacio nuevo por fuera de la repetición endogámica. Se es o no hijo según el deseo arbitrario de la pareja parental, que tiene en sus manos dar o negar esa posibilidad. El psicótico no puede afirmarse como "función filial", ser ubicado en la clase de los hijos y no únicamente como hijo de esa pareja. Dependencia absoluta sometida al arbitrio de la voluntad de un otro. El tiempo queda detenido, y no habrá proyecto en el cual el hijo pueda a su vez devenir padre, no podrá circular exogámicamente.

En cuanto a la función avuncular, ya no será testigo de la alianza sino baluarte narcisista, vía abierta de retorno al seno de lo consanguíneo. Las creencias y convicciones ancestrales pasarán a primer plano en el campo de la semantización familiar.

Volvamos a la viñeta inicial. Robertina no habla. Podemos ahora suponer que en su mutismo anida el rechazo de la Ley primordial. La ley del lenguaje perpetúa la ley de la alianza, que a su vez es subsidiaria de la primera. Articulada en su totalidad alrededor del sexo y la muerte, permite distinguir a los sujetos y organizar el mundo. Hablar significa la pérdida de la cosa: pero si el niño es aún cuerpo-cosa indiscriminado del cuerpo de la madre, no hay pérdida posible y por tanto no hay palabra.

Elena y Augusto han logrado captar el tabú fundante a condición de permanecer cada uno de ellos retenido en el seno de su propia familia, en un vínculo fraterno de "compinches", situación que se revela dramáticamente a través de la existencia de dos casas.

La serie ininterrumpida de hijos, a quienes sólo se ampara como bebés, —vale decir mientras la madre pueda ilusionar un espejo de su ser bebé en brazos de su propia madre—, ilustra el "deseo de maternidad" contrapuesto al "deseo de hijo", anhelo fálico de la madre desde

un enunciado identificatorio paterno: ser el hijo que no tuvo.

Hay una niña que no es nombrada y otra que no habla. Nombrar a alguien es desalojarlo constantemente de las identificaciones imaginarias introduciéndolo en el espacio de la cultura. De igual modo el documento, marca de la pertenencia a un orden simbólico, carece de foto. Cruel metáfora de la imposibilidad familiar de unir la imagen corporal a un significante que la sostenga. Los niños, meros "accidentes, nacen para ser devueltos a la abuela, inversión de la direccionalidad en la cual la hija no cedida vuelve a través de los nietos, y la función avuncular se transforma en bastión endogámico.

Creo importante remarcar que la estructuración psicopatológica previa de los padres no constituye la determinación principal en cuanto a la potencialidad vincular psicótica, sino que ella se origina en el modo particular e irreplicable en que se constituye la alianza matrimonial en relación a los vínculos de sangre.

Para concluir: la Ley de la alianza preexiste a todo vínculo de alianza singular sostenido por un hombre y una mujer. Dicho vínculo deberá articularse a las modalidades del tabú del incesto y de la prescripción de la exogamia específicos para una cultura, y será a partir de esta tramitación que surgirán las diversas modalidades vinculares.

La configuración familiar a predominio psicótico muestra la hendidura por la cual lo consanguíneo endogámico ordena el campo de la significación, mientras lo cultural exogámico sucumbe arrastrando consigo el lenguaje, las mentes, y los cuerpos.

Resumen

En este artículo se define a la familia como una producción básicamente cultural. El vínculo de alianza está condicionado al intercambio con la familia dadora de la mujer y a la capacidad en el seno de la familia del esposo de ser exogamizante de sus hijos varones.

Desde el psicoanálisis las relaciones familiares manifiestas encuentran su orden de determinación en la estructura familiar inconsciente, conjunto ligado de las diferentes posiciones del parentesco, en sus dimensiones simbólica, imaginaria y de corporalidad.

Se plantea a la configuración vincular familiar a predominio psicótico como aquella que contiene una potencialidad psicótica en sus vínculos. Las condiciones de ese funcionamiento son: función paterna ausente y predominio de la familia materna; por tanto caída de la Ley de la cultura y primacía de los vínculos de sangre sobre los de alianza ■

Glosario

Estructura familiar inconsciente: conjunto ligado de las diferentes posiciones del parentesco (padre, madre, hijo, dador de la mujer, familia de origen del hombre) en su particular e irreplicable configuración.

Trama fantasmática familiar: red interfantasmática que, a la manera de una puesta en escena ignorada, posiciona a los diferentes sujetos que componen una familia.

Configuración vincular familiar a predominio psicótico: modo de funcionamiento vincular que contiene la potencialidad psicótica para cualquiera de los miembros de una familia.

Asunción simbólica: pasaje de una identificación imaginaria con el cuerpo-cosa a la identificación simbólica con el cuerpo del sujeto.

Potencialidad vincular: aquello que aguarda disponible a entrar en juego conforme a ciertas costumbres combinatorias posibles inherentes a los vínculos.

Bibliografía

- Aulagnier, P., *El aprendiz de historiador y el maestro-brujo. Del discurso identificante al discurso delirante*. Amorrortu editores, Bs. As., 1986.
- Aulagnier, P., *La violencia de la interpretación. Del pictogramado al enunciado*. Amorrortu editores, Bs. As., 1977.
- Berenstein, I., *Psicoanalizar una familia*. Paidós, Psicología profunda. Bs. As., 1990.
- Berenstein, Bianchi, Gomel, Gaspari, Gutman, Matus, Rojas, *Familia e Inconsciente*. Paidós, Bs. As., 1991.
- Berfleiny otros, *La potencialidad de los vínculos*. 2º Congreso de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Bs. As., 1991.
- Bianchi y otros, *Función filial*. 2º Congreso de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Bs. As., 1991.
- Gaspari y otros, *Función paterna, un saber acerca del sexo y la muerte*. 2º Congreso de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Bs. As., 1991.
- Gomel, S., Rojas, C., *La "Otra escena" familiar: Aproximación al orden inconsciente*. Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Bs. As., Tomo IX N° 1, 1988.
- Lacan, J., *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. Escritos 2. Siglo XXI Editores, México, 1978.
- Lévi-Strauss, C., *Las estructuras elementales del parentesco*. Paidós, Bs. As., 1969.
- Lévi-Strauss, C., *Antropología estructural*. EUDEBA, Bs. As., 1977.
- Vasse, D., *El ombligo y la voz. Psicoanálisis de dos niños*. Amorrortu editores, Bs. As., 1977.

El niño PSICOTICO y la escuela

Beatriz Gutiérrez*

Abordar el tema del niño psicótico y la escuela presupone en primer lugar señalar el rol fundamental que cumple la escuela en la detección de esta problemática infantil. Sabemos que en nuestro país la concurrencia de un niño de 6 años a la escuela primaria es obligatoria, y está legislada por la Ley 1.420.

Por lo tanto, es frecuente que muchas dificultades que no fueron detectadas por los padres, lo sean al ingresar en la escuela, y que a partir de allí, y por consejo del maestro se inicien las consultas.

"Su hijo no juega en los recreos, se aísla, no responde a las consignas, y repite, en forma monótona la misma palabra".

Una intervención de este tipo hecha por un maestro puede significar el comienzo de una serie de consultas con profesionales o instituciones del área de salud, que le ofrecerán, en el mejor de los casos, un tratamiento médico y/o psicológico. Pero ¿qué va a ocurrir con la escolaridad de ese niño?

El "loco", como tal, es un ser socialmente marginado y para los niños psicóticos un lugar privilegiado de exclusión social es la escuela. Por ello es frecuente que lleguen a una escuela especializada después de un largo recorrido por instituciones educativas, que en algunos casos los retienen durante dos o tres años, demorando la consulta. Otras veces estos niños integran la población de las escuelas diferenciales, rotulados

como débiles mentales. En ambos casos los efectos son iatrogénicos: en el primero la demora en la consulta puede producir la coagulación definitiva de un síntoma, y en el segundo, se lo rotula de "débil", colocándolo en un lugar de "no poder" y haciéndolo objeto de técnicas reeducativas que, no son, desde mi perspectiva, adecuadas para niños psicóticos, impidiendo el despliegue de sus posibilidades.

En la Capital Federal hay sólo tres escuelas estatales para niños con trastornos severos de personalidad. Una depende del Ministerio de Educación y dos de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Durante muchos años hemos desarrollado una experiencia en una de estas escuelas, que tiene la particularidad de funcionar en el Hospital Nacional Infante Juvenil "Dra. Carolina Tobar García". Se denomina Centro Educativo para Niños con Trastornos Emocionales Severos (C.E.N.T.E.S. No.1)

Fue creada en el año 1969, y los alumnos (la matrícula anual es de alrededor de 50 niños) llegan previamente diagnosticados por los profesionales del Hospital. En su mayoría (90%) tienen diagnóstico de psicosis infantil. El 10% restante son niños que, si bien no tienen diagnóstico de psicosis, presentan una severa problemática de conducta o dificultades de socialización que impiden su adaptación a otro tipo de escuela.

La mayoría de los alumnos son de los Servicios de Hospital de Día y de Internación. El momento de la escolaridad cubre una parte de su permanencia en la institución, ya que tienen otras actividades (comedor, actividades recreativas, etc.) y

sus tratamientos individuales y/o familiares.

La pregunta que nos hicimos fue ¿cómo diseñar al comienzo de nuestro trabajo una institución educativa para estos niños? La ubicación hospitalaria de esta escuela fue fundamental ya que con el tiempo se privilegió el trabajo en equipo entre los profesionales de las áreas de salud y de educación.

Digo "con el tiempo", por que esto significó marchas y contramarchas, año a año, en función de la experiencia y de lo que pudimos teorizar a partir de ella. Nuestras propuestas nunca son definitivas. Se escuchan las que aporte el personal de la escuela, se abren espacios de discusión, se participa en supervisiones clínicas y así se diseña a través de sucesivos replanteos el trabajo con cada niño. Lo que afirmamos como constante es nuestra posición frente al tratamiento de un niño psicótico: no se trata de "amordazar" los síntomas, para lograr su adaptación a las normas escolares, ni tampoco de lograr conocimientos aprendidos mecánicamente, que nada le signifiquen.

Muy por el contrario, la experiencia institucional nos llevó a pensar la escuela como un espacio donde los síntomas puedan desplegarse, y a partir de ir conociendo individualmente las características y la forma de manifestarse de cada niño, el maestro pueda ir haciendo sus propuestas de trabajo.

De esta forma, si bien los niños están agrupados de a 4 ó 5 con un maestro, no se imparten consignas o conocimientos homogéneos para el grupo, sino que se tiene en cuenta la forma particular en que cada uno va haciendo su proceso de aprendizaje.

* Psicóloga. Directora titular del Centro para Niños con Trastornos Emocionales Severos N° 1 (CENTES N° 1) del Hosp. Nac. Infante-Juvenil "Dra. Carolina Tobar García" Barracas 315 Cap. Fed.



Generalmente, con los que no han tenido ninguna experiencia escolar, hay un primer momento de adaptación, comenzando con 15 ó 20 minutos diarios de permanencia en el aula, para ir extendiendo el tiempo de acuerdo a sus posibilidades de separación de la madre. En muchos casos la escuela aparece como una "terceridad" que se interpone en esta relación madre-hijo produciendo en principio algún efecto.

Muchas veces la posibilidad de adaptación va a depender más del trabajo que se realice en entrevistas con la madre que con el niño mismo.

Vuelvo aquí a recalcar la importancia del trabajo en equipo, y la comunicación entre el profesional que realiza las entrevistas con la madre, y la maestra. Realizado el proceso de adaptación se le ofrecen al niño diferentes actividades: tendrá un momento de contacto con la música (diferentes instrumentos, grabaciones musicales, etc.); otro de juegos y actividades que impliquen movimiento (con pelotas, sogas,

globos, etc.); un tercero de expresión plástica (con pinceles, témperas, arcilla, plastilina, etc.)...

De estas actividades los niños participan acompañados de su maestra, como referente permanente para ellos, dentro de la escuela; pero la coordinación de la actividad y las propuestas de trabajo las realiza un especialista en cada tarea (música, plástica, etc.).

¿Qué ocurre con el aprendizaje de las llamadas materias instrumentales: lecto-escritura y cálculo?

Tampoco aquí se aplican métodos tradicionales. Se trabaja a partir de lo que el niño trae. Trataré de dar un ejemplo: Alejandro D. ingresa a la escuela a los 11 años. Desde los 6 años concurrió a otras instituciones educativas, pero no aprendió a leer y escribir. Los padres relatan serias dificultades en la socialización. Es muy agresivo, tanto con otros niños como con los adultos. A pesar de su concurrencia a escuelas de educación especial "no aprendió nada". Hay un tema central que es su atención por los "cables y la electricidad". Con frecuencia los "arranca, produce cortocircuitos, etc. poniendo en riesgo su propia vida y generando en algunos casos principios de incendios.

A su ingreso a la escuela del Hospital se lo integra a un grupo de púberes que están comenzando con la lecto-escritura.

Alejandro no manifiesta ningún interés por esa actividad. Pero se va cimentando una muy buena relación con su maestra que lo escucha, lo contiene en los momentos de cri-

sis, y lo acompaña cuando no puede estar en el aula. Un día pide el grabador para escuchar música y como tiene el enchufe roto se ofrece para arreglarlo. Lo hace muy bien. La maestra de educación artesanal le propone entonces, enseñarle electricidad. Comienza a llevarse a su casa algunos artefactos eléctricos (planchas, lámparas, etc.) del personal de la escuela para repararlos. Le pagamos por esos pequeños trabajos, ya que los realiza como "Electricista". Se comienza a nombrar a sí mismo de esta manera. Por ejemplo, entra a la Dirección y pregunta si hay algún artefacto roto, para que el "Electricista" lo arregle. Ingresó luego a un taller del CONET, dentro del Hospital, donde podrá perfeccionar estos conocimientos.

¿Qué pasó con la lecto-escritura? En el aula, y con la guía de su maestra, dibuja tableros de electricidad y pone el nombre de las partes que lo componen, escribe el nombre de todas las herramientas que usa en el taller, etc. Recién en este momento Alejandro está aprendiendo a leer y escribir.

Los efectos que pudimos observar en él se producen a partir del trabajo realizado en la institución escolar, en un permanente intercambio con los profesionales que trabajan con este paciente en otros Servicios del Hospital.

Otro ejemplo:

Eduardo L.11 años, ingresa, para su tratamiento en el Hospital, a los 9 años. Al año siguiente la psicóloga que lo atiende lo deriva para su escolaridad ya que nunca pudo ir a una escuela por presentar "hiperkinesia, estereotipias, neologismos, actitudes bizarras, lenguaje en tercera persona, etc."

Nos informa la madre que aprendió a leer y escribir a los 3 años, pero al no poder estar en grupo con otros niños, no aceptar las consignas escolares, no respetar límites, etc., nunca pudo ser aceptado en las escuelas comunes.

Al principio las maestras quedaron fascinadas ya que Eduardo parece saberlo todo: tanto en lengua como en matemáticas tiene los conocimientos de un alumno de 5to. grado.

Pero resulta imposible lograr que realice alguna tarea escolar programada. Irrumpe en cualquier salón y cuando ve un periódico, una revista o un libro comienza a leerlos sin tener en cuenta a quienes lo rodean. En función de esta atracción por los periódicos se comienza a trabajar en

la confección de uno, en el aula, ocupando él el lugar de director de la edición.

A partir de allí realiza reportajes, solicita a otros niños notas sobre determinados temas, dibujos, etcétera.

A medida que avanza la "organización" del periódico, Eduardo tiene conductas más organizadas y acepta realizar las tareas propuestas por la maestra para poder sistematizar y secuenciar sus aprendizajes.

La mamá refiere que estos cambios que se dan en el ámbito escolar se reflejan en el afuera, mantiene diálogos coherentes con los adultos y puede jugar con sus hermanos.

He tratado de dar ejemplos que permiten inferir que aplicamos una metodología, que no se corresponde con ninguna de las tradicionales y se diseña para cada caso. El maestro no improvisa, pero tampoco tiene un programa (como en la escuela común) con contenidos establecidos para dictar sus clases. Los programas son individualizados y los contenidos se van estableciendo a partir de conocer a cada alumno.

Cabe dedicar un párrafo especial referido al personal que trabaja en estas escuelas. En primer lugar, la experiencia nos fue mostrando que ningún título o formación universitaria puede garantizar que el adulto enfrente con serenidad su relación con un niño psicótico. Y para quién ingresa como "maestro", las cosas se complican más, ya que se supone que el maestro es el que "sabe", y tiene que transmitir sus conocimientos.

Generalmente en estas escuelas la situación se invierte y, somos nosotros, los maestros, los que no sabemos. No sabemos sobre ese mundo cerrado y enigmático de un autista, no entendemos el significado de una serie de conductas del niño psicótico. No es fácil abandonar esa posición de "querer saberlo todo" sobre el niño, porque produce situaciones de inseguridad y angustia en el adulto.

Creo que es muy importante que, dentro de la escuela, los niños puedan estar con maestros que les hablen en forma natural, es decir, adultos que en función de sus propios puntos de referencia puedan encontrar palabras para responder a sus angustias y miedos.

Estas respuestas no se aprenden en ningún texto. Sólo pueden ser creadas en cada caso a partir de no pedir al niño que se adapte a las normas de la escuela, sino permitirle ir creándose un universo propio,

donde pueda aparecer algo de su subjetividad. Así vemos que, en general, la intervención del maestro será en primer lugar la abstención, pero en un marco que no signifique nunca el abandono.

De lo expuesto surgen dos condiciones importantes para los maestros: no asustarse, no paralizarse ante la locura y realizar con placer la actividad que se pretende transmitir (música, títeres, plástica, natación, etc.) con un amplio margen para la creatividad.

En todo momento hice referencia a que los maestros acompañan y sostienen a los niños en este recorrido escolar. Cabe preguntarse ¿qué sostiene a los adultos que se suelen sentir tan movilizados en una primera experiencia en estos lugares?

Creo fundamental, en tal sentido, crear espacios de reflexión, momentos donde se pueda hablar no solamente de los niños, sino de los adultos incluidos en las actividades. Son los momentos de encuentro del grupo de trabajo. Si bien no es un requisito el psicoanálisis personal, el estar sometido a cierto discurso analítico que atraviesa la institución, y a la movilización que la tarea produce, lleva muchas veces al maestro a demandar su propio análisis.

Para terminar debo decir que la bibliografía y las referencias teóricas en relación a "ESCUELAS" para niños y adolescentes psicóticos, no son muchas, si bien abundan los trabajos sobre clínica de la psicosis.

Dos autores fundamentales han escrito sobre instituciones para estos niños: en Francia M. Mannoni y en Estados Unidos Bruno Bettelheim. Si bien sostienen diferentes líneas teóricas dentro del psicoanálisis, ambos han creado lugares que reciben el nombre de "ESCUELAS" experimentales.

Acuerdo totalmente con llamarlas ESCUELAS, aunque no siempre se enseñe a leer y escribir. Porque ese nombre dice algo en el sentido de "aprender". Pero un aprendizaje totalmente distinto al de la escuela tradicional, un aprender que incluye tanto a los niños como a los adultos, y un aprender que será distinto en cada niño, porque apunta no a la reeducación o la adaptación, sino más bien a crear un ámbito propicio para que los niños psicóticos puedan realizar la experiencia de construir un "puente", que vincule su mundo, incomunicable e infértil, con el campo del reconocimiento social ■

Autismo y PSICOSIS

*desde la mirada de un
neurólogo infantil*

Owen H. Foster*

En la práctica clínica del neurólogo infantil se encuentran frecuentemente niños con rasgos de desconexión, conductas atípicas, discurso sin sentido.

Dado que en la actualidad se conocen muchos cuadros neurológicos que presentan en algún momento de su evolución manifestaciones de este tipo es necesario diferenciarlos de otras entidades con similares síntomas cuyo origen es emocional.

Es real que los trastornos neurológicos en general producen importante sintomatología psicológica agregada y que es necesario hacer un diagnóstico diferencial que permita ofrecer tratamientos que tengan en cuenta estos dos tipos de trastornos.

En este escrito nos referimos a claras entidades neurológicas que muchas veces hacen su presentación con rasgos de desconexión, difícilmente distinguibles de los casos de autismo y psicosis infantil típicos. En estas situaciones la investigación neurológica en profundidad podrá delimitar el cuadro, que de todas maneras con el transcurso del tiempo mostrará claros signos de organicidad, con deterioro neuropsíquico, que terminará en la demencia y muchas veces en la muerte.

El diagnóstico inicial correcto permitirá elegir la mejor estrategia de tratamiento, tratando de ofrecer al paciente, las mejores posibilidades de lograr el devenir más adecuado a su vida y a su familia. El hecho de que se descubra que padece una enfermedad deteriorante no impide que se le pueda brindar todo lo que



* Director Médico del Centro Dra. Lidya Coriat.

la medicina puede ofrecer: rehabilitación, medicación, cirugía, tratamiento psicológico y otros. De todas formas si el diagnóstico y el pronóstico son claros podrán planearse mejores propuestas terapéuticas.

Se muestran en mayor detalle tres entidades neurológicas que pueden servir de ejemplo a lo antedicho. Luego se describen otras patologías, que sin pretender ser exhaustivas, muestran el gran número de cuadros que en algún momento exhiben trastornos psíquicos severos.

El síndrome de Rett se describe en niños que presentan un desarrollo psicomotor normal y que entre los 7 y los 18 meses muestran un deterioro de su conducta con rasgos de desconexión, pérdida de lenguaje, pérdida de interés en el mundo, estereotipias motoras varias, sobre todo de las manos con movimientos de lavarse y otros que llevan a la pérdida del uso propositivo de éstas.

Padecen episodios de gran ansiedad, con o sin desencadenante evidente, con temblores del tronco y miembros y crisis de hiperventilación. Este cuadro se mantiene sin progresión por varios años y aún puede mejorar su conexión. Más adelante aparecen convulsiones, trastornos motores piramidales con espasticidad y trastornos vasomotores de miembros inferiores, mayor deterioro y terminan postrados en cama.

En todos los casos hay una microcefalia adquirida por enlentecimiento del crecimiento craneano desde la aparición de los primeros síntomas.

Los E.E.G. son anormales y las tomografías computadas de cerebro muestran atrofia cortical, en etapas tardías. La etiología es desconocida aún.

La adrenoleucodistrofia infantil es un cuadro patológico con progresiva desmielinización de la sustancia blanca del sistema nervioso, insuficiencia adrenal e hipogonadismo por un trastorno enzimático del metabolismo de los ácidos grasos de cadena muy larga. Es un trastorno hereditario ligado al sexo que comienza entre los 3 y 12 años con lenta evolución regresiva con trastornos de conducta, rasgos de desconexión, ceguera, sordera, deterioro intelectual, trastornos del lenguaje, convulsiones y episodios de llanto y risa, hasta llegar a la rigidez de descerebración.

El síndrome del X frágil, es la

causa más frecuente de retardo mental en varones con una prevalencia de casi 1% en la población general. En estos casos se halla retardo mental, que puede ser profundo con rasgos psicóticos, pero también niños con cocientes intelectuales normales, con dificultades de aprendizaje, sobre todo en matemáticas. Aunque algunos presentan un fenotipo característico, no está siempre presente. Las conductas autistas son frecuentes con aleteos, morderse las manos, eludir la mirada del otro, lenguaje perseverativo.

Este cuadro mejora tratado con grandes dosis de ácido fólico, siendo la mejoría más importante en la sintomatología psicótica. Este es, por ahora, el único trastorno de origen cromosómico que tiene tratamiento.

Las tres entidades descritas pretenden servir de ejemplo del tipo de patología a la que nos referíamos: cuadros en que los síntomas de desconexión pueden ser los únicos prominentes por períodos de tiempo prolongado. Así se confunden a menudo con los autismos y psicosis reconocidos como de base psicógena. Un diagnóstico neurológico fino o el transcurso del tiempo, que permitirá ver cómo van apareciendo signos neurológicos, dilucidará la verdadera razón de los síntomas y signos.

A las enfermedades descritas se agregan muchas otras que muestran rasgos de desconexión en unos casos y en otros, severa patología psíquica.

Las etiologías son muy variadas y se las ha descrito en el campo de las lesiones cerebrales neonatales o por accidentes vasculares, algunos tipos de epilepsia, las neurometabopatías, las enfermedades degenerativas del sistema nervioso, malformaciones congénitas del encéfalo, trastornos genéticos: génico y cromosómicos, enfermedades inflamatorias infecciosas y autoinmunes, tumores, trastornos musculares, disturbios hormonales, enfermedades hepáticas, acción de tóxicos y medicamentos, in útero o luego. También hipovitaminosis; cuadros de causa desconocida y de etiología múltiple.

Leucodistrofia metacromática: Enfermedad de la sustancia blanca que comienza a los dos años con deterioro del lenguaje y del intelecto. Padecen crisis de fiebre y dolor ab-

dominal. Progresivamente espasticidad, atrofia óptica con ceguera, temblores, convulsiones.

Leucodistrofias sudanófilas: Desmielinización con acumulación de productos de degradación mielínica. Hay desconexión, episodios de llanto y gritos, trastornos de la marcha con espasticidad, ataxia, trastornos visuales.

Adrenoleucodistrofia infantil: ya descrita.

Enfermedad de Krabbe: agitación, irritabilidad, espasmos inducidos por estímulos.

Hiperacusia. Rigidez progresiva en la forma tardía (después de los 2 años): ceguera, síntomas psicóticos.

Lipofuccinosis ceroida neuronal: sobrecarga lisosomal, afecta retina y corteza rápidamente. En la forma tardía de Spielmeyer-Vogt (después de los 5 años) hay atrofia óptica, convulsiones, disartria, deterioro intelectual lento y crisis psicóticas con alucinaciones.

Trastornos neurometabólicos.

De los aminoácidos:

Fenilcetonuria: trastorno de metabolismo de la fenilalanina. Frecuencia 1/10.000. Retardo mental. Convulsiones, irritabilidad, orina con olor a ratón. Piel, cabello y ojos más claros que sus padres. Desconexión.

Histidinemia. Retardo mental, mayor en el lenguaje (por trastornos de la memoria auditiva).

Homocistinuria: Trastorno del metabolismo del triptofano. Alteraciones del cristalino y vasculares. Tromboembolias. Psicosis y depresión intermitentes. Crisis de rabia y convulsiones.

Adenilsuccinina: Retardo psicomotor. Desconexión.

Trastornos metabólicos de los lípidos.

Gangliosidosis GM2 o Tay Sachs - 70% judíos Ashkenazy: Hiperacusia, irritabilidad, desde los 3 meses. Retardo severo. Hipotonía luego espasticidad, ceguera con mancha rojo cereza en retina. Macrocefalia. Convulsiones. En la forma adulta (11 a 67 años) trastornos espinales, cerebelosos, psicosis.

Enfermedad de Kufs: en adultos, síntomas psicóticos.

Hiperuricemia. Enfermedad de Lesch-Nyhan. Comienza a los 6-8 años. Retardo motor, movimientos extrapiramidales, luego espasticidad. Automutilación (comerse dedos y sus propios labios y dientes)

Trastorno del metabolismo del cobre

Enfermedad de Wilson (por déficit de ceruloplasmina) Trastornos hepáticos con cirrosis. Trastornos bulbares con dificultad para hablar y tragar. Temblores. Rigidez de músculos faciales. Aleteo. En los que comienzan después de los 20 años hay un 17% que se inician con trastornos paranoides, maniaco-depresivos, esquizofrénicos.

Trastornos de la biosíntesis de la hemoglobina

Porfiria aguda intermitente. Dolor abdominal, lumbar, muscular. Depresión, alucinaciones, crisis paranoides y de violencia, convulsiones.

Enfermedades degenerativas.

Corea de Huntington: Autosómica dominante. Coreatetosis. Hipomimia, disminución de movimientos voluntarios. Convulsiones, demencia. Puede comenzar a los 5 años.

Distonía muscular deformante.

Distonía con acentuada fluctuación diurna.

Coreoatetosis paroxística distónica familiar. Las tres con importantes trastornos emocionales (pero no demencia) que hacen frecuentes las consultas psiquiátricas.

Miopatías mitocondriales.

MELAS: Miopatía. Encefalopatía. Acidosis Láctica. Presenta rasgos de desconexión. Vómitos episódicos. Hipotonía. Convulsiones. Accidentes cerebro vasculares.

Enfermedades inflamatorias y autoinmunes

Corea de Sydenham. Componente de la Fiebre Reumática. Labilidad emocional. Inhibición. Trastornos del habla y la mímica. Movimientos coreicos.

Lupus eritematoso disseminado: Puede iniciarse con cuadros psicóticos. Lesiones vasculares. Convulsiones.

Panencefalitis esclerosante subaguda: Años después de la exposición al sarampión. Trastornos de la personalidad, del habla, la deglución y la visión con deterioro. Crisis mioclónicas. Rigidez de descerebración.

Sífilis terciaria: por afectación del encéfalo.

Malformaciones del Sistema Nervioso: Agenesia del cuerpo calloso. Anormalidades de la proliferación celular. Heterotopías. Retardo mental. Desconexión.

Facomatosis: Esclerosis Tuberosa. Dominante autosómico de expresi-

vidad variable. Gliosis por hipercrecimiento de astrocitos. Rasgos de desconexión muy frecuentes. Hipoplasia del nervio óptico bilateral. Ceguera. Desconexión.

Síndrome de Moebius. Parálisis congénita de músculos faciales. Hipoplasia del nervio facial. Sin mímica. A veces con distrofia muscular. Desconexión.

Hidrocefalia por malformaciones. "Cocktail party chatter". Disfasia semántica pragmática de Rapin. Discurso psicótico.

Trastornos genéticos.

Síndrome de Cornelia de Lange
Rubinstein-Taybi
Down
Williams (Hipercalcemia Idiopática)
Sotos (gigantismo cerebral)
Klinefelter XXY con trastornos psiquiátricos con agresividad.
Fragilidad del X
Cromosoma Y largo descrito en autistas
Cri du chat.

Déficit vitamínicos

Acido nicotínico. Pelagra. Dermatitis. Demencia. Diarrea. Irritable o apático. Delirante. Temblores en cara y manos.

Vitamina B₁₂. Deterioro neuropsiquiátrico con demencia, T.A.C. con atrofia.

Enfermedad celíaca. Se describen frecuentemente trastornos de conducta con retraimiento.

Trastornos hormonales.

Hipertiroidismo. Irritable. Nervioso, déficit de atención, concentración y memoria. Trastornos de conducta. Crisis de ansiedad y pánico.

Hipotiroidismo. Hipotonía. Retardo. Apatía. Desconexión. Somnolencia.

Intoxicaciones crónicas.

Plomo. Irritabilidad. Dolor abdominal. Cefalea. Convulsiones. Deterioro.

Acción in útero: Síndrome fetal alcohólico. Facies peculiar, retardo, microcefalia.

Acción in útero: Síndrome por hidantoínas. Facies peculiar, retardo, microcefalia.

Epilepsias.

Síndrome de West. Crisis en flección que remedan cólicos abdominales en el primer año de vida, con rápida desconexión del medio.

Epilepsia parcial compleja o Epilepsias temporales. Crisis con automa-

tismo o con crisis de tipo psíquico, de rabia, de pánico. Trastornos del lenguaje, estereotipias, hiperkinesia. Ausencias típicas o atípicas.

Epilepsia con status eléctrico durante el sueño, con ausencias y crisis generalizadas. Entre los 4 y 10 años. Deterioro intelectual. Conductas psicóticas. E.E.G. despierto muestra espigas u ondas lentas. E.E.G. dormido: descarga constante de espiga onda lenta a 2 - 2 1/2 c/seg.

Afasia epiléptica adquirida o Síndrome de Landau-Kleffner. Comienza entre los 3 y 10 años con instalación brusca o progresiva de una afasia de comprensión que luego es mixta. Pueden o no tener crisis convulsivas con E.E.G. con ondas lentas y espigas. El paciente puede recuperarse y más tarde repetir el episodio afásico. Conducta de tipo psicótico con hiperactividad o inhibición. Jer-ga sin sentido.

Lesiones cerebrales.

Afasia de Broca. Lesión del analizador motor verbal con anartria o disartria. Leves dificultades en la escritura y en la comprensión del lenguaje oral. Hemiplejía y hemianestesia.

Afasia de Wernicke. Lesión del analizador verbal, incompreensión del lenguaje sin trastornos articulatorios. Apraxia ideatoria (del acto complejo). Hemianestesia y hemiparesia leves. Elocución carente de sentido. Ecolalia. Perseveraciones.

Apraxias. Trastornos de la actividad gestual estando intactos los aparatos de ejecución y con conocimiento pleno del acto a realizar. Debido a lesiones parietotemporoccipitales.

Dispraxias. En las infantiles hay trastornos del esquema corporal y de las relaciones espaciales de su propio cuerpo. Síndrome apráctico-asomatognóstico/ con apraxia espacial, trastornos de la personalidad y trastornos graves de la conducta.

Agnosias. Pérdida del valor de signo del objeto aunque puede captarlo adecuadamente. Ceguera mental. Lesión de la corteza visual primaria y áreas asociativas y pliegue curvo del hemisferio dominante.

Astereognosis en lesiones parietales bilaterales. Asimbolia táctil por falta de reconocimiento de los objetos que se tocan.

Agnosias espaciales, en lesiones parietales derechas. Negligencia de la mitad izquierda del espacio y de su propio cuerpo.

Asomatognosis, en lesiones temporoparietales derecha. Hemiplejías

y trastornos sensitivos izquierdos, apraxias, agnosia visoespacial, alucinaciones cinestésicas, falta de conciencia del defecto, fabulación para explicar los errores.

Apraxia ideatoria, en lesiones similares izquierdas. Dificultad para realizar gestos simples y para localizar sus miembros.

Trastornos sensoriales.

Visuales: Cataratas congénitas. Malformaciones oculares y del nervio óptico.

Lesiones corticales occipitales. Retinopatía del prematuro. Embriopatía rubeólica. Toxoplasmosis congénita.

Auditivas: Lesiones por anoxia-isquemia perinatales. Meningitis. Tratamiento con antibióticos ototóxicos. Múltiples cuadros genéticos con hipoacusia.

Insensibilidad al dolor: en los raros casos de estas neuropatías congénitas aparecen rasgos de desconexión.

Tumores.

Por acción directa sobre áreas que tienen que ver con la conciencia, la conducta, la cognición y el lenguaje.

Por trastornos reactivos: cambio de personalidad, conductas irracionales, alteraciones de los ritmos circadianos: del sueño, el apetito, control de la temperatura. Por hipertensión endocraneana: embotamiento, cefaleas, vómitos, disminución de la visión.

En la consulta neurológica de un niño con rasgos de desconexión se plantea, al mismo tiempo que un diagnóstico psicológico, el buscar motivos neurológicos que puedan incidir en el cuadro.

Se procede al examen físico y neurológico, lo más completo que sea posible en ese momento. Si es difícil, se lo completará en otras entrevistas.

El E.E.G. de vigilia y de sueño es necesario para diferenciar conductas atípicas en crisis y en la presencia de deterioro progresivo o "ausencias".

Dado que algunos medicamentos antipsicóticos pueden desencadenar convulsiones, el E.E.G. previo ofrece un elemento de resguardo al paciente.

La Tomografía Axial Computada de Cerebro, con o sin contraste, y la Resonancia Magnética Nuclear permiten descartar y diferenciar lesiones atroficas, malformaciones, hidrocefalias (en aumento o no), tumores, quistes, así como enfermeda-

des desmielinizantes. En muchos casos también son normales.

Los Potenciales Evocados Visuales, Auditivos y Somatosensitivos permiten comprobar la indemnidad de las vías en caso de duda.

La investigación neurometabólica es necesaria por la gran cantidad de estas patologías que debutan con rasgos de desconexión. El diagnóstico positivo permite ofrecer a veces tratamiento dietético o medicamentoso específico.

La genética y sus estudios cromosómicos, permiten hallar cada vez más frecuentemente las bases sobre las que se asienta un sistema nervioso malformado o lábil, que así hace que sea más fácil la expresión de esta patología.

En los casos de fragilidad del X ofrece un tratamiento específico.

Esta reseña, aunque sin detallar toda la patología neurológica que es capaz de expresarse con sintomatología psíquica grave, pretende alertar sobre la necesidad de la búsqueda de las posibles causas orgánicas, en los pacientes autistas y psicóticos ■

Bibliografía

- Jerusalinky y colab., Psicoanálisis en problemas de desarrollo infantil, Owen H. Foster, Cap. XII Autismo en Neurología Infantil, Ediciones Nueva Visión, 1988.
Fejerman, Natalio y Fernández Alvarez, Emilio, Enfermedades neurológicas con manifestaciones psiquiátricas iniciales o predominantes, en Neurología Pediátrica, El Ateneo, 1988.
Ajuriaguerra, J. de, La organización psicomotriz y sus perturbaciones. Trastornos psíquicos por afecciones cerebrales conocidas, Las psicosis infantiles. Toray-Masson, 1979
Menkes, John H., Neurología Infantil, Salvat, 1978.



**LIBRERÍA
PAIDÓS**

CENTRAL DEL LIBRO PSICOLOGICO

Nuevo Servicio:

PSICOLIBRO
club

Con una Suscripción Anual de
U\$S 10. -Ud. recibirá:

REVISTA:

En forma gratuita con toda la información "PSI" para estar actualizado de todas las novedades bibliográficas y eventos.

PROMOCIONES Y OFERTAS:
Serán anunciadas en cada revista.

REGALOS:

De acuerdo a su compra anual
**CUENTAS CORRIENTES
VENTA TELEFONICA CON TARJETA
COMPUTADORA AL SERVICIO DE
LA INFORMACION**

**Av. Las Heras 3741, Local 31
Capital - Tel: 801-2860**

La vivencia de satisfacción y la patología grave temprana

Un Informe

Ricardo Rodulfo*

Voy a informar escuetamente acerca de la historia de una sorpresa y el recorrido a que dió lugar. Tiempo hubo en que las ficciones metapsicológicas freudianas, *as a whole*, eran para mí un poco como cuentos de hadas abstractos: algo que el intelecto aprecia, algo que incluso se disfruta estéticamente, pero que no es para usar en el trabajo cotidiano, pues no parece corresponder a ningún hecho 'visible'. Y fueron los vericuetos de la clínica los que me obligaron a asociar, imprevisamente, algunos de aquellos conceptos, dándoles un florecimiento inesperado, una encarnadura de la que, como mitos, carecían. Los hechos clínicos en cuestión pertenecen a patologías autistas de variable intensidad, a depresiones tempranas, recorren el campo de diversas adicciones, involucran funciones tan actuales como lo que me tienta llamar el *pornosexo* —vale decir, un estereotipado pasaje al acto de lo sexual, no mediado por lo erótico, no montado en una fantasmática cuanto en su ausencia—. Y la enumeración podría seguir, pues abarca todo género de cosas que, para formularlo de una manera torpe, me llevaron a preguntarme 'por primera vez': ¿qué es la satisfacción?. En verdad, si de todo

* Prof. Reg. Titular de Psicol. Clínica de niños y adolescentes. Prof. Titular de Psicopat. Infanto-Juvenil. Director del Progr. de Postgrado en Clínica psicoanalítica de Niños y Adolescentes, Fac. de Psicología U.B.A. Concepción Arenal 2461 6º "A", Cap. Fed. Tel. 774-0423



aquello privilegiara algo sería el eje del autismo y sus transformaciones como las piensa Tustin —es decir, mucho más allá del 'cuadro' psiquiátrico— en tanto conducen a un nudo: el de la transferencia a objetos no humanos o el de la satisfacción buscada en un cortocircuito que saltea la apelación a la intersubjetividad.

Por otra parte, he venido intentando(1) pensar lo atinente a la satisfacción y al cuerpo en términos de un modelo (pero también *más* que eso) de *escritura* —y añadiría, de escritura musical— sin duda muy estimulado por Derrida y por la creciente convicción de que sólo un modelo de *escrituras* puede dar mediana cuenta de la heterogeneidad del psiquismo (ya muy subrayada en las concepciones de Freud)(2). Esto ya transforma un poco mi primera pregunta, llevando la cuestión al problema de la *escritura* de la satisfacción. Un poema de Vian penetra en esto de un modo que sería notable (Si no fuera ya tan consabido que los artistas hacen punta). Y se llama Libertad. Transcribo la última estrofa:

Sobre el llano de tu vientre,
sobre tus muslos abiertos,
sobre la causa de tu misterio,
escribo tu nombre .
Vine en medio de la noche
para garabatear todo esto.
Vine por tu nombre,
para escribirlo con mi esperma.

A un analista esto le recuerda muchas cosas, como el problema de la inscripción de la vagina. Pero

además, yo no tomaría este carácter de tinta que aquí tiene el esperma como una metáfora más o menos feliz. Siguiendo a Derrida, pondría "metáfora", apuntando a la literalidad del escribir en juego.

Ahora espacio:

— Un joven esquizofrénico se queja de a la vez estar "lleno de pensamientos" y de "no poder pensar". Plantea así la imposibilidad no tanto de pensar como del *placer* en pensar, punto ya agudamente destacado por Hochman(3).

— Como tantos de sus congéneres, un niño autista en sesión, mientras se balancea, sistemáticamente aparta la cabeza de la fuente sonora cada vez que le hablamos. Respuesta contrauniversal, abjura del encuentro libidinal entre una voz y una oreja y va desmantelando el escuchar hasta llegar a provocar la pregunta diferencial por la sordera (en casos ya más avanzados).

— La madre de Karen(4) compone, para tolerar el amamantamiento, una escena de escritura singular: lo lleva a cabo mirando la T.V. La niña, llorona y malprendida a su turno, desarrolla una anorexia como uno de los elementos de su depresión temprana, con estados de abatimiento manifiestos no tan típicos.

— Otro muchacho —cuya homosexualidad apenas mantiene a raya formaciones psicóticas apenas latentes— pasa por la siguiente experiencia: durante una cena con pares se le impone, en el espanto de un silencio total, la certidumbre alucinada de que *es él* la comida dispuesta en los platos.

— Aparentemente heterogéneo, el siguiente fragmento merece injerarse por cuanto contribuye poderosamente (en su frecuencia) a componer un tapiz de patologías de la satisfacción. Es una adolescente cuya inhibición orgásmica, mucho tiempo hermética al análisis, por una vez enciende la imagen plástica (no carente de belleza) de un globo ascendiendo hasta que revienta en el aire. Peligrosa belleza de la intensidad y de la intensificación, que desemboca en un fantasma de explosión invariablemente hallable en los niveles fóbicos más originarios (y a veces, más difícilmente analizables, más inelaborables: punto de terror ciego, tan delirógeno como cualquier otro). Como tal, es tentador oponerlo a un *fantasma de implosión* autista, harto menos es-
trudoso.

Pasando la primera versión, más 'filosófica' en su aspecto, de la pregunta por este pequeño pero acusado grupillo de transformaciones, sale bajo esta forma; ¿qué funciones cumple la satisfacción, sea lo que fuere, en la formación del psiquismo? O (y) también: ¿qué condiciones debe cumplir algo para poder funcionar como satisfacción? Vale decir, repensar su estatuto en nuestro quehacer(6).

En un momento u otro, planteadas así las cosas, tenía que volverme a los textos, no tantos, de las escrituras de la satisfacción. En primer lugar, allí descuello uno, uno de aquellos áridos de clínica durante largo tiempo, el pasaje más metapsicológico de Freud sobre este tema(7). Lo primero que cabe observar es que, conceptualizada y no descripta, la satisfacción ya no se encuentra en la peladura solitaria de lo 'orgánico': se declina, en un redoblamiento singular, como "la experiencia de la vivencia de satisfacción". Nueva transformación, entonces, que se impone a la pregunta inicial que le dirigimos. Y esto en medio de un viraje que da el capítulo, abocado a la construcción de un aparato psíquico; habiendo estructurado una tópica para alojar el deseo inconsciente, se ve llevado ahora Freud a interrogarse por la dimensión histórica no sólo subyacente, fundacional; activa cada vez de nuevo. Será para nosotros decisivo que justo en este punto de constitución se abra paso "la experiencia de la vivencia de satisfacción". A continuación informaré de mi desmontaje.

Lo primero que me interesó, *clínicamente* hablando, es que el texto no reduce las cosas a una ficción, mítica o fantasmática. Retomando la expresión de Doltó(8), que toma bien en serio lo de *experiencia*, la satisfacción debe ser "efectiva", 'en serio', como dicen los chicos cuando quieren espaciar, para que una serie de efectos tengan su lugar(9). Lo cual, por otra parte, en modo alguno excluirá o rebajará, según veremos, el lugar de lo mítico. (Ya es hora de desabonarnos a ciertas disyunciones). Pero en fin, digamos, el mismo *redoblamiento* ("la ... de la ...") enfatiza el carácter de *acontecimiento* —que en otro lugar diferenció del hecho empírico a secas— (10) en la emergencia de la satisfacción. Como que, retomando el despliegue del texto, de un lado están las que Freud designa como "gran-

des necesidades corporales" y tras desfilarse por "la experiencia de la vivencia", del otro unas demasías de huella: la subjetividad(11). El acontecimiento de la satisfacción trabaja deslindando un *antes* y un *después*; Freud lo sitúa en el centro del corazón del modelo. Y me pareció muy interesante que este posicionamiento interpele una doble tradición en psicoanálisis, convergente en hacer de la satisfacción algo 'fisiológico' (por lo tanto, ajena a nuestro campo), en oposición al deseo 'psíquico': la de los 'instintivistas' freudianos (v.gr., Fenichel)(12) y su manifiesta antítesis: el estructuralismo vía Lacan. Como curioso que quienes se suscriben al organicismo mostraran, a su manera y de hecho, una mayor lucidez (¡la lucidez de las retaguardias!). Porque bien en vano buscaríamos, en un tratado de fisiología sensu stricto, alguna referencia a la satisfacción: donde no está en juego la subjetividad, es superflua la categoría de la satisfacción. Ni se diseñan análisis de laboratorio que midan sus coeficientes.

Freud en cambio *la escribe como marca, huella, paso*. No cualquiera: marca → matriz(13). Si nos volvemos al poema de Vian, en iluminación cruzada con este texto, podemos pensar eso irreductible, imborrable (pero no invariable) de la vivencia de satisfacción como un *primer nombre* de la subjetividad, escrito con los líquidos corporales, primera transformación consistente del "...Ello era ...".

Por otra parte, mi idea es la siguiente: conviene distinguir con el mayor cuidado (y se puede hacer sin recurrir a trucos sobre el texto freudiano) el plano de *determinada* satisfacción, de satisfacciones tales y cuales, del plano del *hecho* ("la experiencia ...") de la satisfacción. Si el subrayado cae allí —por ejemplo, en un énfasis sobre 'lo oral'— la concepción del psiquismo y en particular del deseo será inevitablemente nostálgica. Sea histórica, sea mítica, eso nada importa: la satisfacción y el movimiento deseante que desencadena apuntarán siempre a una arca. Frente a esto, que la búsqueda sea de lo que se obtuvo o de lo que jamás, es sólo una diferencia de segundo orden. Mientras que, en cambio, el acento desplazado al acontecimiento (pleonismo: transformador) de la satisfacción instaura una suerte de protojuicio "en el lenguaje de las pulsiones ...": *existe satisfacción*. 'De eso hay. Las repercu-

siones, los efectos, de tamaño escrituración son inconmensurables. Sobre este punto, cabe la sospecha de hasta qué grado el relegamiento, en el interior del psicoanálisis, de la satisfacción y del placer *efectivo* al orden de lo fisiológico, no es una continuación resistencialmente orientada de la vieja crítica religiosa del 'hedonismo' freudiano. Pero la confrontación y la confluencia de un gran manojito de hechos clínicos con textos éste y otros, nos piensan (la satisfacción) de otra manera: escritura subjetivante y, agregaría yo, *dadora de sentido*. En rigor, lo agrega también Freud: a partir del descubrimiento, del establecimiento de (que existe la) satisfacción, se abre una dimensión de *direccionalidad* en el incipiente aparato psíquico, en suma el recorrido del deseo por su cumplimiento, que no es una vía cualquiera. Es más; si resulta tan esencial el estatuto del deseo como *motor* (dando incluso lugar, en ciertas épocas del psicoanálisis, a una retórica tan huera), como fuerza impulsora, "núcleo de nuestro ser", es porque en su andadura, en su insistencia, en su irreductibilidad más primitiva, funciona a su vez como una especie de *juicio de creencia* sobre la existencia de la satisfacción. La supone. O se derrumba. (Lo cual no es lo mismo que decir que el deseo cree en la existencia de *tal* satisfacción). Es lo que en su propio lenguaje imagina Freud al concebir la ficción de un aparato anterior a "la experiencia de la vivencia", funcionando entonces por pura y masiva descarga, en un régimen totalmente ciego al sentido, sin orientación alguna. Lo que podemos agregar es que, si no tenemos motivo alguno para suponer un aparato 'antes', sí los tenemos —y bien de orden clínico— para imaginar que así *funcionaría* el aparato si la categoría de "la experiencia de la vivencia" fracasara en escribirse. Los fenómenos de hipertrofia sensorial exasperada, y de aborrecimiento de la estimulación exógena, y el desmantelamiento de las escrituras en el autismo y en la depresión anaclítica, aquí se nos imponen.

Aún, el mismo párrafo (claro que no *per se*, sino a través de la retroacción de la experiencia clínica sobre él) permite destacar otra distinción: la que el texto realiza al decir "cumplimiento del deseo" y, sincrónicamente, "moción" de deseo. En otro lugar(14) ya consideré útil tomar en cuenta una diferencia entre el deseo

como cierta culminación, realización de un contenido, y el desear en tanto recorrido, trabajo de fuerza, actividad orientada por y (apuntalada en) la vivencia de satisfacción. (Cuales sean los destinos y peripecias de tal moción cae fuera de este informe).

Y otro punto de también una larga insistencia(15) es el que concierne a una habitualmente muy deficiente concepción de necesidad en psicoanálisis, concepción que al reducirla a una 'necesidad orgánica' perfectamente mitológica la hace inservible para los usos clínicos. Es muy distinto escribir que la experiencia de la vivencia de satisfacción es (condición) *necesaria* para el despliegamiento de la deseancia y, arrastrado por ella, del aparato todo.

Pero ahora recapitulemos. ¿Cuáles son los resultados de "la experiencia de la vivencia", cuáles los efectos de su establecimiento histórico? Por lo menos tres direcciones 1) Constitución de un movimiento deseante que ya no abandonará jamás el psiquismo y se constituirá en un eje organizador de psiquismo. 2) Ligadura (y éste es un término que Derrida nos ha enseñado a apreciar muy bien)(16) a un objeto humano, dimensión que Freud hace intervenir muy rigurosamente: sin "el auxilio ajeno") la vivencia de satisfacción no se puede componer. "La experiencia de la vivencia aparece entonces como el medio, el puente, para abrochar el psiquismo a un objeto humano (posicionado sobre todo, esquemáticamente, como función materna). De nuevo advertimos que no es una satisfacción de pequeño circuito 'orgánico' la que se pone en juego (la que pone el juego en juego): es una satisfacción *humanizante*, que liga subjetividades y pasa (por) subjetividades. Y 3): escritura en el cuerpo del paso por ahí de "la experiencia de la vivencia". Corregir: escritura *del* cuerpo. No hay un cuerpo 'anterior', una hoja en blanco en la cual la satisfacción se escriba. En verdad, si eso pasa, pasa sí después. Al nivel que como psicoanalistas nos interesa (aunque no nos interesa sólo a nosotros), el cuerpo se escribe, mal o bien, *se va escribiendo* a través de la vivencia de satisfacción (y el gerundio denuncia que el singular es una comodidad expositiva: de hecho, se trata de miríadas, de galaxias, de *n* variaciones. Un tejido y no un punto en el espacio). Desde Piera Aulagnier, *pictograma* es un buen nombre para estas

marcas de cuerpo, afectos de la escritura.(17)

Por otra parte, si la vivencia de satisfacción, entre otras cosas, hace ligazón a objetos humanos en posición de Otro primordial, eso mismo disuelve cualquier disyunción exclusiva entre lo histórico y lo mítico, porque a través del "auxilio ajeno" —incluso y sobre todo el más 'fehchable', el más crasamente empírico— entra en masa la dimensión fantasmática interviniendo *sobre el punto mismo* y en el interior más elemental de "la experiencia de la vivencia", para nada sólo limitándola por fuera: *configurándola* con violencia. Lo cual torna inútil, estéril, toda oposición demasiado radical para separar acontecimientos efectivos de mitemas: sencillamente se intrincan los unos en los unos. En cambio, retomar la fuerza (Erós) del concepto de ligazón, ligadura, y más aún: la fuerza de la ligadura en la construcción misma de la teorización analítica en su envión más fresco, hace retroceder cualquier formulación que plantee un ser estructurado pasivamente (poco importa si vía significantes o vía condicionamientos). Porque —y de ahí también el *redoblamiento*, el no contentarse con "la vivencia" la satisfacción no se concibe como un *estado* sino resultado de una *exigencia de trabajo* y de un trabajo de ligadura. Esta, no la regalan, si bien esto y aquello de la función la regulan. Y si acaso la consideramos el trabajo más rudimentario, no lo es sin ser también el más capital como trabajo de dar sentido al estar en el mundo, que amarra al cuerpo y amarra a objetos humanos. Ninguna esencia ya(18), la subjetividad no es otra cosa que el recorrido de estas amarraduras.

De lo que Freud no se ocupa (pues no hay a su disposición clínica para eso) —dando por sentado la constitución de "la experiencia" — es de ¿qué ocurre si la vivencia de satisfacción, como categoría, fracasa? ¿Qué clase de estrépito —recordemos la pesadilla — puede ser esto? ¿Qué puede ser el fracaso de la "ligazón con lo corporal? (también dado por hecho cumplido). En verdad, son estas interrogaciones las que justifican todo este rodeo por la metapsicología clásica o, ya ahora, 'clásica'. Por ellas, se liga lo anterior a las cuestiones más acuciantes de las patologías contemporáneas. Mi punto de vista, para empezar, es que tal fracaso no es una "ausencia de

estructura" (de escritura) (Lefort); más bien lo concibo según el modelo de la neoformación, como una transformación aberrante. Pero bien positiva. Des-establecida "la experiencia de la vivencia", tenderá a preponderar y fijar sus condiciones una, muy distinta en lo fenoménico pero que Aulagnier ha expuesto muy bien como no es sino la intensificación desigual de algunas potencialidades de la otra; la experiencia del deseo de no desear (19). Lo cual vuelve esencial no confundir la insatisfacción —reverso de la satisfacción escrita sobre la misma medalla— con su contrario: lo que me inclino a llamar *desatisfacción* o *satisfacción* negativa. La insatisfacción solo puede existir —incluso conceptualmente— presuponiendo *absolutamente* la satisfacción (es fácil comprobar esto en el examen de los sueños diurnos neuróticos y no neuróticos). La desatisfacción es muy otra cosa: *es ella quien existe*, apuntando sin ambages a su particularidad más radical: no hay eso de la satisfacción en la dimensión intersubjetiva (a diferenciar del 'a veces falta', 'aún falta', 'a mi me falta', etc. regímenes todos propios de la satisfacción). O mejor aún: *de una subjetividad a otra, en el campo que conforman, hay desatisfacción*, trazo de lo tanático. El chico que se tapa los oídos en sesión califica así de insatisfactoria —por intranquilizante, o lesiva al narcisismo y sus ínfulas— una interpretación que se resiste no del todo a seguir escuchando. Pero el autista no aparta la cabeza por el contenido semántico de lo que le decimos: el *hecho* de la interlocución es lo rechazado, de ello nada bueno puede provenir.

Con esto aclarado, concluiría desplegando —y para que así permanezca hasta un tratamiento más detallado— un grupillo de transformaciones en el seno del cual "la experiencia de la vivencia" puede pensarse como en cierta posición de privilegio lógico, sólo que, clínicamente hablando, el descentramiento es mayor: no es más que uno de los destinos posibles. Y hay que escribirlo con muchos trabajos. Hasta ahora, distingo en este grupo: a) *vivencia de anonadamiento*, al punto de la licuefacción (Tustin) como característica del terror con que en el autismo se experimenta cualquier avance del "auxilio ajeno"; b) *vivencia de goce del Otro*, tan violentamente subrayada en el material del adolescente devorado (v. supra), co-

mo paradigmática de la experiencia psicótica del estar con; c) *vivencia de aniquilación*, colapso ante un Otro odiante, que he procurado puntuar en mis trabajos acerca de las formaciones depresivas (20); d) *vivencia de explosión*, que asimila toda intensificación pulsional a *peligro a evitar*, en la experiencia fóbica del mundo (y no hablo de los niveles edípicos corrientes de la *neurosis fóbica*, hablo del corazón de la fobia como *trastorno originario* en la estructuración de la corporeidad). A todo esto hay que añadirle, por lo demás, el problema de la restitución, es decir, de la tentativa de curación. Pues si el sujeto no ha de morir (lo que *también* ocurre), algo de lo de la satisfacción debe escribirse. Hasta aquí, la matriz restitutiva de mayor interés para la investigación, y de mayor dificultad para cualquier tipo de cura, nos la ofrece el autismo, y más allá de su entidad específica de 'cuadro', como respuesta que a la desatisfacción en lo humano descerraja la hipertrofia de lo sensorial desimplicado de cualquier circuito de demanda, lo cual puede arrojarnos una nueva luz sobre la problemática de las adicciones y sobre su esencia como patología.

Porque, en definitiva, para morir "a su propia manera" una subjetividad debe por algún vericuerdo, por la contorsión que fuere, anidarse en la vida. Y eso solo se hace con algo de lo de la satisfacción ■

Notas

1. v. en particular el seminario "Estudios Clínicos" (1989), Ed. Tekné y Ed. Centro de Estudiantes de Psicología, UBA.
2. Un momento capital en la reflexión al respecto es el texto de Derrida, "Freud y la escena de la escritura". En "La escritura y la diferencia". Ed. Antrophos, Buenos Aires, 1989.
3. Revista de la Escuela de Psicoterapia Nº 14, 1988.
4. Cristina Fernández Coronado, "Crónica de una depresión temprana" en Rodolfo, R., (comp) "Pagar de Más", Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1989.
5. Una exposición detallada de este material en "El Niño y el Significante", Cap. II, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1988.
6. Para lo cual no basta en modo alguno con cierto elogio de la Insatisfacción neurótica, ya todo un lugar común en el que caen —no sin necesidad— rutinariamente muchos psicoanalistas que aplanan así cuestiones más complejas involucradas en la *diferencia* de satisfacción (v. satisfacción obtenida/satisfacción buscada) y en la satisfacción como diferencia. Pero correr a proferir ese elogio simplista reprime montones de cosas.
7. "La interpretación de los sueños", T. 5.,

- pág. 557, Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
8. Particularmente, en "La imagen inconsciente del cuerpo", Ed. Paidós, Buenos Aires.
 9. Por distintos caminos, Winnicott (ningún valor estructurante de la frustración en la temprana infancia), Lefort (el pequeño no debe ser castrado en un principio), Tustin, etc. También lo dicen, entonces, *no por casualidad*, los psicoanalistas con mayor experiencia personal en el trabajo con niños. Lo cual implica una perspectiva diferente sobre la satisfacción de aquel que sólo trabaja con un niño *reconstruido*.
 10. En "Clínica Psicoanalítica con Niños y Adolescentes Una introducción", Ed. Lugar, (en coautoría con Marisa Rodulfo), Buenos Aires, 1989.
 11. Sobre esto, v. Derrida V., op. cit. El lugar infraestructurante de la *memoria* está magistralmente rescatado aquí.
 12. v. por ej. como reduce toda la problemática del deseo y sus recorridos al modelo simplificador del arco reflejo. En "Teoría psicoanalítica de las neurosis", Ed. Paidós, Buenos Aires.
 13. Sobre esto perfila Green la acertada denominación de "matriz vivencial". "De Locuras privadas". Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
 14. "De Las fobias universales a la función universal de la fobia", Rev. Escuela de Psicoterapia ya citada.
 15. En casi todos los textos ya evocados.
 16. Sobre todo, "La tarjeta postal", Ed. Siglo XXI, Buenos Aires, 1987.
 17. Estoy también refiriendo a Aulagnier y Green, los autores que más insisten sobre un tiempo de estructuración en que afecto = representación.
 18. En el campo del psicoanálisis, es J. Lacan quien más ha hecho por una deconstrucción de la noción de esencia.
 19. Propongo esta rectificación, o más bien este deslizamiento, al "deseo de no deseo" que Piera Aulagnier forja en "La violencia de la interpretación", Cap. I, Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
 20. El mito Primordial del depresivo y La clínica del rostro y el ataque depresivo, ambos reeditados por Actualidad Psicológica, en 1990.

Dirección de la cura en niños

PSICOTICOS

"... le enseñamos a coser, a hacer costura entre su síntoma y lo Real parásito del goce (...) Volver ese goce posible (...) implica saber cuál es el nudo y coserlo bien gracias a un artificio".
J. Lacan. *Le Sinthome*(1)

*Aurora Favre de Dimarco**
*Rubén Mario Dimarco**

Introducción

La singular posición en lo real a la que queda expuesto el niño psicótico como efecto de la *forclusión del Nombre del Padre* (Lacan) plantea enormes dificultades en la consecución de un tratamiento posible. La radical perturbación en los procesos indentificatorios al no establecerse la *Bejahung* (Afirmación primordial) deja al niño en una extraña, perturbadora, amenazadora relación al Otro. Relación fuera del reconocimiento simbólico del Otro. Esto ha planteado modalidades muy particulares en la dirección de la cura a través de los diferentes niveles psiquiátricos y psicoanalíticos.

Un poco de historia

Procuraremos hacer un análisis histórico-crítico de propuestas psicoanalíticas que a nuestro entender ofrecen interesantes puntos de coincidencia que contribuyen —junto con la puntuación de las diferencias— a ir construyendo un armazón teórico-clínico que funcione como soporte posible de la actuación psicótica, del delirio, de la alucinación. Armazón que no encontrará "su medida sino en las vías de la docta ignorancia" al decir de Lacan(2). Adentrarnos en diferentes concepciones nos permite valorar en toda su profundidad la conclusión de Winnicott "a la larga el paciente aprovecha los fallos del analista... triunfamos gracias al fracaso"(3). Comencemos con tres modalidades ya clásicas:

Bettelheim: "Para poner nuestra filosofía en práctica tuvimos que crear un medio ambiente muy específico (Escuela Ortogénica), un organismo social muy particular que sería la matriz dentro de la cual los niños podrían empezar y desarrollar una nueva vida"(4).

Mahler: "Nuestra hipótesis sostiene que la evolución, la dinámica, la patogénesis deben ser reconstruidos (resturados) por obra de nuestros más firmes esfuerzos tendientes a reconstruir la simbiosis madre-hijo de la original unidad dual, considerando que la alienación o interrupción de esa simbiosis fue la causa primera de la fragmentación psicótica del yo" y

Tustin: "La necesidad primera y más urgente del niño psicótico reside en poder sentir que la violencia explosiva que amenaza con hacer todo trizas puede ser mantenida y contenida en un marco capaz de resistirlo. Cualquiera método de tratamiento que se aplique debe tener en cuenta que ese tipo de niños se sienten dominados por el terror"(6).

Tres maneras de delimitar la causalidad, de posicionarse frente a la demanda y responder —en principio— desde experiencias correctivas reparadoras en un marco continente.

Los modelos teóricos de Anna Freud, de Hartman o de Klein que sustentan estas tres modalidades (conceptos de trauma, de frustración, de desarrollo) desgajadas de la *referencia al deseo* (Lacan) condicionan estas respuestas terapéuticas en el sentido de lo anteriormente señalado. Sin embargo en la clínica que se lee en estos autores aparecen ciertas maniobras que a nuestro entender pueden pensarse como búsqueda de establecimiento de alguna escena

en el sentido simbólico. Así es como en el relato que hace Bettelheim sobre un niño que observaba compulsivamente a los trenes durante horas cuando vivía con sus padres ("mucho después supimos que lo hacía para estar seguro de que el tren no se saliera de la vía y lo atropellara")(7), en la Escuela pudo construir con su cama "una estación ferroviaria simbólica" durante semanas con libertad desplegó una actividad espontánea con materiales específicos para que allí en su cama todos los trenes permanecieran inmóviles. Bettelheim dirá que este niño pudo hablar de su angustia solamente después de utilizar su invento protector, escogido por él mismo. Un ejemplo clínico que presenta Mahler(8) también da cuenta de planos de sustitución que operan simbólicamente como surge del relato de cómo se trabajó la primera actividad que Bárbara, niña de 6 años, desplegó desde el principio de su tratamiento: defeca en el cuarto de juegos y juega con sus heces. La terapeuta aceptó, acompañó, durante semanas a la niña hasta que ésta recurrió al barro como medio sustitutivo de expresión. Es evidente que esta clínica avanza por un itinerario en lo real aunque por momentos entre en impasses obturantes cuando se postula en la teoría como "correctiva", "educativa"(9). Momentos de una clínica que muestran algo del modo de la apropiación subjetiva. Estos textos se enriquecen recordando por un lado la elaboración freudiana acerca del concepto de *representación* (*Vorstellung*) y su articulación con *prueba de realidad* y *pérdida de realidad*, como también con las diferentes modalidades de combinatorias o *anudamientos de los tres registros lacanianos*

* Psicoanalistas. Directivos de la Fundación CISAM.
Acevedo 1788. Tel.: 71-3386

(real-simbólico-imaginario) y la singular concepción del objeto "a". Esto tiene sus consecuencias en la clínica. Lacan alerta en "La dirección de la cura" sobre las implicancias y los límites de la teorización kleiniana en torno a las fantasías que "se reducen a la imaginación" y que "no entrevee la categoría del significante" (10). El trabajo con niños psicóticos o autistas plantea un cúmulo de intervenciones que convocan al amor, la rabia, la impotencia, la pasión. Hay una ética en juego que va más allá del bien hacer, del bien decir: se trata de la *ética del deseo*. Esta ética implica una concepción de sujeto, de yo, de relación al Otro, de objeto. No es lo mismo el objeto simbiótico (Mahler), el objeto transicional (Winnicott) que el objeto a. No es lo mismo que nos movamos con la aspiración (aunque pensemos sea inalcanzable) de completitud que la aceptación de la incompletitud infinita (Cantor). En el trabajo con el niño sobre los procesos de *asunción identificatoria*, por la inflexión narcisística en juego, se produce una búsqueda de totalización unificadora propia de la fascinación imaginaria. Por la intensidad con que se plantea puede hacer olvidar al analista que su trabajo es siempre sobre el horizonte radical de la pérdida, de la diferencia. Delicado equilibrio que se plantea cuando estos tratamientos exacerbaban en los terapeutas aquello que planteaba Freud de que "esta técnica es la única adecuada para mi personalidad" (11). Volvamos a tomar el tren, ahora el de Klein, es decir el de Dick. Conmueve la convicción de la analista para creer en el Edipo de este niño, para bañarlo con aquellas palabras tan significativas: "Dick-tren" (tren pequeño); "Tren-papito" (tren grande); Dick dice: "estación"; Klein: "La estación es mami", Dick está entrando en mami" (12). Qué se ordena entonces en cuanto al lugar de este niño en el deseo de la madre? Hay una apuesta del niño que advendrá puesta en escena a partir de la interpretación a la que Lacan se refiere como "injerto de simbolización" (13) (Lacan dirá también que Klein no interpreta nada aquí, habla de "enchapado"). El



niño tiende así a entrar en una vía muerta de circulación. Entrar en mamá (entrar en escena) apuntaría a dejar de "ser objeto en el fantasma de la madre" (14) tal el lugar-no lugar según Lacan que ocupa el niño psicótico en la estructura.

Precisamente en el niño psicótico no hay circulación, pero esto que Mahler plantea como la imposible separación-individuación en la relación niño-madre tiene que ver con el trastrocamiento simbólico que no posibilita la *operatoria de alienación/separación* necesaria para la constitución subjetiva. Esencialmente no hay circulación significativa. Sabemos que el sujeto adviene entre los intersticios de un significante y otro. Nos resulta de enorme valor clínico el concepto de holofrase de Lacan para entender que en verdad se trata de la fusión del significante más que de una fusión de la madre con su hijo. Concepto que podemos articularlo con las consideraciones que hace Lacan sobre el objeto transicional de Winnicott para decir que "lo importante no es que el objeto transicional preserve la autonomía del niño, sino que el niño sirva o no de objeto transicional para la madre" (15).

"Sentado sobre mis rodillas, Roberto comía... bebía la leche del biberón en mis brazos pero él mismo sostenía el biberón. Sólo más tarde pudo soportar que yo sostuviera el biberón como si todo el pasado le impidiese recibir a él, de mí, el contenido de un objeto tan esencial" nos cuenta Rosine Lefort (16). Hay que hacer maternaje o parentalización se dijo. Sin embargo la construcción que está en juego en el análisis de Roberto —interpretación mediante— es que la analista no sea

una madre para él. Para esto ella tendrá que trabajar con la desidealización de ese lugar de narcisismo necesario para el niño. El movimiento del yo ideal al ideal del yo tiene que ver con marcar diferencias; ella como no toda; ella como soporte de un papel de madre en un tiempo devoradora, en otro tiempo reparadora. Decimos papel ya que se trata de una representación dentro de la escena de oralidad por la que transita Roberto en su tratamiento. Se trata de una oferta como cualquiera en el sentido estricto de que todo objeto es esencialmente objeto cualquiera (17). El rico proceso de alienación (narcisismo) que se establece a partir de estas experiencias, como aquellas que se producen con las heces implica trabajar sobre el horizonte de la aparición de lo que Lacan llama objeto "a" que como dijimos tiene que ver con la falta. Estas experiencias pueden convertirse en condensadores de goce en el que queda atrapado el niño y el terapeuta (clausura narcisista). La "palabra como acción dramática" (Maci) pone límite a ese goce. Se establecen bordes. Lo fundamental del *espejo* está en lo que no espeja pero espejando, claro está. Decimos claro está para volver a destacar que hay un aspecto fundamental de presencia del terapeuta que a veces le hace creer que le está ofreciendo al niño aquello que —por el tipo de demanda— exige "la provisión de una estructura de apoyo al ego que resulta relativamente indestructible" (18) al decir de Winnicott. La oferta de imago puede resultar una verdadera actuación recíproca por parte del terapeuta en tanto se ofrece para contrarrestar la fragmentación psicótica mediante la unificación marmórea de una estatua aunque sea de la mamá más buena. Es necesario encontrar la verdadera dimensión metafórica del modelo de Otro primordial como faro que ofrece Mahler, es decir se trata de tomar el modelo de iluminación con sus alternancias de luces y sombras. El recurso técnico de incluir a la madre en las llamadas sesiones vinculares, o al padre u otros familiares pueden tener valor de rectificación de discurso y de modalidades de acción

que se consideran patógenas. Pero los verdaderos efectos en las estructuras —si las hay— tanto individuales como familiares, tienen que ver con determinadas *maniobras* (que siempre son *de la transferencia*) que posibilitan o no nuevas combinatorias. Destacamos así de nuevo el valor alusivo (ad-ludere) como juego dramático de toda intervención; aún —insistimos— cuando se trata de intervenciones en lo real. El real inefable puede adquirir valor de *letra en lo real* si se combina de determinada manera, que no será la determinada por el analista o el equipo como agente unívoco. Se trata de un anudamiento específico en la línea de los *modos de estabilización de la psicosis*. Para eso hay que desprenderse del signo: cama, tren, madre que alimenta, padre que interviene. Si estos elementos intervienen, intervienen como elementos, lugares, posiciones en “una estructura que inexorablemente está ligada al significante” (20). Es lo que escucha F. Doltó de Dominique, su paciente, cuando dice “la comunicación puede cristalizarse en rasgos sobre el papel, en la pasta del modelado, en gestos hechos en el espacio (...) lo que hay que “oir” son esas partes diferidas y difractadas en efectos paralelos al lenguaje verbal y que lo sustituyen (21).

Los modos de interpretación en autores tan diferentes como los que estamos mencionando tienen que ser pensados desde la compleja trama de los mecanismos de apropiación enunciativa de lo simbólico (en las consultas precoces, es decir, cuando el niño está en pleno *proceso de estructuración* o del anudamiento propio de la *estabilización metafórica delirante*. Interpretar no es traducir. No se trata de tal o cual interpretación (aún dentro de determinada gama que hace a cuestiones tales como incorporación, destrucción, despedazamiento) sino de hacer *soporte de una escena* en la que sea posible una circulación (recordemos que *Übertragung*, *transferencia*, indica *soporte*, *transporte*). Como no hay Otro del Otro si hay algún efecto en el trabajo terapéutico será porque Tustin no está haciendo



una interpretación bioniana (o kleiniana) o Lefort una lacaniana. Aunque estas apoyaturas teóricas tengan sus consecuencias como venimos planteando.

No es casual que Anna Freud se encontrara interpelada por una paciente que le reclamaba que la atendiera las 24 hs. por día porque ella era tres personas diferentes en distintos momentos del día y que lo que ella trabajaba en la sesión analítica no alcanzaba. También nos parece coherente con su posición normativa que se planteara una labor educativa que excluía la terapéutica. Como no es casual que Bettelheim no quisiera saber nada de la familia, internando a sus pacientes. No es casual que Mahler “ programe ” tratamientos tripartitos, como los llama, niño-madre-terapeuta.

Acerca de la interpretación

“La importancia de preservar el deseo en la dirección de la cura necesita que se oriente ese lugar con relación a los efectos de la demanda, únicos que se conciben actualmente en el principio del poder de la cura” (22). Consideramos esta formulación de Lacan clave en el tratamiento de la psicosis ya que la actuación de los niños se convierte en una exigencia (compulsividad mortal) de responder a la necesidad. El analista o la institución pueden quedar convocados imaginariamente a satisfacer aquello definido como la demanda de amor, de reconocimiento. Las respuestas serán entonces desde el Ideal: pedagogía de la psicosis. En cambio trabajar sobre el horizonte del deseo es posibilitar que surja alguna pregunta cuya

formulación puede aparecer en acto (23).

En la psicosis más que de preservar el deseo —ya que en rigor no se ha constituido— se trata de intervenciones que produzcan algún efecto que *acote el goce del Otro* en el que el niño como objeto está atrapado. El agujero en la simbolización con los efectos de cosificación (falla en la prueba de realidad-Freud) requiere de algún anudamiento específico pero sobre la materia prima que aporta el mismo niño.

Hay una vinculación intrínseca entre *interpretación* y *transferencia* en la arquitectónica simbólica. ¿Qué pasa cuando hay forclusión del significante? La pregunta en este punto es qué lugar ocupa la interpretación ante lo que proviene desde el exterior como efecto de los forcluidos, lo rechazado, que el niño psicótico encarna con su cuerpo y paga con la muerte de su ser de sujeto. Podemos seguir hablando de interpretación en el tratamiento de niños psicóticos cuando al decir de Lacan, la palabra sólo es escuchada como proveniente del otro de la transferencia? Iremos tomando diferentes aspectos de la interpretación. Hay en la interpretación una dimensión de *articulación (nexo)* y *localización* en relación al discurso y al deseo. Pero cuando no está constituido el objeto como perdido, cuando no hay un sujeto en los intersticios de la cadena significativa, sino en las “tinieblas exteriores”, ¿qué interpretar? Sin embargo aquello transpuesto en lo real tiene su organización: lo compactado y el no lugar no dejan de ser una *posición cifrada en lo real*. Toda intervención, toda construcción es un aspecto de la interpretación en la medida que abre un espacio que define conexiones que permiten ir localizando la cuestión rechazada. Cuando se da cabida algún nivel de articulación (recordemos lo que dijimos de Dick) hay *efectos de separación*. En este punto se ejecuta la *interdicción* sobre lo clausurado narcisísticamente abriendo como efecto una dimensión de espacio y tiempo.

El concepto de *Durcharbeitung* freudiano (trabajo a través de la re-

sistencia, translaboración) es una elaboración simbólica propuesta para el dispositivo analítico con neuróticos. También en este sentido podemos recordar las diferentes consideraciones que hace Lacan sobre este dispositivo (que no es encuentro intersubjetivo entre analista-paciente) sobre la interpretación: como puntuación, como intervalo, como producción de lugar vacío, como desciframiento. Estas consideraciones permiten caracterizar el *lugar del analista*, como posición en la estructura. Decíamos para neuróticos. ¿Y qué para con los psicóticos? Enchapado, injertos, "procedimientos de remiendos" (23) al decir de E. Laurent, cuarto nudo, hacer obra, letra en lo real. Nos permitimos hacer una muy rápida enumeración de aspectos de la interpretación (es decir —en principio— para neuróticos) en general por la especificidad del trabajo con niños precisamente porque allí, con algunos niños, nuestro trabajo tiene que ver con los procesos en la estructuración así es que no podemos perder de vista instrumentos diferentes a aquellos otros que sirven en los procesos de estabilización en la psicosis de otros niños. Frente a organizaciones con mayor grado de desajuste simbólico y mayor fijeza el hacer obra, como el arte para Joyce, le permite al niño (aunque no sea un genio) alguna "compensación de la dimisión paterna de esa Verwerfung—(24). El niño en su obra (lúdica, escolar, etc.) podrá *adquirir nombre propio, a expensas del padre*. Es en el Seminario Le Sinthome donde Lacan ofrece una caracterización del análisis que nos resulta muy significativa en nuestra práctica con niños psicóticos. Allí él pone el énfasis en "le enseñamos a coser..." (25) (cita del comienzo) Aparece allí, pensamos, la posibilidad de una modalidad específica en el trabajo analítico con determinados niños psicóticos donde se trata de encontrar qué actividad funciona "como *cuarto término* que complete el nudo de lo imaginario, de lo simbólico y de lo real" (26).

Al policía y al ladrón

En algunos casos la complejidad de la dirección de la cura en psicosis excede el marco de la relación a un analista. Hemos aprendido en veinte años de experiencia en psicosis y autismo la importancia de articular el *análisis individual* con el *trabajo institucional de equipo interdisciplinario* con un encuadre específico.

No haremos en este trabajo un análisis crítico de propuestas institucionales que desde teorías socio-



políticas, antipsiquiátricas o psicoanalíticas vienen planteando respuestas posibles al tema de la segregación de la locura. Cabe hacer una mención a autores como Oury, Dolto, Tosquelles, Käes, Mannoni (se "trata de introducir en el nivel de la Institución una posición analítica") (27). Nosotros concebimos lo institucional como *operatoria de enunciación en estructuración permanente*. Comprobamos que el trabajo de equipo con la modalidad del llamado hospital de día (que posibilita una dialéctica entre niño-institución-familia-comunidad) es la vía regia para el montaje-desmontaje de escenas posibles para lo forcluido. Lugares para ese lugar imposible del discurso del niño psicótico. Cuando hablamos de articulación lo hacemos en el sentido de un tejido, no de un todo.

Decíamos en un trabajo anterior: "El trabajo institucional es efecto de las infinitas articulaciones propias de una estructura dinámica. El interjuego de fuerzas desarrolla escenas dentro de otras escenas y así su expansión que establece los vectores

y las posiciones relativas a través de la riqueza simbólica de las *acciones dramáticas*" (28). "La institución puede espejar así el elemento faltante..." (29). La institución como el lenguaje es una red posibilitadora de la función de interdicción. En este sentido pensamos que las actividades que el niño realiza que hacen a la socialización, a los aprendizajes, incluso a los cuidados responden a una lógica más allá de propuestas de maternaje o de reeducación. De no ser así, como dijimos anteriormente correríamos el riesgo de reforzar el lugar de objeto que ocupa el niño.

Decíamos en el 84: "el niño psicótico va desplegando en la Institución en actuaciones diversas todo aquello que ha sido rechazado de la cadena significativa. Es desde un lugar de escucha desde cada actividad que el terapeuta, cualquiera sea su especialidad, juega, trabaja en pintura, con lo sonoro, come con el niño, está en el baño para el control de esfínteres, en la plaza. Lo que aparece en lo real es susceptible de ser descifrado: cada especialista tiene a su disposición los instrumentos que su técnica le brinda (sonidos, arcilla, etc.) a la manera de elementos discretos. Estos elementos, al ser trabajados con las leyes de la alternancia y oposición, pueden tomar carácter de discurso" (30). Hoy decimos se inscribe letra en lo real.

Consideramos fundamental *la escucha del discurso parental* que se despliega en general con intensas actuaciones. En este sentido el dispositivo institucional permite dar cabida, dar soporte transferencial a los distintos niveles en que se sostiene la demanda siguiendo el curso de la resistencia en cada familia en particular (no hay un modelo de atención familiar —como no lo hay para el niño) y con cada uno de los miembros. De manera tal que la demanda no quede depositada únicamente en el niño. Cualquier miembro del equipo puede dar cabida en la escucha desde su especificidad a cuestiones de la familia y posibilita efectos significantes. Por ej. del neurólogo o del psicopedagogo en equipo con el psicoanalista cuando todo (Ideal) está puesto en lo or-

gánico o en lo escolar. "La operativa institucional permite que la *demanda fragmentaria* se transforme en nuevas preguntas desde una enunciación que los implique desde la conflictiva edípica. Estos interrogantes circulan entonces en otros lugares como la reunión familiar, las entrevistas con el analista o las entrevistas familiares. Las reuniones multifamiliares funcionan como una *verdadera matriz de reestructuración de las relaciones familiares*. Permite trabajar la indiscriminación y la indiferenciación de los lazos de alianza y de filiación. En efecto, cada grupo familiar opera para otro como un tercero que devuelve al otro una escena de reconocimiento, que produce efectos en su discurso".(31).

Hay un trabajo de elaboración que debemos darnos y es el de reuniones imprescindibles en relación a la angustia y riesgos de actuaciones múltiples que esta clínica convoca: reuniones de supervisión institucional, de supervisión interdisciplinaria a cargo de un analista, de supervisión por área a cargo del especialista (psicopedagogo, musicoterapeuta) y supervisiones de las terapias. A través de esto buscamos que la *realidad* que abordamos mantenga su posibilidad de ser *pluridiscursiva* desde el sostenimiento de la *singularidad de cada discurso*. Cada integrante del equipo escucha en el relato del otro cuestiones que al retornar producen efectos en cada integrante como consecuencia de la prueba el Otro. Nos interesa pensar desde este lugar y en este sentido la dirección de la cura, entonces, no sólo a cargo del analista.

La especificidad del análisis está en el encuadre de un espacio que funcione como organizador de *las transferencias múltiples* propias del fenómeno psicótico debidas al efecto de fragmentación. Organizado en tanto el niño o el adolescente en su análisis puede ir secuenciando, historizando. En ese espacio convergen los múltiples fragmentos a partir de lo cual el niño encuentra —en el analista— la posibilidad gradual de un espejamiento unificador (que incluye la diferencia), niveles de inte-

gración de esas partes que son él mismo, como diferentes representaciones de él mismo.

Aquello transpuesto en lo real puede ser reconocido por el niño —en relación a un analista— como distintas versiones de él en las diferentes actividades del hospital de día. Precisamente el terreno ganado en *diferenciación* tiene que ver con la dialéctica que va *de la actuación a la transferencia*. De la multiplicidad



transferencial a la transferencia a un analista.

Una familia consulta por Andrés, niño de 6 años que tiene una hermana 20 meses menor (que tiene su mismo nombre en femenino: Andrea) y otra hermanita de un mes en el momento de la consulta. Presenta crisis de agresividad e ideas delirantes. Empezaron a preocuparse cuando nació la hermana porque no quería estar en la casa (vivió durante los primeros meses con los abuelos paternos que viven en otro departamento en la misma casa porque la madre no se organizaba) y tenía crisis de llanto y hablaba mucho. A los cuatro años se aislaba y se desconectaba.

Este niño tiene análisis(32) y tratamiento institucional debido a que permanecía todo el tiempo en su casa (había dejado de concurrir al jardín de infantes) y pasaba sus días entre la casa de sus abuelos y su casa.

En el proceso terapéutico atravesó las siguientes etapas:

- En un primer momento *revivió la imposible separación en el Otro*.

Tanto en el momento en que era acompañado por su madre al consultorio de la analista como en el que era acompañado a la institución vivía el drama de quedar totalmente agujereado (al decir de R. Lefort). En ese tiempo la presencia de la madre lo sumía aún en una mayor desesperación.

En la institución estaba a cargo de una acompañante terapéutico debido a que no podía permanecer en el grupo. En este tiempo tanto la analista como la acompañante terapéutico fueron *soporte de ese puro agujero en lo real*. Andrés se golpeaba contra las paredes, quería tirarse desde la terraza y por las escaleras. Daba patadas, mordía y era imposible sostenerlo. Decía "me mataste" "me molestan los pantalones, vos tenés que usar vestidos" (le decía a cualquiera).

- En un segundo momento comenzó a *"realizar" el fantasma oral*: (decimos fantasma en lo real a diferencia de la neurosis en que el fantasma es el escenario en el que el sujeto presentifica su falta de ser, aquí entonces ("realiza" la misma). La analista ocupa en este tiempo —en la transferencia— el lugar de la madre que lo hambreaba. En la institución cuando llegaba la madre a buscarlo se abalanzaba sobre el alfajor o el yoghurt gritando. La madre decía "lo único que lo calma es el alfajor", no renunciaba al mismo en el encuentro con su hijo. En una reunión multifamiliar —ya avanzado el tratamiento— la madre dice: "Estoy sorprendida porque ahora que Andrés está mejor está reclamando por los chiches que el rompió cuando estaba tan mal y tenía esas crisis tan terribles. Yo pensaba que en esos momentos él no se daba cuenta de nada, que todo le era indiferente. Ahora por lo que él dice recién me doy cuenta que él registraba todo".

El Acompañante Terapéutico que lo acompaña varias horas es presa de angustia y dice "me parece que si dejo de mirarlo se va a tirar por la escalera".

- Pensamos: el tener pendiente al AT como *modo extremo de la demanda*.

- El querer tirarse como *modo de "lograr ser" de nacer en el Otro*.

- Devorar y ser devorado como modo de ser en el Otro en lo real.

En otro momento comenzó a "realizar" el fantasma anal: Hacía caca por todos lados, se metía el dedo en el ano hasta hacerse sangrar, y ésto compulsivamente. Lo pensamos como un intento de que las heces sean un continuo sin el corte que constituirían un primer modo de pérdida, un adentro (continente) y un afuera (contenido). Las heces como lo que no vuelve, modo de anulación de esa marca.

En otro momento comienza a trabajar la imagen del cuerpo a través de juegos dramáticos, modelados y grafismo:

- en torno a la fragmentación: el AT por ejemplo era un lechón y lo cortaba en rodajas.

- en torno a presencia-ausencia.

- en torno a continente-contenido.

A partir de este momento puede empezar a trabajar en grupo en la insitución y permanece en el consultorio con su analista (no busca a la madre en la sala de espera).

A partir del momento en que deja de confundirse con el semejante y con el objeto disminuye la agresividad especular y puede utilizar el espacio del grupo en la Sala para expresar diversas cuestiones persecutorias: Reiteradamente (y hasta el momento ésto no desliga) hay un ladrón, un policía y diversos modos de defensa, por ejemplo la cárcel.

- juega a ser el muerto

- juega a que está en la cama, que se hace caca, el padre viene a retarlo y él lo engaña diciendo que es salsa de tomate (recordemos la conjunción de heces y sangre).

Por la compulsividad con que se plantea está en este momento más cerca de pasaje al acto que del juego.

Con el grafismo hay un acotamiento del goce. Le dice a la AT "Dibujá un vampiro, tengo miedo, seguí dibujando hasta que te diga" y en otro momento le dice "dibujá a Andrés soñando con un vampiro. Dibujá tres vampiros porque soñé y pónale la letra A. Y pide que le escriba AAA (la inicial de su nombre). En otro momento habla de la hermana Andrea como vampiro.

En el espacio de psicopedagogía: juega que está manejando un colectivo por ejemplo, sus compañeros de grupo tienen que sacar boletos y los boletos son letras. Ha comenzado a escribir y a desarrollar distintas hipótesis de lectura.

En el espacio de musicoterapia a partir de armar escenas con la can-

ción de Pinocho, representa un muñeco y trabaja con el cuerpo de sus compañeros y de la musicoterapeuta. Oscila entre manejarlos como "cuerpos de madera" o "cuerpos maquínicos" y una mayor aceptación del otro.

Luego empezó a traer distintas escenas respecto a la idea de enfermedad. Hubo un movimiento desde escenas donde estaba en la camilla y "le arreglaban" la cabeza a otros con "Pinocho malherido con el corazón hecho pedazos". Y en otro momento ubica la enfermedad como "locura" en un compañero o como "confusión".

En el espacio de sala (en grupo) un día en el momento en que hacen una dramatización dice: "vamos a cazar". El terapeuta de la sala le dice cazar o casar. El dice "no me puedo casar con ella porque no tiene la seguridad. Los padres dicen que hay que ir a la selva voy a terminar en el cementerio. No me puedo casar con vos (nombra a la madre) porque soy tu hijo. En lugar de casarme me voy a casa a vivir solo sin (nombra a la madre). Haga algo señor cura en el auto para que la gente no vea, después le sacamos el traje de novia y le sacamos los zapatos marrón". Trabajosamente se van haciendo representaciones donde se asignan roles y funciones. Vemos que en algunos personajes se encuentra, otros no les da entrada y los deja caer. Con sus compañeros se va discriminando paulatinamente. Dice de uno de ellos: "está confundido". De otro: "está loco, hay que despertarlo, voy a recoger el polvo para despertar a Hernán y todo va a volver a la normalidad".

En otra secuencia de dramatizaciones arma una escena en que hay un ladrón con un cuchillo —por un lado— un policía —por otro lado— y por último al "papá de Andrés". El quiere tomar la representación de este último personaje que le hace vivir la siguiente dramática: "el padre de Andrés va a su cama, lo encuentra a Andrés y le pega con una chancleta". Vemos que hay ya en estas escenas una dramática edípica.

En las dramatizaciones el ladrón siempre tiene un gorro igual que el que tiene él y no se desprende, pero no ha hecho aún esa articulación. Por el momento abre en él una pregunta; dirigiéndose al terapeuta de sala le dice "¿Omar por qué estoy loco?" ■

Bibliografía

1. Lacan, Jacques, Seminario 23. *El Shintoma*. Versión de Escuela Freudiana de Bs. As. pág. 52.
2. Lacan, J. *Variantes de la cura tipo*. Escritos II, Siglo XXI, pág. 129
3. Winnicott, D. W., *Dependencia en los cuidados de la primera infancia y de la niñez y en el marco psicoanalítico. El proceso de maduración en el Niño*, Ed. LAIA, pág. 319.
4. Bettelheim, Bruno, *Los fugitivos de la vida*, Fondo de Cultura Económica, pág. 12.
5. Mahler, Margaret, *Psicosis infantil temprana*, Paidós, pág. 136.
6. Tustin Frances, *El marco de la psicoterapia. Autismo y psicosis infantil*, Paidós, pág. 132.
7. Bettelheim, B., *Los fugitivos...* pág. 45.
8. Mahler, M., *Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación*, J. Moriz, México, pág. 205.
9. *Ibid.* pág. 201 y 213.
10. Lacan, J., *La dirección de la cura*. Escritos I, Siglo XXI, pág. 268.
11. Freud, Sigmund, *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*, O. C., Tomo II, Ed. Biblioteca nueva, pág. 326.
12. Klein, Melanie, *La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo: Contribuciones al psicoanálisis*, O. C. Tomo I, Paidós, pág.
13. Lacan, J. *La tópica de lo imaginario*. Seminario Los Escritos Teóricos de Freud, Ed. Paidós, pág. 137.
14. Lacan, J., *Nota sobre el niño*, Analítico. Correo/Paradiso, pág. 17.
15. Lacan, J., *Discurso de clausura de las jornadas sobre la psicosis infantil*. Analítico, pág. 13.
16. Lefort, Rosine, *El lobo, el lobo*. Seminario Escritos Técnicos... J. Lacan, pág. 155.
17. Maci, Guillermo A., *El objeto y el Otro*, Ed. Fundación Ross, pág. 287.
18. Maci, G. A., *Retórica de la escena*. Seminario inédito de 1985, IDIEP.
19. Winnicott, D. W., *Psicoterapia de los trastornos de carácter. El proceso de...* Ed. LAIA, pág. 254.
20. Lacan, J., Seminario *Las psicosis*, Ed. Paidós, pág. 262.
21. Dolto Françoise, *El caso Dominique*, Ed. Siglo XXI, pág. 194.
22. Lacan, J., *La dirección de la cura*. Escritos I, Siglo XXI, pág. 265.
23. Favre de Dimarco, Aurora, *Autismo y destinos de pulsión*. Reunión Lacanoamericana en Psicoanálisis, Nueva Visión.
24. Lacan, J., *El Sinthoma*, pág. 85.
25. Lacan, J., *El Sinthoma*, pág. 52.
26. Lacan, J., *El Sinthoma*, pág. 27.
27. Mannoni, Maud, *El niño, su enfermedad y los otros*, Ed. Nueva Visión, pág. 247
28. Dimarco, Rubén Mario, *Tratamiento Institucional para niños autistas y psicóticos*. Primer Congreso Nacional de Instituciones Privadas y Salud Mental, 1986.
29. Dimarco, R. M., *El espejo en el trabajo interdisciplinario con niños psicóticos y autistas*. Jornadas Interinstitucionales sobre problemas del desarrollo infantil, 1989.
30. Dimarco, R. M., *Consideraciones sobre la práctica analítica institucional en niños psicóticos y autistas*. Tercer Encuentro internacional Fundación del Campo Freudiano, 1984.
31. Favre de Dimarco, Aurora Sabina y Dimarco, R. M., *Patologías severas en la infancia y en la adolescencia y familia*. II Congreso de Psicoanálisis y Psicoterapia de Grupo. I Congreso de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares, 1991.
32. A cargo de la Lic. I. Acarini

Entrevista a MAUD MANNONI

por Dominique Wintrebert y
Diana Kamienny

Vertex. Su obra, como Ud. bien sabe, es muy conocida en Argentina. Quisiéramos iniciar esta entrevista preguntándole algo que se sabe menos, ¿cómo fue su recorrido profesional?, ¿qué la condujo a ser psicoanalista?

Mannoni. Yo parto de la idea de que todos nacemos de un drama. Lo que utilizaré ulteriormente encuentra su fuente en mi infancia. Vivía en Ceilán, mi padre era diplomático y yo tenía una nodriza que me crió hasta la edad de seis años. En esa época mi padre volvió a Occidente y nos envió, junto con mi hermana a la casa de mis abuelos maternos en Courtrai, Bélgica.

Como nuestra nodriza no quiso seguirnos a Europa nos tuvimos que separar de ella de un día para otro. Era una mujer despierta que me inició en el conocimiento de la naturaleza y los mitos. En Bélgica me convierto en la confidente de mi abuelo y en tres meses olvido completamente el hindú y el inglés. Mi padre, holandés, está furioso y me envía entonces a Amsterdam a una escuela en la que estoy obligada a aprender su idioma.

La segunda experiencia fue la de la guerra. Yo me había inscripto en la Universidad Libre de Bruselas, la única que había cerrado sus puertas en protesta contra los alemanes. Nuestro contacto con los profesores se realizaba en la clandestinidad. Reinaba entre nosotros un clima muy cálido. En esa época yo estaba en análisis porque estaba enamorada de un joven que había descubierto el análisis en París. Yo tenía 18 años y el estar en análisis me abre las puertas del hospital Brugmann. Mi jefe me apreciaba. Me encontré en una situación surrealista, tenía una gran libertad debido a la guerra y a la vez recibía una formación consistente en discernir categorías botánicas, es decir, la diferencia por ejemplo entre la esquizofrenia y la paranoia.

Vertex. ¿Cuál fue su itinerario psicoanalítico en Bélgica?

Mannoni. Tuve como analista a Dugatiez, y a Lechat como supervisor. Lacan se interesó en ellos por lo particular de su formación: Dugatiez había sido fakir en su juventud y Lechat perito mercantil. Ambos tuvieron el mismo analista vienés que luego emigró a los Estados Unidos: Ernst Paul Hoffman. Luego fueron reconocidos por la Asociación Psicoanalítica Internacional, yo misma estoy aún ligada a la Internacional por Bélgica.*

Vertex. ¿Cuánto duraba un psicoanálisis?

Mannoni. Seis años...siete. Luego trabajé en una Clínica de monjas dirigida por el Dr. Dellaert en donde se recibían niños psicóticos rechazados de todos lados. Pude así hacer una experiencia impensable en épocas normales: los sacaba de la clínica y formé un grupo de teatro ambulante con ellos. Aunque estaba sola con los pacientes jamás tuve problemas. En ese momento comencé a interesarme por las estructuras familiares. Un bombardeo puso fin a esa experiencia.

Pensé en seguir medicina, pero encontré que eran muy largos los estudios. Entonces comencé cursos de criminología con el proyecto de hacer luego un doctorado en la Universidad de Columbia en Nueva York.

Lo que me apareció "après coup" es que mis analistas en Bélgica habían ocupado una posición de no saber; decían, con claridad, que estaban aprendiendo tanto como yo. Era, sin duda, una posición muy honesta. Después de haber sido nombrada en la Internacional, continué mi formación en París con Schlumberger, Lagache y luego un tramo con Lacan. Sin hablar por supuesto de Dolto a quien yo había descubierto por azar al comprar su primer libro en una mesa de saldos de un mercado de Bruselas.

Lo que me marcó en Bélgica fue el itinerario en el ambiente psiquiátrico. Cuando hablo de los primeros casos de analizandos que me han marcado hago referencia a mi experiencia ya en Francia.

En criminología hice un trabajo con Ernest DeCraene. En esa época la práctica debía venir como ilustración de la teoría y, sobre todo, no intentar cuestionarla.

Vertex. Lo que me parece poco conocido es esta influencia del libro de Dolto, comprado en el mercado, sobre su traslado a París.

Mannoni. Es por Mireille Monod, venida por una conferencia a Bruselas, que conocí a Dolto.

Habiendo terminado criminología tenía la posibilidad de cursar el doctorado en la Universidad de Columbia, pero hacía falta previamente a ello una pasantía de

* La Sociedad Belga de Psicoanálisis (SBP) fue reconocida por la Asociación Psicoanalítica Internacional en 1946. Maud Mannoni fue admitida como miembro de la SBP en 1948.

un año en París o en Suiza. Fuí a París, encontré a Octave y nunca partí a Nueva York.

Trabajé entonces muchos años en el Hospital Trousseau con Françoise Dolto. Es ella quien me inició en el análisis de niños. Yo había sido admitida junto a los ocho o nueve internos del Servicio para estar como un coro antiguo, allí, testigos discretos de las entrevistas de Dolto con los niños y sus padres.

Conducía los análisis en público explicando a los pacientes que los que la rodeábamos éramos sus asistentes y que tenía necesidad de nosotros para su trabajo.

Vertex. ¿Fue Dolto u Octave Mannoni quien le presentó a Lacan?

Mannoni. Fue Octave. El se encontró con Lacan después de un itinerario de etnólogo. Docente en Martinica y luego en Madagascar durante veinte años, Octave siendo director de la información en ese último lugar tomó partido por la independencia y lo mandaron entonces de vuelta a la metrópoli con la habitual "promoción". Fue entonces, mientras escribía "Psicología de la colonización", que encontró a Lacan en el 5 de la calle Lille y comenzó un análisis con él.

Vertex. Volvamos a su recorrido en Francia...

Mannoni. Yo estaba en la Sociedad Psicoanalítica de París. Presenté una memoria para ser aceptada porque no reconocían mucho la formación que había tenido en Bélgica. Esa memoria sobre la regresión en la cura psicoanalítica de niños se publicó en la Revue Française de Psychanalyse. Cuando la presenté Dolto elogió mis cualidades de dactilógrafa...! esperaba cualquier cosa menos eso. En esa época no había computadoras pero la máquina de escribir era ya algo que la superaba. Me interesé entonces en la cura de psicóticos adultos con Françoise Perrier. El conducía ciertas curas de psicóticos en "doble referencia": los pacientes que tenía a cargo veían alternativamente, a un ritmo mucho más espaciado, a otro analista. Yo tuve a cargo un paciente que veía Perrier cada quince días. Es a partir de la presentación de un trabajo sobre dicha práctica que Lacan me pidió ir a verlo.

Vertex. ¿Cómo se conceptualizaba ese "tandem" psicoanalítico?

Mannoni. Ya no me acuerdo. Era completamente descabellado. No tenía nada que ver con el modelo de un médico que prescribe y otro que escucha, era una experiencia en el dominio de la transferencia de "doble referencia". Mi exposición crítica interesó a Lacan quien me invitó a emprender un tramo de análisis con él. Eso me permitió escapar a lo que hubiera sido una pura fascinación por Dolto. Sin los puntos de reparo teóricos que adquirí en mi relación transferencial con Lacan no me hubiera lanzado en el trabajo de escritura. Publiqué mi primer libro "El niño retrasado y su madre", en 1964.

Vertex. Si bien Lacan le permitió desprenderse de Dolto fue, sin embargo, por ella que Ud. se interesó en los niños.

Mannoni. Dolto trabajaba en el Centro Médico Psicológico (CMP) Claude Bernard creado por André Berge y Juliette Boutonnier. El primer caso infantil que me marcó me fue confiado en ese lugar. Era un niño débil mental

con una psicosis sobreagregada como se decía en esa época. Había dibujado un niño sin cabeza sobre una cuerda rígida tendida sobre un precipicio. El me explicaba que de haber tenido cabeza eso lo volvería loco de sufrimiento. Tenía once años y corría el riesgo de quedar atrapado en el circuito psiquiátrico de por vida. Su historia era la siguiente: su padre había colaborado con los alemanes. Cuando terminó la ocupación los resistentes quisieron matarlo por haber sido responsable de numerosas muertes en su pueblo. El padre tomó a su hijo como rehén sabiendo que mientras lo conservara con él no vendrían a buscarlo. No pudiendo soportar la situación el niño se fugó y, entonces, el padre fue aprehendido y fusilado. El niño quedó mudo durante varios años a causa de esta experiencia masivamente traumática. En esa época le habían hecho tests que arrojaban un cociente intelectual correspondiente a una debilidad mental moderada (≈ 80). Pero Dolto había propuesto, para un cierto tipo de casos, la idea de una prueba de psicoterapia de tres meses de duración para recién después decidir y así me hice cargo del caso. Desde el comienzo me marcó el interés que manifestaba Dolto por los más desprotegidos.

Vertex. Hay una referencia de Lacan a su primer libro que también se encuentra en el seminario XI, precisamente del mismo año, 1964, en la que él en respuesta a ese libro adelanta el concepto de holofrase para la debilidad. ¿Qué piensa de ello?

Mannoni. No me acuerdo. Me haría falta el contexto para poder responderle.

Vertex. ¿Cuáles fueron sus pasos siguientes?

Mannoni. La Asociación de Protección de la Infancia tenía proyectada la creación de lugares piloto. Con el impulso de Jean Louis Lang y el mío propio el Centro Médico Psicológico (CMP) de Thiais se convirtió en el mejor de París. Tenía libertad para hacer de todo. Hice venir a P. Aulagnier, M. Safouan y M. Drazien, todos psicoanalistas con experiencia en el tratamiento de la psicosis, mas ninguno de nosotros tenía experiencia institucional. Con toda inocencia creí poder organizar un dispensario al que los padres vendrían y en el que los niños podrían seguir una cura psicoanalítica. Pero rápidamente me di cuenta de que algo no andaba: desde la introducción de este equipo de brillantes analistas en la institución había más pasajes al acto y violencias en los niños que nunca antes. Esto me alertó y me interesé entonces, en el equipo de educadores, cosa que se salía del rol que me había sido asignado. Me di cuenta así que ese equipo de analistas idealizados servía a la Dirección como contrapeso de un equipo de educadores y otros miembros del personal que tenían a su cargo en el terreno casos muy pesados y a quienes no se les dejaba ninguna iniciativa. Intenté compartir sus horarios de comida. Una educadora que trabajaba con autistas me dijo que me aceptaba a condición de que no hablara. Para alguien que pasaba sus jornadas con niños autistas me pareció una enormidad. Había un fenómeno persecutorio inducido por ese equipo de analistas idealizados que ocupaban las mejores habitaciones del CMP. Empecé, entonces, a hablar con los educadores sobre sus puntos de vista sobre la manera de organizar sus tiempos y actividades. Me dijeron: iríamos al mercado con los niños, haríamos las activida-

des de la cocina y del mantenimiento de la casa, apreciaríamos un verdadero trabajo.

El personal de cocina, mantenimiento y limpieza estaba separado de los educadores.

Solicité a la Dirección del CMP la aceptación de las propuestas de los educadores y en respuesta recibí una carta certificada poniendo fin a mis funciones. Todo el equipo de analistas y una parte de los educadores renunciaron. Luego de nuestra partida el CMP cesó de aceptar pacientes psicóticos.

Luego vino el período de Ville Evrar*. Yo estaba mandando "El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis". Helene Chaigneau pensaba que yo iba a hacer milagros, como psicoanalista, en el hospital. Mucho me enseñó con su posición de modestia. Fue en su servicio que comprendí que si debía haber psicoanálisis éste debía tener lugar fuera de la Institución. Es el caso de Bonneuil en donde los que están en análisis lo hacen extramuros.

Vertex. La creación de Bonneuil fue igualmente una consecuencia de su encuentro con Laing y la antipsiquiatría?

Mannoni. Laing nunca se declaró antipsiquiatra. Lo que me influenció mucho fue la experiencia en Kingsley Hall. Allí viví algo extraordinario: mi encuentro con Mary Barnes. Estaba en una pieza cuyos muros ensuciaba completamente con sus excrementos. Veo llegar a Laing que le dice que es lindo pero que le falta color. A partir de ese momento se puso a pintar. Me había interesado su historia. El verdadero psicótico era su hermano esquizofrénico al cual ella estaba identificada histéricamente. Había querido, en un nivel fantasmático, recorrer todas las etapas de la regresión para poder luego ser la terapeuta de su hermano, "ilustrando en la práctica lo que había interpretado de la teoría de Laing".

Vertex. ¿Qué tomó de Kingsley Hall para aplicar en Bonneuil?

Mannoni. Lo que me impresionó fue ver pacientes hablando de manera diferente, teniendo posibilidades de apertura diferentes de las que encontramos en el hospital psiquiátrico.

Pero el error de los antipsiquiatras de considerar "que todo el mundo es igual" quedaba refutado por los paranoicos. Bonneuil viene después de la ruptura de Thiais y mi periplo por Kingsley Hall y Ville Evrad. Me encontré con padres que pedían socorro. El azar quiso que una pareja de educadores que no tenían interés en hacer carrera en la administración pública crearan un lugar de vida con capacidad para 6 ó 7 casos.

Vertex. Es bella la nominación inicial de Bonneuil: "Un lugar para vivir"

Mannoni. Con R. Lefort y P. Fedida constituimos un equipo que trabajaba en forma honoraria. Fedida me aportó mucho: tenía toda su experiencia de Kreuzlingen en Suiza y había conocido bien a Binswanger. Bonneuil fue creado en 1969 en medio de intercambios de una gran riqueza.

Solamente la pareja de educadores recibía sueldo. Los padres pagaban una suma mensual que cubría los gastos de funcionamiento.

Cuando en 1975, la pareja de educadores decidió retirarse a la Bretaña, comprendí que el tiempo del traba-

jo honorario estaba terminado. Hicimos lo necesario para ser reconocidos como Hospital de Día con el principio de "Institución estallada". Por un voto ganamos el reconocimiento.

Vertex. En uno de sus libros Ud. toma como referencia de la "Institución estallada" el Fort/Da freudiano. Si uno considera que para el niño psicótico el acceso al Fort/Da está esencialmente barrado, proponer esta escansión en la alternancia del aquí y el allá, ¿no es un forzamiento de la separación?

Mannoni. Eso no tiene lugar de entrada sino que se pone en práctica después de cuatro o cinco años durante los cuales el niño está en terapia psicoanalítica al exterior de Bonneuil y en los que se realiza una elaboración con los padres. Winnicot, con quien hice supervisiones, me marcó mucho. El se interesaba en este tema de presencia-ausencia y me llamó la atención sobre la importancia que tenía la duración de la separación que era muy variable de un niño a otro. El hecho de que los niños que conservaban sus estereotipos autistas, a pesar de varios años de análisis en Bonneuil, los perdían apenas subían al tren en el que partían con educadores que ellos conocían para ir a sus familias sustitutas fue revelador. Para nosotros fue un descubrimiento. Para elegir el momento de retornar nos dejamos guiar por la reaparición de dichos estereotipos. El lapso que transcurría para su reaparición era muy variable en cada niño. El retorno de los estereotipos se correspondía con el hecho de que habían perdido, como consecuencia de la ausencia, la imagen interiorizada de sus padres. Lo que se arriesga, entonces, es que caigan en una especie de zozobra que se exprese en somatizaciones diversas.

Vertex. Era muy empírico.

Mannoni. Completamente. El trabajo con los padres durante la separación es tanto o más importante que en la primera etapa. Ellos rechazaban la idea de que las cosas anden mejor en una familia sustituta, que esta sea "mejor que ellos". Por todo lo que esa aceptación comporta, como culpabilidad, por ejemplo. Los que se recuperaron fueron casos de autismo secundario. Bettelheim hace mal la distinción entre autismo primario y secundario. Los casos de autismo primario plantean un problema particular. Nosotros tuvimos un niño en análisis durante varios años que comenzó a hablar recién a los nueve años. Solo decía las palabras: pájaro y muerte. En esa época yo veía mucho a Winnicot. Los padres, gente cultivada, maestros de profesión, aceptaron la aventura: que su hijo fuera escolarizado en Inglaterra. Fue extraordinario ver al niño hablar corrientemente en inglés al cabo de solo tres meses.

Vertex. ¿Cual es su teoría sobre lo que hay de tan amenazante en la lengua materna?

Mannoni. Eso sigue siendo una incógnita. Es evidente que en la lengua materna, y no por nada se la llama así, las cosas no se ordenen nunca o lo hacen al final. Me impresionó la experiencia de Wolfson, el autor de "Esquiza y las lenguas". En ese muchacho hubo un juego de escondidas, un esquivar continuamente a la madre y al descubrimiento de su historia. Pontalis quería verlo y hasta propuso pagarle el viaje. Pero la cosa no era fácil, porque Wolfson, al haberse develado en francés en su li-

bro, no quería utilizarlo como tampoco el inglés que era su lengua materna. Felizmente, como Pontalis hablaba el alemán se pusieron de acuerdo para emplear ese idioma.

El punto concerniente a las lenguas es, sin embargo, muy diferente de un niño a otro.

Tenemos el caso de una adolescente psicótica que pudo ir a Italia. Allí se puso a hablar italiano y a decir todo lo que ignorábamos de su historia familiar. La madre estaba enemistada con toda su familia de origen italiano.

Vertex. *En la película cinematográfica "Vivir en Bonneuil" hay un pasaje que muestra una imagen conmovedora de Lacan en el umbral de una puerta. ¿Le habían solicitado que fuera para la filmación?*

Mannoni. Lacan se interesó por Bonneuil. Venía de tiempo en tiempo. Un día en el que estaban filmando apareció y la cámara lo tomó por sorpresa pero no le habíamos pedido venir para eso.

Vertex. *En el otro film "Secreta infancia" se la ve coordinando reuniones de padres. ¿Qué lugar les otorga?*

Mannoni. Hay reuniones de padres todos los lunes a la mañana y también otras suplementarias para aquellos que tienen a sus hijos en el interior del país. Son encuentros importantes porque los padres se convierten en terapeutas los unos de los otros. La experiencia de los más antiguos es útil a los nuevos. Para todos los padres es una experiencia terrible y no se logra el éxito si no se los acompaña plenamente. Esto es particularmente importante para la categoría de las madres de psicóticos que no pueden imaginar al hijo si él no está presente. El trabajo con ellos consiste en hablar de sus hijos y de su evolución en las familias sustitutas.

Si no se realiza ese trabajo cuando el niño vuelve ocupa el mismo lugar. Nos preocupamos por desculpabilizarlos porque si se viven como malos padres las cosas no funcionan.

Vertex. *En uno de sus libros Ud. habla de "familia psicótica". ¿Qué se entiende por ello?*

Mannoni. Un tipo de familia descrito por Laing a propósito de la esquizofrenia. En ella se dice al adolescente: "podés salir, elegir tu vida, hacer lo que quieras", pero al mismo tiempo se dice que el mundo exterior está poblado de peligros. El adolescente se encuentra entonces en una situación sin salida. En Bonneuil no hay posibilidad de permanecer para los mayores de veinticinco años. Estamos creando un servicio de ubicación en familias sustitutas para adultos a fin de proteger de sus familias a esos jóvenes.

Lacan nos derivó a una jovencita. Rondaba los quince años. Cuando se presentó era la esquizofrenia empobrecida.

Pertenecía a una familia en la que por tres generaciones había habido internaciones en hospitales psiquiátricos. Lacan había atendido al padre de nuestra paciente que había logrado mantenerse en su puesto de maestro de escuela. La separación de la chica hizo aparecer una agorafobia en la madre que se convirtió así en el miembro más enfermo de la familia. La jovencita no hablaba. Luego se tornó locuaz y terminó en la región de Toulouse viviendo en forma autónoma dedicada a la crianza de cabras. No estaba curada, ya que para Freud hace falta para ello el trabajo y la sexualidad, y ella no cum-

plía el segundo requisito, pero tenía relaciones de convivencia con su entorno y vendía sus quesos de cabra en el mercado local. Cuando los padres se jubilaron exigieron que su hija, ya mayor y relativamente independiente, volviera a la casa familiar para "acompañarlos en la muerte". Esas situaciones extremas son más frecuentes de lo que se cree.

Vertex. *¿Qué lugar otorga Ud. a los aprendizajes?*

Mannoni. Nos preocupa la escolaridad y hacemos el máximo posible para que todos puedan llegar a leer, escribir y tener, por lo menos, una profesión.

Vertex. *¿Cómo lo hacen?*

Mannoni. En Bonneuil tenemos una maestra especializada, que toma a cargo a los niños en grupo e individualmente. Conoce todas las técnicas de reeducación de dislexia, discalculia, etc.

Vertex. *¿Ningún niño de Bonneuil está exento de esa educación?*

Mannoni. Muy pocos. A veces hay casos de atraso profundo con los que no se puede explicar un milagro de Lourdes. Pero es un deseo del equipo que los niños puedan tener una profesión y conquistar su independencia. Hay niños que no han tenido ninguna adquisición escolar hasta los doce años y que en el curso del tratamiento llegan a obtener un CAP (Certificado de aptitud profesional). Recuerdo el caso de un niño que nos fue enviado del hospital universitario. Lo habían colocado en institución a los tres años y permaneció allí por diez años olvidado de sus padres. La institución cerró. El médico que lo había enviado allí lo reencontró, se espantó al enterarse del abandono de los padres y lo envió a Bonneuil. Seis meses después los padres se divorciaron e hicimos un trabajo enorme con el padre. El niño repudiaba la institución, cosa a la que siempre estamos muy atentos, es decir, a detectar esos rechazos a la institución. Lo enviamos entonces a una granja en Breña en la que había un centenar de vacas y ese niño psicótico que no sabía contar aprendió en tiempo record el nombre de todas. Se comenzó a pagar al maestro del pueblo para que se ocupara de un trabajo de recuperación escolar que también se hizo en un tiempo record. Fue luego hasta la "3 ème"* y aprobó un CAP. Recientemente lo encontramos: es chofer de taxi.

Vertex. *¿Cómo vivió Ud. la disolución de la Ecole Française de Psychanalyse y que es lo que le enseñó esa experiencia?*

Mannoni. No me acuerdo cuándo murió Lacan. Políticamente Octave y yo no nos mezclamos en nada.

Formamos parte del CERF con Melman, Clavrenil, Dumezil, pero no pudimos soportar esa especie de guerra de caciques que se desencadenó. Entre los jóvenes había una demanda de trabajar con la enseñanza de Freud, de Lacan pero también leer a Winnicott. Cuando en 1982 creamos con Octave y Patrick Guyomard el CFRP tuvimos rápidamente 400 miembros. Todos con ganas de trabajar y provenientes de una nueva generación extranjera a esa guerra de caciques y ancestros que mencioné antes.

Vertex. *El tema de la formación del psicoanalista está muy presente en sus libros. ¿Que respuesta da el CFRP a esa problemática crucial?*

Mannoni. El interés y el cuidado que ponemos en ello concierne especialmente al fin de análisis, es decir, lo que en el "après-coup" puede hacer de un análisis, un análisis didáctico; en el pasaje a miembro activo pedimos al adherente un testimonio sobre aquéllo que del sujeto ha hecho de él un analista. Algunos sitúan lo que pasó en su análisis como inversión dialéctica, para otros es de la supervisión que retiran lo que los ha hecho, en la dirección de una cura, ocupar el lugar de analistas, para otros el drama personal del cual nacieron. Lo que pedimos, en conclusión, es el testimonio de una experiencia personal que pueda interpelar o interrogar la teoría.

Vertex. *¿Como se efectúa ese testimonio?*

Mannoni. Se sortean dos miembros activos y se eligen otros dos. Uno está así conducido a hablar de un itinerario ante cuatro analistas. El encuentro se produce en grupo. Luego hay una reunión de los analistas, sin el candidato, para decidir si están de acuerdo en acogerlo o no y después una nueva reunión con el candidato para comunicarle el resultado. Si es admitido se le pregunta lo que desea que sea dicho de todo lo que habló, es decir, lo que acepta que sea transmitido a los otros miembros activos. Se habla con ellos, entonces, de los candidatos, pero sin hacer nombres, con la intención de realizar un trabajo que pueda interpelar tanto a la institución como a los analistas en su manera de funcionar.

Vertex. *¿El CFRP piensa poner algún día en marcha el procedimiento del pase?*

Mannoni. En absoluto. Nosotros retenemos las ideas planteadas por el pase. Los que pasan de miembros adherentes a activos tienen frecuentemente diez años de experiencia analítica detrás de ellos y aquellos a los que hablan son, seamos sensatos, analistas que han completado un cierto trayecto.

Vertex. *Ud. fue una de las primeras psicoanalistas de la EFP que fue invitada a visitar la Argentina.*

Mannoni. Fuimos invitados en 1972 por Massotta pero a condición de no frecuentar más que la gente de su grupo. Nosotros lo arreglamos de la siguiente manera: Octave respetaba esa consigna y yo me daba la libertad de frecuentar a quien quisiera. También exigí una mesa redonda con la participación de Langer, Bleger, Aberastury y García Reinoso. Estaban los que se habían escindido de la Asociación Psicoanalítica Argentina y los que se habían quedado. El día de la mesa redonda había tanta gente que, temiendo un disturbio en la calle, la policía debió intervenir. Era fantástico, los diarios estaban llenos de notas al respecto. Luego fuimos a Uruguay. Acababa de tener lugar una fuga de Tupamaros de una prisión, cosa que ignorábamos. Nos preguntaron que llevábamos en las valijas. Octave se condujo normalmente pero a mí no sé qué me pasó y dije que llevábamos Tupamaros. Nos retuvieron y revisaron por más de una hora.

El Uruguay siempre me conmovió. Los analistas, aunque mal pagos, deseaban mantener a tiempo parcial su trabajo hospitalario y no tenían para ganarse el pan otra cosa que la clientela norteamericana, lo cual no era muy interesante.

Vertex. *¿Volvió a la Argentina?*

Mannoni. Sí. Y también a México.

Vertex. *¿Ha conservado relaciones con los psicoanalistas argentinos?*

Mannoni. Yo quería mucho a Bleger. Tenía que participar con él en una mesa redonda en New York cuando murió. A García Reinoso y Marie Langer los encontramos en México adonde habían emigrado. García Reinoso ha fallecido. Su mujer escribió un texto muy bello para "Les Temps Modernes" sobre las Madres de la Plaza de Mayo. Algo como para que no se mate la memoria de los "acontecimientos" sufridos.

temporal

INSTITUCION PSICOTERAPEUTICA

Directores:

Dr. Felipe Díaz Uzandivaras

Dra. Mirta I. Méndez Puig

CLINICAS

Holding intensivo en internaciones discriminadas, espacios físicos independientes.

Coord. Dra. Graciela Florentino

Clínica
para pacientes
agudos

Clínica
intermedia
(abierta)

Clínica
para pacientes
neuróticos

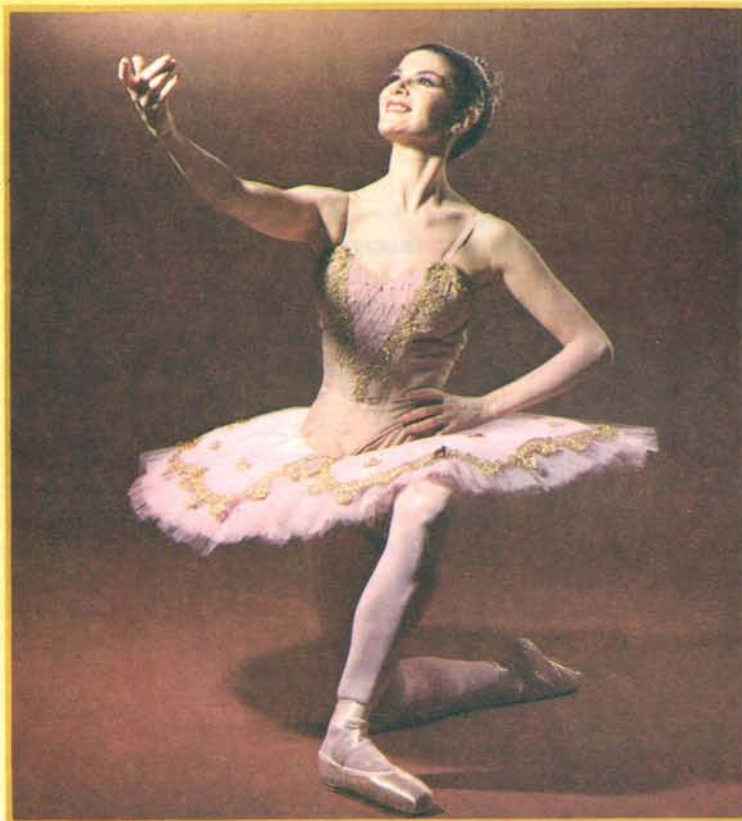
Soler 5961 • Tel. 771-8108/8114



NEUPAX

Fluoxetina Bagó

El antidepresivo más seguro



Eficacia comparable a los antidepresivos convencionales, pero con **MEJOR TOLERANCIA.**

No agrega molestias somáticas al paciente.

Carece de efectos cardiotóxicos aun en pacientes geriátricos.

NEUPAX
Fluoxetina Bagó

Contribuye a recuperar la autoestima y el impulso vital.

Presentación:
Envase conteniendo
30 comprimidos recubiertos.



SNC
Bagó

INFANCIA Y ADAPTACION, ENTRE LA MEDICINA MENTAL Y LA PEDAGOGIA

Juan Carlos Stagnaro

“Que el cuidado de la salud física del escolar es tarea del Estado, como así también su educación intelectual y moral es algo que no necesita demostrarse por cuanto está expresado en la ley de Educación Común; pero que la salud mental merece iguales consideraciones, es una tesis nueva y un problema médico-político-social que requiere planteo y resolución como tal. He aquí el objeto de este trabajo”.(1) Podríamos agregar, no sólo el de su tesis doctoral, de la que se extrae este párrafo, sino el objeto de trabajo de toda la vida profesional de Carolina Tobar García. Transcurrió el año 1929 cuando egresó de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, a los treinta y dos años de edad, esa maestra puntana que habría de marcar en su obra la pedagogía, la medicina escolar y la, por entonces llamada, higiene mental infantil en nuestro país. Originaria de una familia de pequeños propietarios rurales, única mujer entre varios hermanos varones, nació en San Martín, provincia de San Luis el 10 de Noviembre de 1897. Maestra de escuelas rurales de su provincia, durante varios años, llegó a la Capital para iniciar sus estudios de medicina en los primeros años de la Reforma Universitaria. Aunque no se le conoció militancia política, su inclinación ideológica se dio hacia el anarquismo, asistiendo puntualmente a reuniones de obreros del “Centro de Cultura” de Avellaneda que pertenecía a esa tendencia.

Casi enseguida de su graduación partió a los Estados Unidos para realizar estudios de Neuropsiquiatría Infantil como becaria en el Instituto de Profesores de la Universidad de Columbia, durante los años 1931 y 1932. A su retorno se radicó en Buenos Aires, iniciando un recorrido profesional que incursionó en múltiples direcciones dejando su traza escrita en varios libros y numerosos artículos en los que sus conocimientos de literatura, mitología, filosofía, psicología, biología, se desgranaban en una prosa potente de excelente factura. Figura polémica, no exenta de críticas acerbas, su personalidad despertaba grandes adhesiones o fuertes rechazos. Me han dicho que su figura un tanto maciza y su rostro de rasgos finos y firmes contrastaban con la belleza de sus manos. “Yo tendría unos dieciséis años. Ella me recibía

en un salón de su casa de Rincón e Hipólito Irigoyen para charlar y tomar el té. Hablábamos de mi vida y me ayudaba a pensar y a reconstruir cómo habían pasado las cosas, mientras yo dibujaba”, nos relata, en estos días, un paciente de Carolina, hoy conocido artista plástico. Al decir de una sobrina, médica y psicoanalista*, Carolina “vivía conectada con el futuro” interesándose al fin de sus días en la cibernética y las matemáticas. Por esa misma época, aunque nunca se analizó, recomendaba hacerlo. Quizás su amistad con Enrique Pichon Rivière y otros psicoanalistas y sus lecturas de la madurez den cuenta de esa posición.

La formación.

La etapa de su formación norteamericana parece, de atenerse a su actividad posterior, haber dejado marcada la preocupación por la prevención de las enfermedades mentales infantiles. En los Estados Unidos la década 1918-1928 fue particularmente notable por los desarrollos que se realizaron en relación a la sanidad infantil. A partir del Año de la Infancia patrocinado por el Children's Bureau hasta la White House Conference on Child Health and Protection de 1930 crece una concepción que ubica al núcleo familiar como el factor más importante para el sano desarrollo mental de los niños. La recomendación de crear un ambiente afectuoso, seguro y estimulante se plasma en las orientaciones surgidas de dicha conferencia. Pero como también se considera que esas cualidades no son forzosamente inherentes a todas las estructuras familiares, se aconseja instruir a los padres, profesores, médicos, enfermeras y asistentes sociales en los principios de la sanidad mental(2). Florecen así las Clínicas de Protección a la Infancia (Child Guidance Clinics), y se deposita así en un equipo médico-socio-pedagógico la responsabilidad de la producción, control y guía técnica de sujetos adaptados a cierto modelo de la normativa social. En Buenos Aires Carolina Tobar García se integrará a la Liga Argentina de Higiene Mental, fundada en 1929 por Gonzalo Bosch, quien será el padrino de su tesis doctoral sobre el tema “La Higiene Mental del Escolar”(1) presentada en 1944. He allí otra influencia intelectual señalable: Bosch hizo especial hincapié en la importancia de la herencia, de lo biológico y de lo que se dió en llamar

(*) Agradecemos a la Dra. Norma Tobar García la información y documentación cedidas para esta reseña.

constitución psicopática en la génesis de las enfermedades mentales(3).

La práctica

El trabajo de Tobar García se desplegó en un amplio abanico abierto a todas las especialidades y áreas institucionales relacionadas con la conducta infantil. La idea guía que la alienta es, sistemáticamente, la de la prevención. Siguiendo el modelo norteamericano, al que aludíamos más arriba, Tobar García informa: "con el nombre de Clínicas de Conducta, de hábitos o de guía, se han creado en algunos países, organismos destinados a observar, controlar y dirigir o corregir el desarrollo somatopsíquico del niño pequeño en la primera y segunda infancia, es decir, antes del ingreso a la escuela común...". Y propone "...un sistema completo de prevención en Salud Mental debería contar con Clínicas Guía, escuelas autónomas, clases diferenciales, clases especiales y hasta colonias de adaptación."(4). Esta preocupación la lleva a ocuparse de la deficiencia mental, el despistaje precoz de la patología infanto-juvenil, el riesgo profesional de los docentes(5) y la formación de maestras especializadas y visitadoras de Higiene. En 1942 es nombrada Directora de la Primera Escuela de Adaptación, primera institución en el país con enfoque médico y pedagógico(6,7) y en 1949 crea las Escuelas Diferenciales de la Capital Federal, también primeras del país en su tipo. Cabe detenernos un poco en esta actividad inaugural de Carolina Tobar García. En oposición a Aníbal Ponce, a quien sin duda admiraba, reivindicaba la autonomía de la psicopedagogía como ciencia. En los éxitos y fracasos de Fenelon y su discípulo José Javier Nieto de Luis XIV, de La Bruyere maestro de Luis de Borbón y de Itard empeñado en la educación de Juvenis Averionensis encuentra Carolina Tobar García el momento fundante de la psicopedagogía moderna, que sin llamarse así deja marcadas con esas experiencias el pensamiento occidental al respecto para resurgir, según ella, con nombre propio en la obra de Binet, Simon, Piaget, Wallon, Claparède y Stern autores que conocía profundamente. En nuestro medio son ideas de Rodolfo Senet de 1911, sobre la influencia de los fenómenos psicopatológicos para la interpretación científica de las faltas en los niños las que la inspiran. Entre los métodos pedagógicos para niños inadaptados la llamada "educación atractiva" de Fenelon es la que mejor se adapta a su criterio para la corrección de sus deficiencias, innatas o adquiridas. Desde ella parte nuestra autora en dirección a lo que conceptualiza como escuela pragmática y que constituye el modelo para su Escuela de Adaptación. Es decir, operar sobre centros de interés del alumno confeccionados alrededor de un tema que exige la realización manual. Define así a la Escuela de Adaptación como "modesta en su proyección social, humilde en sus alcances, pragmática y vocacional, simplemente

una escuela taller".(8) En el área médica tuvo a cargo el Consultorio de Sanidad Escolar para retardados pedagógicos (1934) y años después (1944) llegó a Inspectora Médica de esa repartición. En 1941 se gradúa como Médica Psiquiatra y Médica Legista. Su actividad docente abarca una serie de cargos en distintos estamentos de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires durante los años del gobierno de J. D. Perón. Se interesó en la Criminología Infantil y contemporáneamente con su nombramiento como Médica Forense de Tribunales (primera mujer en desempeñarse en ese cargo) pronuncia una conferencia en la Sociedad de Criminología sobre "El Testimonio Infantil" en la que desarrolla una tesis sobre la aplicación del psicodrama de Moreno en la investigación de las declaraciones de menores en casos judiciales(9). Tobar García fue creadora y Jefa del Gabinete Psicopedagógico del Hogar Santa Rosa, dependiente del Patronato Nacional de Menores, en el que realizó investigaciones sobre delincuencia infanto juvenil y Directora del Instituto Neuropsiquiátrico "Cecilia Estrada de Cano" dependiente de la Liga Argentina de Higiene Mental. En estas instituciones y en Sanidad Escolar observó, diagnosticó y clasificó, sólo entre 1934 y 1940, 5000 casos de niños y adolescentes asentando, así, sus investigaciones en una casuística sorprendente para la época.

El texto

En el artículo que sucede a esta reseña se abarca un amplio espectro de la patología infanto-juvenil que va desde la investigación a base de tests psicométricos de la correlación entre edad cronológica y edad mental hasta la problemática que la autora llama perversión infantil. El papel reservado a la psicometría está delimitado en un conjunto de exámenes y sólo su combinación con otros múltiples niveles de observación permite la formulación de un diagnóstico. Pasa luego al estudio del nerviosismo infantil detallando la sintomatología más típica detectada en sus estadísticas. Cabe señalar que estas observaciones practicadas hace casi medio siglo son contemporáneas a los trabajos de Lutz sobre la esquizofrenia infantil y a los de Despert (entre 1930 y 1937) y previos a la comunicación de Kanner sobre el autismo infantil precoz(10). No hay alusión a nomenclatura psicoanalítica alguna, cosa que sí veremos aparece en artículos de la autora una década más tarde. Al practicar la enumeración de los grupos discernibles desde el punto de vista de la neuropsiquiatría infantil se preocupa por las medidas higienicodietéticas que rescaten de un destino de debilidad mental a los niños desnutridos y se siente desarmada frente a la evolución epiléptica. Aisla por fin a los grupos con síntomas psíquicos propiamente dichos sin substractum orgánico aparente y a las anomalías de comportamiento inducidas, reflejas, reactivas y condicionadas por mala educa-

ción. "Todas las series mórbidas se presentan en ellos: síntomas de la serie hipocondríaca y depresiva; obsesiones, fobias e impulsiones obsesivas; manifestaciones histéricas e histeroides; esquizotimia y actos perversos" dice Tobar García y separa de estas categorías de pacientes los que tienen "constituciones psicopáticas" y los que presentan "manifestaciones de perversidad". En su carácter de "puericultora" y "homicultora" llama la atención sobre estas dos patologías y en particular la perversidad infantil, síndrome más que constitución, más análogo a la frenastenia (por sus agenesias y atipias morfológicas y psíquicas, retardo neurológico, trastornos de la sensibilidad general y sensorial, que a las psicopatías. El niño perverso tiene para Tobar García una "peligrosidad específica" potencialmente productora de crimen y delito en la edad adulta. La única "defensa posible de la sociedad" será entonces, para nuestra autora, la organización de la "captura del perverso desde la infancia" creando para ellos "instituciones especiales donde pudieran ser observados a través del tiempo, tratados y retenidos definitivamente, los que no obtuvieran mejoría"(11). La perversidad infantil para Tobar García es una sociopatía, reeducable en algunos casos, irrecuperable en la mayoría de ellos. Al fin de su artículo propone respuestas sociales en un crudo lenguaje de alienista que se hace cargo de la filantropía con los más débiles y recuperables y de la custodia y aislamiento de las locuras generadoras del escándalo social. Carolina Tobar García falleció en Buenos Aires el 5 de Octubre de 1962.

Paradójica trayectoria, centrada en una sistemática preocupación por la niñez, la de esa mujer a quien no se le conoció pareja y murió sin vivir la maternidad ■

Bibliografía

1. Tobar García, Carolina, "La Higiene Mental del Escolar". El Ateneo, Bs. As., 1945.
2. Rosen, George, "Locura y Sociedad, sociología histórica de la enfermedad mental", Alianza Universidad, Madrid, 1968. págs. 331-348.
3. Guerrino, Antonio A., "La Psiquiatría Argentina", Edit. Cuatro, Bs. As. 1982, pág. 86.
4. Tobar García, Carolina, Op.cit., págs. 227-228, 229.
5. Tobar García, Carolina, "Enfermedades Mentales en el Magisterio", Rev. Arg. de Higiene Mental, Año IV, Marzo/Abril 1947, N° 22, págs. 5 a 8.
6. Guerrino, Antonio A., Op. cit., pág. 54.
7. Lardies González, Julio., "Medicas argentinas con aportes sociológicos" Archivos de Historia de la Medicina Argentina, Bs As., 1974, N° 9, págs. 26 a 29.
8. Tobar García, Carolina, "Problemas psicopedagógicos de la escuela de adaptación", Rev. Arg. de Hig. Mental, Año V, Enero 1946, N° 18, págs. 15 a 33.
9. Tobar García, Carolina, "El testimonio infantil", Problemas epistemológicos", Bs. As., 1955.
10. Kanner, Leo, "Autistic disturbances of affective contact", Nervous Child, 1943, 2, págs. 217 a 230.
11. Tobar García, Carolina, Guiñazú Sixta Elira y Marquiani Valentina, "El síndrome de perversidad en la infancia", En actas y trabajos del Ier Congreso Nacional de Puericultura, Bs.As., 7 al 11 de Oct. de 1940.



COCIENTE EVOLUTIVO PSÍQUICO NORMAL EN LA EDAD ESCOLAR

Cociente evolutivo psíquico en nuestros niños. Test mentales.
El neurosismo infantil. Porvenir de los niños nerviosos.
Instituciones para anormales en nuestro país.*



Dra.
Carolina Tobar García

Cociente evolutivo es la relación que proviene de dividir el nivel intelectual alcanzado por un niño, según los tests mentales, por el nivel alcanzado por otro niño ideal de la misma edad, que se toma como tipo o patrón y cuya edad mental es igual a la civil. Prácticamente se obtiene ese cociente dividiendo la edad mental por la edad llamada cronológica, física o civil.

Es, por lo tanto, una relación descubierta entre un dato objetivo y otro conceptual. Este último, a su vez, proviene de la noción de "etapa" aplicada al desenvolvimiento psíquico y sostenida por muchos investigadores.

Binet, llegó al concepto de edad mental tras laboriosa experimentación psicopedagógica y estadística, fundándola en la correspondencia que se advierte entre inteligencia y rendimiento.

Aceptadas las bases sobre las cuales se funda, no tiene más defecto que querer medir la inteligencia por medios indirectos, que es el mismo defecto de querer medir el tiempo por medio del espacio, de donde ha surgido el reloj.

Se dice que cuando un rendimiento determinado corresponde a la mayor "frecuencia", es decir, a la mayor parte de los niños de una misma edad, es *medio o normal*. De paso diremos que conviene tener ciertas nociones de matemáticas, cálculo de probabilidades y, sobre todo, la curva de la media aritmética, que es el método de Gauss, para comprender el verdadero significado de estas premisas y evaluar su correspondencia con la realidad.

La medida del rendimiento se puede realizar por medio de pruebas analíticas o sintéticas, en cuya valoración detallada no entraremos.

Las pruebas analíticas apuntan a una función mental pura o a un grupo de funciones; las segundas, a un supuesto "factor general", sobrepuesto a las aptitudes particulares.

La elección de pruebas se hace según el partido que se haya tomado. Toda elección comporta la aceptación de una teoría referente a la estructura de lo que se llama inteligencia. Los que postulan que ella es una masa heteróclita de aptitudes, prefieren las pruebas analíticas con las cuales creen aprehenderlas. Los otros y entre ellos Spearman, afirman que en el intelecto hay un "factor general" que impregna todas las aptitudes particulares, de donde resulta una correlación más o menos elevada entre las manifestaciones de la esfera intelectual. Por lo tanto, no habría necesidad de pruebas par-

ciales. Una sola, que captara ese "factor general" sería suficiente y esa prueba, es la adaptación a situaciones nuevas o imprevistas. Más que habilidad para defender su tesis, ha tenido éxito en el ataque de la contraria, llegando a burlarse de los tests mentales: "Usted come carne fresca. Porque usted come lo que compró ayer y lo que usted compró ayer era carne fresca". Lo que él mismo explica diciendo: "Usted quiere medir el poder de la atención. Para eso usa el test del tachado y ese tachado está dado, según usted, por el poder de la atención".

Parecería, según esto, que la estimación del poder de la atención por medio de ese test o de otro cualquiera, no tiene más fundamento que una intuición personal, indemostrable por lo tanto.

Como el tema que este Congreso nos ha asignado cae en el seno de un terreno todavía tan discutido, nos vemos obligados a este proemio, con el cual parecería que comenzamos por donde otros podrían terminar.

En efecto, la crítica previa de los propios procedimientos y métodos, nos evitará malentendidos y su consiguiente discusión inofensiva, pero también es útil, para evitar la peligrosa instancia de caer en un realismo ingenuo.

A este respecto conviene hacer presente que la estadística muestra fenómenos o apariencias de hechos que muchos niegan como si tales apariencias no correspondieran a una realidad verdadera y no existieran sino pa-

* Publicado en "Actas y Trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura", Buenos Aires, 7 al 11 de octubre de 1940. Vol. I, págs. 292 a 304.

El carpinterito

A Gustavo se le ha roto su carrito de madera y lo compone él mismo.
¡Con cuánta destreza maneja el martillo para trabajar!

ra la estadística misma que las crea, en cierto modo, o que las descubre, merced a una nueva forma de apriorismo inventado para aprisionar "fenómenos" todavía mal conocidos en su esencia. Pongamos un ejemplo: el paralelismo entre la edad cronológica y la mental, que se observa en la mayoría de los niños normales. Desde luego se sabe que el "paralelismo" de dos hechos en estadística no significa necesariamente una relación de causalidad entre ambos". La edad mental no es la consecuencia única y exclusiva de la edad cronológica, sino de una causalidad pluridimensional. Lo que la estadística muestra es la elevada correlación entre ambos hechos. Por lo tanto, la relación subsiste como valedera mientras no medien factores excepcionales que la destruyen. Es claro que la edad mental por su parte, tiene además correlaciones múltiples que se deben examinar previamente, antes de dar por cierto un cociente evolutivo. Lo contrario sería falta de método, aunque no de principios.

Hecha esta nueva salvedad, un poco pleonástica si se quiere, podemos continuar ahora con cierta firmeza en la exposición de los hechos con que aspiramos a responder a la justificada ambición de este Congreso y su propósito de conocer el desarrollo psíquico de nuestro niño.

Diremos en general y, limitándonos a la edad escolar, que los alumnos crecen en poder mental, capacidad adquisitiva y elaborativa, año tras año, desde que ingresan en primer grado hasta que terminan, el sexto, cosa conocida y aprovechada —bien o mal— por la Pedagogía, como lo demuestran los programas en su creciente complejidad.

Que ese desenvolvimiento se puede esquematizar en una línea, es por la edad mental como ordenada y la edad cronológica, como abscisa y para otros sería, en cambio, una curva formada por la unión de los logaritmos correspondientes a cada cifra de la edad cronológica en relación a un rendimiento dado.



Tejiendo

Dorita trabaja: teje calcetines.

Su mamá le ha enseñado a tejer. Es una niña paciente y perseverante.



En ambos casos el cociente evolutivo es constante. Las diferencias en la forma de la curva quizá estén dadas por la naturaleza de la aptitud que se explora por los caracteres de la prueba que se usa y por la selección de los sujetos. Los experimentadores han trabajado con distintos tests generalmente, y por eso tampoco sus "curvas" coinciden. ¿Existe paralelismo entre las curvas de varios individuos? o, dicho en otros términos: ¿El C. E. es constante? Casi todos se inclinan hacia la afirmativa. Las fluctuaciones si las tiene, son mínimas.

Nuestra práctica nos determina también afirmativamente y por esa razón hemos usado el C. E. como base de pronóstico en la Escuela al Aire Libre N^o 6, como veremos después. Todos los exámenes mentales han sido controlados por el rendimiento escolar. Aplicando estos conocimientos generales a la clínica, hemos procedido del siguiente modo:

Primero: tratamos de establecer la relación efectiva entre edad cronológica y "grado" que se cursa en la escuela. Se hizo un censo en el C. E. 3^o, donde concurrieron más de 12.000 niños en 1939. La distribución de los niños por grado, poniendo las edades en la abscisa y la "frecuencia" en las ordenadas, nos dió como resultado que para cada grado corresponde una edad que llamaríamos ideal porque responde a la Ley 1.420, pero tiene además una edad real media que se determina por el máximo de frecuencia. No siempre coinciden en la realidad estas dos edades.

Pero además de esta cifra media, hay dos cifras más que se le aproximan y que se encuentran a cada lado de la anterior "Desviaciones standard", dando así, si se unen sus puntos máximos, la "curva en campana". Esta "campana" no es perfectamente simétrica y se prolonga más del lado de los atrasados. Siempre hay más niños atrasados que adelantados, con relación a la edad media estadística correspondiente a cada grado. Tiene esta ma-

Un arquitecto

Tito juega con las fichas del dominó

Dice que hace casitas y torres y cuando alguien se acerca a la mesa exclama
¡Despacito que van a derribar mi construcción!



do por medio de la Escuela de Terman; es el que se puede leer a continuación:

nera de considerar el progreso escolar una gran importancia para el cómputo de los atrasados que no se ha de hacer según la Ley 1.420, sino según las leyes estadísticas. Las "inflexiones" máximas de la curva en campana se deben a las desviaciones extremas, desviaciones que salen del dominio de lo "normal".

Este debe ser el primer paso en el estudio del progreso colectivo de una "población", usando esta palabra en el sentido de Johansen.

El segundo paso será el de la determinación de la edad mental.

Nosotros no hemos podido realizar tal determinación en un número tan grande de niños, por falta de personal. Por eso nuestros estudios experimentales completos se reducen a grupos relativamente pequeños, dotados eso sí, de caracteres diferentes.

El primero en la escuela "Herrera Vegas"; el segundo en la Escuela al Aire Libre N° 6; el tercero en el Colegio Ward, y el cuarto, en el Hogar "Santa Rosa".

Veamos el 1°: Durante cuatro años hemos seguido desde tercero hasta sexto grados, un grupo de niñas a quienes hemos estudiado ampliamente no sólo por medio de la psicometría, sino por otros recursos psicológicos aún más fecundos. La documentación relacionada con ese estudio consta de los tests y de varios miles de composiciones obtenidas por un método original que nos permitía explorar la afectividad a través del intelecto. De ese trabajo, que quedará terminado a fines del presente curso escolar, cuando esos niños hayan egresado de la escuela, se ha hecho una publicación preliminar por medio de la Editorial Kapeluz, donde se analiza un aspecto de la cuestión, el relacionado con la lengua.

Tenemos un cuadro del estudio psicométrico realiza-

	E.C.	E.M.	C.E.
1 María Luisa M.....	13.7	13	0.94%
2 Jorgelina B.....	12.11	15.8	1.30
3 María C.....	14.6	11.9	0.81
4 H. J. A.....	13.11	12.3	0.93
5 Graciela G. C.....	13.8	17	1.23
6 Elida S.....	13	13.9	1.06
7 Beatriz L. N.	13	15.10	1.16
8 Anita D.....	15.3	13.9	0.90
9 Clotilde Y.....	14.10	12.7	0.90
10 Teodora M.....	13.9	12.6	0.90
11 Teresa M. C.....	15.9	13.1	0.83
12 María Ang. F.....	13	17,3	1.33
13 Luisa P.....	14.10	12.2	0.91
14 Manuela R.....	14.10	13.6	0.96
15 María Luisa P.....	13.9	14.6	1.05
16 Susana G.....	13.8	14.2	1.02
17 Nilda A.....	14.6	13.3	0.91
18 María Josefa G.....	13.4	13.10	1.0
19 Blanca Alba S.....	12.10	12.6	1.0
20 Margarita G.....	14.3	13.2	0.92
21 Ofelia R.....	13.11	13.6	1.0
22 Isabel R. G.....	13.3	18	1.35
23 Dora M.....	12.3	13.5	1.09

La curva de distribución de los cocientes es la curva de Gauss. El máximo de frecuencia corresponde a C. E. igual o próximo a la unidad. La campana es también asimétrica, y en este caso en favor de los niños inteligentes, cosa natural, porque no hay —o no debería haber— débiles mentales en estos grados.



Jugando

Y estas niñas ¿A qué juegan?
Juegan a la gallina ciega, moviéndose, corriendo
y saltando al aire libre

Jugando
Estos dos han reñido por una bagatela y ahí los tenéis,
peleando como los pilletes de la calle.



Desde el comienzo del estudio con estos niños sabíamos que se trataba de un grupo estrictamente medio, casi mediocre. Tenían todas las "condiciones" previas de la inteligencia" según llama Jaspers a la perceptividad, fijación, evocación, lenguaje y mímica.

Comenzaron en tercer grado el trabajo de elaboración propiamente dicho. Adquirieron durante el primer año la máxima espontaneidad y confianza que permitía el libre despliegue de todas sus aptitudes y suprimía los factores inhibitorios que se originan en una afectividad reprimida. Aprendieron a manejar a su arbitrio todos los medios de expresión, verbales y mímicos, convencionales o no.

Desde el momento que tuvieron todos el instrumento igualador, que es el lenguaje y los programas —y a pesar de ellos— empezaron a notarse las diferencias de cociente, llegando a distinguirse 4 ó 5 como muy inteligentes. El control de los tests ha sido perfecto y en ningún caso se halla en desacuerdo con la opinión de los maestros.

En el Colegio Ward se examinó también un sexto grado. El resultado del test se halla consignado en el siguiente cuadro:

COLEGIO WARD

	E.C.	E.M.	C.E.
1 Alicia R.....	14.11	13.70	0.91%
2 Angel F. A.....	13.50	12.60	0.93
3 Arnaldo A.	12.80	11.11	0.94
4 Roberto G.....	13.30	13.20	0.99
5 Mario A. C.....	12.70	12.70	1.00
6 Sidonio D.....	12.10	13.20	1.02
7 Flora J.....	12.30	12.70	1.02
8 Ciro A.....	12.40	12.10	1.04



	E.C.	E.M.	C.E.
9 Denis W. E.....	14.20	15.10	1.06
10 Ayrton B.....	12.40	13.60	1.09
11 Héctor V. . .	13.70	14.11	1.09
12 Manuel A. H.....	11.70	12.11	1.11
13 Jorge A. O.....	11.11	13.11	1.16
14 Francisco A. P.....	14.30	16.70	1.16
15 Juan K.....	13.80	16.40	1.19
16 Carlos de la C.....	13.30	15.11	1.20
17 Herman F. Y.....	12.11	16.70	1.29
18 Lidia B.....	12.00	16.60	1.39
19 Luis M. Roig.....	13.20	14.30	1.08
20 Y. M. C.....	13.60	16.40	1.20
21 César P. Z.....	12.40	15.00	1.21

En la curva de distribución se observa un franco desplazamiento hacia la zona de los superdotados. Opera en este colegio una elevada selección económica y aun intelectual, por eso la frecuencia máxima tiene una media aritmética mucho más elevada que en la escuela común.

El tercer estudio se realizó en la Escuela al Aire libre Nº 6. Veníamos observando desde años atrás que los niños de las escuelas al aire libre, juzgados según la llamada regla de Binet, eran muy atrasados y podían ser tomados, "prima facie", como débiles mentales. Pero al levantarse su anamnesis escolar, se encontraban muchas causas de atraso que no dependían de lo psíquico. Fué por eso que empezamos a realizar el examen mental en la fecha de la inscripción. Todos los niños de 6 años que no tuvieran edad mental suficiente para aprender a leer, eran colocados en una especie de jardín de infantes. Los de 6 y 7, que tenían cociente evolutivo medio, se agruparon en grados homogéneos y los de 8, 9 y 10 años que dieron cocientes inferiores a la medida, se agruparon también juntos. Se eliminaron los niños turbulentos y los que tuvieran múltiple "handicap".

Son cariñosas

El domingo es el gran día para nuestras chicas. Viene la abuelita. La rodean y la llenan de caricias. Discuten quién la quiere más. ¿Y tú abuelita a quién quieres más? pregunta Haydée. ¡Yo quiero a la más obediente y a la que nunca dice mentiras!

Leopoldito
 Leopoldo es hijo del almacenista
 Es un excelente niño
 Ayuda a su papá haciendo el reparto.



Desde entonces la promoción ha mejorado, llegando muchas veces al 100%.

Finalmente tenemos un cuarto grupo, el del Hogar "Santa Rosa", cuyo internado se compone de niños indigentes, abandonados, normales o no, es decir, muy heterogéneo. La curva de distribución tiene un área mucho más extensa, desplazándose hacia lo negativo. La cima de la campana se halla sobre la línea de la debilidad mental y las desviaciones extremas confinan, por la izquierda en la imbecilidad y por la derecha hay unos pocos individuos muy inteligentes. Esta observación se basa sobre 230 exámenes. En ellos están incluidos muchos anormales del carácter que no dan nunca su rendimiento máximo. Se ha incluido también *algunas analfabetas*.

Las curvas difieren sensiblemente como difieren los ambientes.

Para ser justos, conviene recordar aquí los últimos postulados sobre la cuestión de los caracteres: "Según Baur—dice Leininger— existen razas de la primula de jardín que, puestas en invernadero a la temperatura de 15° a 20°, dan flores rojas, pero que en invernaderos a la temperatura de 30° a 35°, dan flores blancas. ¿Cuál es, entonces, el color que la flor tiene por herencia?; o lo que es lo mismo, en presencia de una determinada cualidad de la flor: ¿se puede afirmar que esa sea su cualidad hereditaria? La blancura de la primula, como el rendimiento de un niño, no es fatalmente carácter hereditario y no está en correlación elevada con su dotación intelectual, sino en función del medio.

Por eso son tan justas las observaciones de Meumann con respecto a los tests: "al lado de las pruebas intelectuales deben ir las de estimación del ambiente".

Con lo que llevamos dicho, se habrá podido ver ya que el C. E. de nuestros niños tiene los mismos caracteres anotados en otras partes, distribuyéndose en la "población" según la curva de Gauss. Una cuestión que no

se ha terminado de investigar es la relación del cociente evolutivo con la raza, la nacionalidad, la inmigración, etc. Respecto de los tests mismos, conviene agregar lo siguiente:

Los tests mentales tienen su máxima aplicación en Psicopedagogía y en Psiquiatría escolar. Los que usan las escalas por puntos, partidarios de la teoría del "factor general", critican al método que nosotros usamos el concepto de "etapa" involucrado en el de la edad mental.

Saffiotti ha dicho que los tests no tienen un valor absoluto para una edad determinada, por lo cual sería mejor aplicarlos por grupos y, al efecto, hace dos: uno, el de los menores de 10 años, y otro el de los que pasan de 10.

Esta objeción parecería justificada hasta por la historia de los tests. En efecto, una prueba que en el test original de Binet está en los 7 años, ha pasado al año 5° de la revisión de Terman y al 8° de la de Bobertag. En el primer grupo hay que dirigirse a la exploración de las "condiciones previas de la inteligencia". El mismo Sancte de Santis, afirma que hasta los 9 años, el examen de la memoria da una idea muy aproximada de la inteligencia general. No ocurre lo mismo cuando se ha franqueado los 10 años, época en que la escuela, los tests y aun la vida, exigen al niño el juego de su capacidad combinadora y elaborativa.

El papel que nosotros concedemos a los tests está bien delimitado en nuestro esquema de examen escolar usado en la Clínica:

- 1° Antecedentes hereditarios y clínicos.
- 2° Primer desarrollo neurológico.
- 3° Examen clínico general, neurológico y neuroendocrino en particular.
- 4° Examen psicométrico (tests).
- 5° Examen psíquico: por el método clínico.
- 6° Pruebas de instrucción común.
- 7° Historia escolar.



María y Lucrecia
 Barren, pasan el plumero por los muebles, arreglan su dormitorio,
 tienden las camas, ponen la mesa.

*El pescadero
Pedro es hijo de un pescador, y le ayuda a vender.
Vuelve a su casa contentísimo, con los canastos vacíos.
Entrega el dinero ganado y después almuerza.*



El test, como se ve, es un instrumento coadyuvante para determinar la capacidad, el caudal y el grado de desarrollo psíquico a través del rendimiento.

La cuestión del neurosismo infantil es sumamente extensa y vaga. Dejando a un lado toda la información bibliográfica pertinente, dejando también atrás el concepto de "diátesis", enfocaremos el tema como neuropsiquiatras de la infancia y tal como se nos presenta en la edad escolar.

La expresión "niño nervioso" como la de "niño anormal", carece de definición científica. En unos casos se presenta como epifenómeno y en otro, como explicación causal que es como decir, está nervioso porque está enfermo o, se conduce mal porque es nervioso.

De entre la masa enorme de niños nerviosos que tenemos fichados en el Cuerpo Médico Escolar, en la Liga Argentina de Higiene Mental y en el Patronato Nacional de Menores, extractamos la sintomatología más común y más típica:

- 1° Vómitos antes de partir para la escuela.
- 2° Despeños diarreicos en la escuela.
- 3° Mareos. Tics. Tartamudez. Convulsiones. Ausencias.
- 4° Hiperactividad, turbulencia.
- 5° Irascibilidad. Impulsividad. Hurtos. Pendencias.
- 6° Aislamiento. Humor sombrío. Hiperestesia. Actos y aficiones extravagantes.
- 7° Dolores erráticos. Mutismos parciales. Amenazas de suicidio. Autoacusaciones falsas.
- 8° Manifestaciones de sexualidad precoz.
- 9° Extrañeza del mundo que les rodea.

El examen clínico descubre a veces signos físicos concomitantes o no, pero otras tantas no descubre absolutamente nada.

Considerando el asunto desde el punto de vista de la neuropsiquiatría infantil, quizá se puedan hacer algunos grupos, siquiera para entendernos.



*Clarita y Leonor lavan y planchan
Una lava y la otra va colgando la ropita de las muñecas en la cuerda.
También lavan algunas piezas chicas de uso en la casa.*

Veamos los siguientes:

- 1° Trastornos indiferenciados, inestabilidad e hiper-estenia elementales, imposibles de catalogar en un síndrome determinado y que sólo se acercan al de excitación psicomotora.
- 2° Inestabilidad con fatigabilidad.
- 3° Convulsiones, ausencias y otros síntomas de la serie epileptoide.
- 4° Síntomas psíquicos propiamente dichos sin substratum orgánico aparente.
- 5° Anomalías de comportamiento inducidas, reflejas, reactivas y condicionadas por mala educación.

1º) En el primer grupo la inestabilidad tiene grados, y como va ligada a una hiperactividad, puede llegar a la turbulencia. Son absolutamente inescolarizables mientras el tratamiento médico que se impone, no consiga reducirla. Es generalmente sintomática y su pronóstico está en relación con la etiología.

2º) El segundo grupo. Lo hemos podido advertir el año pasado, en una investigación realizada en el C. E. 3º, donde se hizo un censo de niños atrasados y nerviosos. Los maestros, según su criterio, separaron 270 niños entre insuficientes, retardados e inestables. De los 270 censados examinados, 130 y de esos separamos 52 que presentaban secuelas de raquitismo, hiponutrición, hiperreflexia tendinosa, signo de Chvostek y ese signo que Dupré ha designado como paratonía o sea, de contracción muscular lenta. Los 52 tenían éste último y en virtud de él, principalmente, tratamos de estudiarlos. Se hizo la anamnesis alimenticia con el concurso de la Dra. Delia Guiñazú, del curso de médicos dietólogos del Instituto Nacional de la Nutrición, el examen eléctrico en el Servicio del Dr. Lanari, en el Hospital de Clínicas. Wassermann y Kahn y fórmula leucocitaria en el Cuerpo Médico Escolar y examen mental en la sede de dicho distrito.

En la calle

*Alberto no raya ni escribe las paredes.
No grita, no corre ni tropieza con las personas*



Los resultados fueron los siguientes, expresados en síntesis solamente:

Niños sometidos a regímenes inadecuados e insuficientes, pobres en calcio y muchas veces también pobres en proteínas animales y en hierro. Niños que, a pesar de lo anterior, no toman el agregado de vitaminas A ni D, y que viven en habitaciones malsanas. Niños a quienes se les había recetado sistemáticamente algún tónico, del tipo del jarabe yodotánico. Desde el mes de octubre de 1939, en que se les examinó por primera vez hasta hoy, se consiguió mejorar a algunos suministrándoles calcio por vía oral o intramuscular y vitaminas D-A, otros con Colonias de Vacaciones, escuela al aire libre, u otros tratamientos como amigdalectomía, etc. Lo más difícil de todo es mejorar la dieta. Es casi imposible conseguir que su alimentación responda a las cuatro leyes del Profesor Escudero, porque ello requiere una acción mucho más acentuada que la que hemos podido desarrollar en tan poco tiempo.

Aquellos que mejoraron su alimentación mejoraron también física y psíquicamente. El solo aumento del apetito, que permite la ingestión de alimentos que antes rechazaban, produjo un cambio radical en su cuadro clínico.

Creemos que este grupo es el más interesante para la medicina escolar que tiene el gran recurso de la escuela al aire libre científicamente organizada. Son los "falsos anormales" de la pedagogía. Su pronóstico es infinitamente más benigno. Estamos convencidos de que disminuye espontáneamente con la edad y merced a factores favorables de la vida misma que no necesito analizar, pero mientras tanto, en los primeros años, desde el primero hasta el segundo grado, generalmente, su fatigabilidad es manifiesta, pero menos desconcertante que la del grupo anterior, porque nunca lleva a la agitación ni a la turbulencia.

3º) Es casi inoficioso hablar del epiléptico y del epi-

leptoide, por cuanto están expresamente suprimidos de la escuela, en razón de la repercusión que su enfermedad tiene en el ambiente. Son enfermos y su situación no ha sido resuelta satisfactoriamente en ningún país del mundo.

Cosa semejante ocurriría con los tics y la tartamudez si su benignidad no atemperara las circunstancias.

Los últimos grupos (4º y 5º) tienen mayor significación para la Higiene Mental y Social, para la pedagogía enmendativa, para lo que se ha dado en llamar reeducación. Todas las series mórbidas se presentan en ellos: síntomas de las series hipocondríaca y depresiva; obsesiones, fobias, e impulsiones obsesivas; manifestaciones histéricas e histeroides; esquizotimia y actos perversos.

El poder de introspección de los niños anormales aparece más temprano que el de los comunes y así se oye a los 8 años describir sus impulsos con un lenguaje característico. Los actos extravagantes de patología obsesiva en unos, el humor sombrío y la susceptibilidad de otros, la irritabilidad de casi todos, el aislamiento o la agresividad, los delatan en poco tiempo.

De estos últimos grupos de niños nerviosos, hemos desglosado los que tienen constituciones psicopáticas y los que tienen manifestaciones de perversidad, por creerlos dignos de una consideración aparte.

Las constituciones psicopáticas en la infancia y la pubertad plantean problemas de variada naturaleza. Dando por sentado que las constituciones psicopáticas existen y que se pueden apreciar desde la infancia, hemos estudiado particularmente las menores del Hogar "Santa Rosa", cuyas edades se cuentan desde los 4 hasta los 18 años. Hemos contado con la colaboración técnica de la señorita Olimpia Romero Villanueva, Visitadora egresada de la Escuela de la Liga Argentina de Higiene Mental y de la del Museo Argentino, de manera que nues-



*Aprenden cosas útiles
Leonor y Lucrecia saben zurcir medias. La mamá les enseña.
Cosen ropita para sus muñecas.*

tros estudios tienen el máximo de corrección que nosotros hemos podido imprimirles.

De 250 menores egresadas, anotamos 37 que presentan signos intensos y fijos, que las hacen inadaptables a los ambientes educativos comunes, encontrándose la mayor parte de ellas asiladas en la Casa Correccional. Les ahorraremos a ustedes la exposición de los "casos", por interesantes que sean, porque lo que nos interesa destacar en este momento es el diagnóstico tardío y el porvenir de esta clase de niñas. Las manifestaciones constitucionales se ven por eso agravadas por actitudes reactivas de defensa o de ataque, que ha despertado el ambiente. Siempre fueron consideradas "desarmónicas con perversiones instintivas", librándolas desde ese momento a su propia suerte. Las instituciones que las acogen, pronto las expulsan. Torman y retornan al Asilo de la calle San Juan.

Así como no existe la escuela auxiliar médico-pedagógica que permita el diagnóstico precoz, tampoco existe la institución apropiada para los que tienen ya trastornos diferenciados. A lo sumo tenemos una Colonia para retardados que es la menos interesante para el neurosismo. En el fondo hay una cuestión doctrinaria que discutir. Las instituciones creadas por el Ministerio de Instrucción Pública parecerían destinadas únicamente a los niños normales. Como excepción, tiene los Institutos para ciegos y sordomudos. Los organismos creados por el Ministerio de Relaciones Exteriores, Culto y Beneficencia, parecerían decidirse por los enfermos, y a lo sumo por los frenasténicos.

Quedan los "nerviosos" en el hiatus establecido entre el enfermo y el sano. Pero ahí precisamente hay otra cuestión doctrinaria que dilucidar.

El "hombre de la calle" no está preparado para resolver semejante problema, y nos corresponde a nosotros, los médicos pediatras y alienistas, en función de puericultores y hominicultores, el decir la verdad.

El porvenir de este grupo diferenciado es esperar en



la Casa Correccional o en otra parte peor, la mayoría de edad, y una vez alcanzada ésta, lanzarse a la sociedad prevenidas contra ella, dedicándose a la prostitución.

El segundo grupo diferenciado que debemos considerar, es el de los niños que presentan síntomas de la "serie perversa".

Realizamos este estudio en colaboración con la Dra. Elvira Guñazú y la señorita Valentina Marquiani, médica y visitadora, respectivamente, del Instituto "Cecilia Estrada de Cano", creado por la Liga Argentina de Higiene Mental.

En un total de 5.000 que llevamos examinados desde 1934 hasta este año, advertimos una centena de niños que presentan trastornos característicos de esa serie.

Una exposición sobre la constitución perversa debería ir precedida por el estudio de los factores que determinan la conducta humana y su adaptación a la vida social, pues no existe una fórmula psicológica de dicha constitución. Se establece más bien sobre signos negativos que sobre rasgos decididamente positivos.

Debería llevar también una historia del concepto, desde la época en que Pritchard la denominó "Moral Insanity" y de todas las vicisitudes que ha sufrido a través de las diversas denominaciones de "moral imbecillity", "moral deficiency" "ceguera moral", etc., hasta llegar al estado en que se habla de "constitución perversa".

Esta "constitución" no tiene para la psiquiatría el mismo significado que las otras llamadas psicopáticas, por cuanto no hay ninguna enfermedad mental en conexión necesaria con la constitución perversa. La locura moral ha sido rechazada como locura propiamente dicha.

Por esta razón hemos separado de los niños llamados vulgarmente nerviosos los que responden a este tipo. Así como para el diagnóstico de epilepsia se exige la convulsión o sus "equivalentes", para el de perversidad se exige la existencia del acto perverso pero, el acto perverso no basta para decir perversidad, como no basta



Teté y su hijito

Teté tiene un muñeco con cara de llorón.

Toma tu leche picarón...

Aparece Angélica y ve que el hijito de Teté está fajado y no puede mover las piernas.

No lo faje, señora. Debe Ud. dejarle más libres los brazos y las piernas.

Ambas repiten, jugando lo que han oído decir a sus padres.

El payasito

Pepito hace pruebas

A veces se cae y hasta se da golpes recios. Pero él no llora.

Así me gustan los muchachos. Que no sean llorones de puro flojos.



una convulsión cualquiera para decir epilepsia. Un análisis del protagonista es indispensable. El diagnóstico requiere consideraciones objetivas y subjetivas, antropológicas y sociológicas.

Por muchos respectos antes que una comparación con las constituciones psicopáticas, la llamada constitución perversa tiene analogía con la frenastenia. Presenta, como ésta, agenesias atípicas, morfológicas y psíquicas, retardo neurológico, trastornos de la sensibilidad general y sensorial, de donde provienen las denominaciones de imbecilidad, ceguera moral, ya abandonadas.

La interpretación de la psiquis en "tres esferas" ha venido a oscurecer todavía más la explicación de la perversidad como trastorno predominante de una. La conservación aparente de otra ha hecho creer que estaba indemne, dando seguramente a la capacidad combinatoria más importancia de la que tiene.

El concepto de locura moral ha sido también perjudicial para el de perversidad, pues nunca ha respondido a la definición típica de alienación.

El síndrome frenasténico tampoco responde con absoluta precisión a este concepto. Creemos por esto necesaria una revisión del cuadro de la perversidad y nos atrevemos a llamarle síndrome y no "constitución", porque nos parece que rebasa los límites de lo constitucional.

Pero no es esta la ocasión propicia para tal discusión y sólo expondremos lo indispensable para llegar a las consecuencias relacionadas con la Higiene Social. Nivel o potencial perverso y tipo clínico, son los datos indispensables para su diagnóstico. Les ahorraremos también la lectura de los casos por no creerla indispensable, ya que lo que interesa es su número.

El perverso, como el frenasténico o como el alienado, es un ser extra o antisocial. La inteligencia en cualquiera de los tres casos, no está habilitada para la autoconducción sin perjuicio para sí mismo o para la socie-

dad, pero el perverso tiene además de la peligrosidad genérica de todas las desarmonías, una peligrosidad específica que constituye su esencia.

No habiéndose aceptado en nuestro país el concepto jurídico de peligrosidad, la sociedad está desprovista de defensas para cuando lleguen a ser adultos y su perversidad se convierta en crimen o en delito.

Por una razón conviene abandonar el concepto de constitución que nos ata las manos para la profilaxis, considerándolo abiertamente como síndrome morboso y organizando la captura del perverso desde la infancia.

Los Institutos de puericultura, los Jardines de infantes, la Escuela primaria, deben formar una verdadera cadena para la denuncia de todo niño que presente anomalías de esta clase.

Finalmente y como corolario de todo lo dicho, debemos expresar que las autoridades educativas no pueden continuar desentendiéndose por más tiempo de la infancia anormal con el argumento formal de que no le corresponde. Se impone una investigación sistemática, la creación del profesorado para educadores de anormales, y el establecimiento desde el ciclo primario de escuela de observación y clasificación.

Sólo encarando el problema con gran amplitud se podrá obtener un resultado positivo de nuestros esfuerzos. Faltando ese vasto plan de conjunto, todo lo que se hace en la actualidad es fragmentario y disperso y no nos sirve más que para engañarnos con la ilusión de que trabajamos por el mejoramiento de la raza y el progreso de la higiene social ■

Las ilustraciones de este artículo han sido extraídas del libro primero de lectura corriente "Progresá" de Pablo A. Pizzurno, Librería del Colegio, Buenos Aires, 1941. De su texto se desprende la ideología dominante en la enseñanza primaria, que fue coetánea a los trabajos de la Dra. Carolina Tobar García.



Susto

No te asustes, Rosita. Es un conejo.

Es tan inofensivo como tu muñeco. ¡No hace nada!

CONFRONTACIONES



Entrevista a R. Horacio Etchegoyen Presidente electo de la I.P.A.

J Carlos Stagnaro

Vertex: Ud. comenzó su formación como psiquiatra. ¿Qué lo condujo a ello?

R. H. Etchegoyen: Aunque estaba más bien destinado a ser, por tradición o mitos familiares, hombre de letras o de leyes, siempre tuve la idea de ser psiquiatra. Creo que fue finalmente la influencia de mi hermano Juan Carlos la que me decidió a estudiar medicina y allí, como retorno de lo reprimido, me surgió la idea de ser psiquiatra. Yo quedé huérfano de padre muy pequeño. Mi nombre lo eligieron mis hermanos mayores; Pedro eligió Ricardo, Juan Carlos propuso Horacio. Aparece allí la figura de Horacio Oyhanarte, mi padrino, un político muy destacado, que ocupó un lugar muy importante en mi vida como figura de identificación (al igual que mi tío Edelmiro Palacios), quien pidió que se me llamara Horacio y entonces quedó R. Horacio. Cuando murió Oyhanarte fue velado cerca de la calle Juncal, donde tuvo su primera sede la Asociación Psicoanalítica Argentina. En un momento dado de la ceremonia salí a caminar solo, errando un poco por las calles e inopinadamente me encontré frente al local de la Asociación Psicoanalítica, entré y tome contacto por primera vez con ella. Era el año 45 ó 46... En 1948 me recibí de médico. Durante mis estudios estuve muy próximo a la clínica médica y también trabajé en anatomía patológica. Mi primer trabajo científico fue sobre los amartomas, una suerte de tumores o restos embrionarios. Lo escribí con el profesor Andrés Bianchi. En esa época fui alumno de Egidio Mazzei. Tomaba la copia taquígrfica de sus clases. El me instó mucho para que me dedicara a la Clínica Médica. Recuerdo que cuando le comuniqué que me iba a orientar al psicoanálisis se disgustó mucho.

En esos años concurrí a los cursos que dictaba Enri-

que Pichon Rivière en la calle Copérnico. Mi formación práctica como psiquiatra fue en el Melchor Romero. Allí tuve un gran maestro: José María Blanco. Era un hombre muy modesto, sumamente estudioso y culto, hablaba cerca de veinte idiomas y era un gran clínico. Falleció en 1974 en Tandil adonde ejercía como psiquiatra.



Vertex: ¿Estuvo en La Plata hasta su partida a Mendoza?

Etchegoyen: Empecé a trabajar como psiquiatra en 1949, llegué a Jefe del Pabellón de Admisión del Hospital Melchor Romero y creo que desempeñé bien ese cargo. Eran los años difíciles del peronismo. Había mucho autoritarismo y tuve ciertos desencuentros. Recuerdo que a la muerte de Evita quisieron obligarnos a llevar luto. Yo me negué y cuando se lo dije al Director, que no era un mal tipo, me pidió que por lo menos trajera una corbata negra y me la pusiera al entrar al Hospital.

Entonces renuncié. Puse una clínica con mi hermano Juan Carlos, que era neurocirujano, y dos amigos de La Plata: Alberto Delmar y Floreal Ferrara. Todos nosotros proveníamos del reformismo y éramos antiperonistas antes y después del 43. En ese grupo también estaban Recca, Lozano, Bergna, Favalaro... Se llamaba ADU (Agrupación Democrática Universitaria). Ferrara evolucionó hacia el peronismo. En los años de la Revolución Libertadora fui Presidente del Centro de Graduados de Medicina y mi secretario fue Héctor Ponce de León. Desde allí tuvimos actuación en las impugnaciones a los profesores que habían faltado a su conducta ética en los años anteriores. En el año 1957 García Badaracco había vuelto de Francia adonde había terminado su formación psiquiátrica y psicoanalítica y fue de profesor a Mendoza pero no se adaptó y quiso volver a Buenos Ai-

res. Entonces Pichon Rivière, Mimi Langer, Racker, que era mi analista, y algunos otros insistieron mucho en que yo fuera profesor porque me veían condiciones para el cargo. Como ya había terminado mi formación psicoanalítica y me sentía con una buena formación psiquiátrica, acepté. En Buenos Aires había otros, como por ejemplo Raúl Usandivaras, que tenían tantos o más méritos que yo para ocupar ese lugar pero quizás como yo era de La Plata, una ciudad menos atrapante que Buenos Aires me resultó más fácil ir. Estuve en Mendoza desde 1957 hasta 1966. Allá tuve algunos líos, tal vez por mi inexperiencia y mis posiciones. Para ese medio provinciano ser reformista y psicoanalista era algo demasiado progresista.

En esos años también me hice cargo del Servicio de Psiquiatría que fue evaluado como una experiencia piloto en Latinoamérica por la OMS. Eso surgió como consecuencia de un informe que hizo Paul Sivadon cuando nos visitó como experto de esa organización. Allí nació una cálida amistad entre nosotros. Creo que esa evaluación también influyó en mi situación allá. Hubo envidias y yo, más imprudente o más inexperto, no supe manejar mejor las cosas. Si esos hechos no hubieran ocurrido tal vez yo hubiera quedado allí como un psiquiatra de amplia visión psicodinámica y otro hubiera sido mi derrotero. Agotada entonces esa experiencia partí a Londres con una beca de la Organización. Allí me reanalicé con Meltzer e hice cursos en la Taristock Clinic. En ese año sufrí o gocé de una influencia muy grande del grupo kleiniano, supervisé y concurrí a los seminarios de Betty Joseph, de Hanna Segal, de Herbert Rosenfeld. Cuando volví a Buenos Aires me orienté definitivamente hacia el psicoanálisis y me alejé de la práctica psiquiátrica y de la terapéutica psicofarmacológica que había llegado a conocer muy bien. En la era premedicamentosa había trabajado con shock insulínico y cardiazólico en La Plata y luego, en Mendoza, introdujimos los psicofármacos. Recuerdo que allí hicimos los primeros ensayos con el Stemetil en nuestro país.

Vertex: A propósito del reciente Congreso Internacional de Psicoanálisis: en una primera aproximación nos pareció un tanto inasible el concepto de cambio psíquico que se planteó como tema central. ¿Cómo lo definiría?, ¿cuáles son, en su opinión, los parámetros para determinarlo?

Etchegoyen: Eso es difícil. Creo que el Congreso fue interesante y que el tema es muy valedero y debería seguirse trabajando. La idea de cambio psíquico propone muchos enigmas epistemológicos en el sentido de cómo debemos acotar su significado. Sin embargo también le veo algunas ventajas a ese concepto: por un lado es más modesto y por otro es más preciso que el de curación. En la medida en que nos hemos ido dando cuenta de la enorme complejidad de la mente humana la idea de curación se ha hecho muy cuestionable. Por ejemplo, yo me curo de determinados síntomas fóbicos pero asumo una actitud frente a determinados hechos de la vida que son una nueva manifestación de lo que antes era mi fobia, me curé de ella pero de lo que estaba realmente enfermo no. El concepto de cambio psíquico parecería más amplio que el de curación o que el de una simple remoción de síntomas. Por lo tanto creo que es un concepto útil, porque nos abre otra perspectiva, aunque también implique dificultades por estar muy sobrecargado de matices ideológicos.

Vertex: ¿Adaptacionistas?

Etchegoyen: Y también afectivos. Es una importante tarea del psicoanálisis actual poder señalar en qué consiste verdaderamente el cambio psíquico. El Congreso aportó algunos elementos pero estamos sólo al comienzo de un camino en ese sentido.

Vertex: ¿Habría entonces una invariancia estructural en el sujeto?

Etchegoyen: Yo no lo diría así. Creo que hay una dialéctica entre lo que es permanente y lo que es cambiante. Lo primero no tiene porqué estar ligado a la patología. Esta estaría más enraizada en lo contingente y el cambio psíquico tendría que entenderse, no como una pretensión de modificar la estructura, sino lo que está asentado en la estructura que es más contingente. Para decirlo en otras palabras yo no creo que sea necesario ni posible, por ejemplo, cambiar la estructura en el sentido del carácter obsesivo. Una cosa es el carácter obsesivo y otras son la caracteropatía o la neurosis obsesiva. Tal vez el que dió alguna pauta en este sentido es Liberman cuando hablaba de un Yo idealmente plástico, con estilos complementarios. Por ejemplo, se puede tener un carácter obsesivo y el cambio posible es que se puedan tener notas histéricas o fálico-narcisistas tomando la vieja clasificación de Reich. La idea de cambio estructural está cargada de muchos factores afectivos e ideológicos. En general, cuando los analistas y sobre todo los norteamericanos hablan de cambio estructural tienen más bien la idea de cambios en la estructura de Ello, Yo y SuperYo que es una cuestión legítima; también, por cambio estructural, si uno lo toma con un enfoque lacaniano, se trataría de la modificación de una estructura de significación y ahí cambio estructural se contraponen con explicaciones de tipo histórico-genéticas, lo que genera una controversia muy fuerte. Con un grupo de alumnos muy cercanos, escribí recientemente un artículo sobre esta cuestión.

Vertex: La conferencia de Analistas Didácticos tuvo como tema central "Entre Caos y Fosilización : los problemas de los diferentes marcos de referencia teórico-clínicos en la formación del psicoanalista", ¿qué líneas principales extrae de lo discutido allí?

Etchegoyen: Esa temática que impulsó Otto Kernberg tiene mucho que ver con una problemática específica que viven los psicoanalistas de Estados Unidos. Allí durante muchos años se enseñó un psicoanálisis hartmanniano con prescindencia de cualquier otra línea. Después sobrevino el fenómeno Kohut que no modificó sustancialmente las cosas. En Latinoamérica nunca se dió esa problemática. Aquí hubo siempre libertad para estudiar diversas líneas. Incluso los que tenemos posiciones tomadas con respecto a escuelas leemos mucho más a otros autores.

Vertex: ¿Hubo alguna resolución en relación a los criterios tradicionales de formación de analistas de la IPA?

Etchegoyen: Parecería ser que todo el mundo coincide en que los Institutos deberían exponer más las líneas teóricas fundamentales y que ningún analista debería salir de sus seminarios sin conocer todas las grandes corrientes del psicoanálisis contemporáneo.

Vertex: ¿Cuáles son para Ud. esas grandes corrientes?

Etchegoyen: Los freudianos clásicos, lo que sería difícil de delimitar actualmente porque aún los que más reivindican el pensamiento de Freud en realidad lo han

elaborado de una forma personal, lo cual es lógico. El pensamiento de Melanie Klein continúa teniendo vigencia con el agregado de los post-kleinianos de los cuales algunos lo continúan y otros divergen bastante. Me parece que Hanna Segal y yo mismo, por ejemplo, somos más coincidentes con el pensamiento kleiniano clásico que Meltzer o Bion. La escuela de las relaciones objetales, tal como lo entienden Winnicott, Fairbairn o el mismo Guntrip, son un desprendimiento de la escuela de Klein pero bastante divergente de ella. Lacan, a mi parecer, es una figura muy importante que no se puede desconocer. Yo no coincidí mucho con él pero me ha sido útil estudiarlo y sigo haciéndolo.

Se debe mencionar a los nuevos psicólogos del Yo, es decir, los hartmannianos que han evolucionado. También están Kohut y Kernberg, dos importantes estudiosos del narcisismo, como es también el caso en Francia de André Green y Béla Grunberger.

Vertex: *¿Cuáles serán a su criterio los temas en los que se va a centrar la investigación psicoanalítica en los próximos años?*

Etchegoyen: Voy a dar opiniones muy personales. Me parece que la alternativa de entender a la transferencia en términos de repetición o desvinculada de ella es un tema que va a tener una gran importancia. A partir de los "Cuatro conceptos..." Lacan fue el primero que desconectó la transferencia de la repetición. Sin reconocer esa influencia o sin haberla sufrido, eso no lo sé, Donald Meltzer, Merton Gill y los Sandler han insistido también desde sus puntos de vista en que la transferencia no tiene que ver con la repetición, y esa va a ser una discusión sin duda muy importante. Por mi parte yo creo que si se la desconecta de la repetición, la transferencia se transforma puramente en relaciones interpersonales y pierde todo su sentido. Otros dos problemas son la dialéctica entre relación de objeto y narcisismo primario y el de naturaleza y cultura.

Vertex: *La interfase psiquiatría/psicoanálisis es como Ud. bien sabe uno de los temas principales de la línea editorial de Vertex, ¿cómo ve Ud., en perspectiva histórica, la evolución de ese par dialéctico en los próximos años?, y ¿cuál es la posible incidencia del Psicoanálisis en las técnicas y estrategias de Salud Mental?*

Etchegoyen: Es difícil prever cómo va a ser el desarrollo inmediato de esas técnicas. Evidentemente los avances de las neurociencias están incidiendo mucho y muy favorablemente y los enfoques tanto behavioristas como cognitivos tienen también un lugar importante. Sin embargo, yo estoy persuadido que el sustrato sobre el cual se tendrán que construir los planes futuros tendrá que ser siempre la comprensión psicoanalítica. Creo que eso va a tener una influencia cada vez mayor. Esto será tanto más evidente en la medida que los psicoanalistas perdamos el miedo a que todas esas cosas vengán a desplazar al psicoanálisis. Creo que su lugar va a persistir, incluso por lo que decíamos antes del cambio psíquico, ya que sólo el psicoanálisis puede dar cuenta de las peligrosas invariaciones que pueden significar los cambios generados exclusivamente desde la perspectiva neurobiológica o conductista pero que dejen, sin embargo, intacta una determinada situación patógena. ¿Qué cortocircuito psicosomático o qué derivación social o vincular puede tener una modificación aparente de una conflictiva básica que va a seguir presionando? En ese sentido creo que el psicoanálisis tiene mucho que decir y principalmente todas las teorías que hacen a

la relación de objeto temprana. Creo que Vertex se ha ubicado en un punto central de esta problemática y por eso la apoya decididamente.

Vertex: *Ud. señala, más bien, los aportes del psicoanálisis hacia la psiquiatría. ¿Y en sentido inverso?*

Etchegoyen: También. Los aportes de las neurociencias, por ejemplo las observaciones, en condiciones experimentales, de lactantes como se hace actualmente harán que también nosotros reajustemos algunas hipótesis psicoanalíticas. Creo, en suma, que va a haber una influencia recíproca que bien usada va a resultar positiva para ambos lados. Porque, al fin y al cabo, la búsqueda de la verdad no es patrimonio de ninguna disciplina.

Vertex: *¿Cuándo asume la presidencia de la IPA?*

Etchegoyen: Hubo una serie de cambios recientes que tienden a dar más continuidad al proceso administrativo-político de la IPA. Ahora hay un presidente que continúa en funciones dos años y un presidente electo, que el azar de las circunstancias quiso que fuera yo, que se incorpora al Council. Dentro de dos años Sandler pasará a ser "past-president" hasta el siguiente congreso en que se elegirá nuevamente un presidente en el área norteamericana.

Vertex: *En una reciente entrevista que le hicieron para una publicación colega* Ud. opinaba que si le era útil la teoría del significante la usaría. ¿Cuál sería la línea que como nuevo presidente de la IPA impulsará en relación a la obra de Jacques Lacan en los seminarios de formación y en relación a las organizaciones en las que se nuclean sus discípulos?*

Etchegoyen: En primer lugar, como presidente de la IPA, yo no voy a ser intervencionista. Es decir, que voy a obrar como para que cada Asociación se rija por sus propias pautas, siempre lógicamente que no se aparte del corpus general que tiene la Internacional. Pero veré con buenos ojos que se enseñe la obra de Lacan en los Institutos. No la impondré, como tampoco impondría la de Melanie Klein, o la de Hartmann o Kohut, pero es importante que los estudiantes se familiaricen con las grandes líneas de pensamiento en psicoanálisis y más importante aún es que los alumnos adquieran una posición de respeto frente a los grandes pensadores. Que se rescate el pensamiento de cada uno sin apasionamientos. Yo voy a hacer todo lo que esté a mi alcance para que los candidatos adquieran una actitud más científica, más modesta y no tan dogmática frente al conocimiento.

Con respecto a la segunda parte de su pregunta yo pienso que hay instituciones fuera de la IPA que forman analistas y que hay que estimular los contactos con ellas. Si quienes las forman quieren seguir su camino sin incorporarse a la IPA hay que respetarlos porque son predilecciones particulares, personales o a veces regionales. En suma, que la IPA respete a otras instituciones sin afán de catequesis ni de enfrentamiento y siga con sus propias pautas, que al fin y al cabo, nos vienen de Freud ■

* Zona Erógena. Invierno '91. N° 6, Bs.As., pág 26.

Síntesis de los trabajos presentados en el XI Pre-congreso de IPSO

Buenos Aires, 27-28-31 de julio de 1991

Redactores* Lic. Susana Belda de Baima
Lic. Juana María Grangeat
Dr. Juan Pablo Verna

Colaboradores* Lic. Susana Ciceri
Dr. Carlos Curtó
Dr. Juan Chiappero
Dr. Carlos Garzón
Lic. Cristina Hernando
Lic. Teresita Reyna de Gauna

En este lejano sur de un mundo hoy más que nunca cambiante, hemos confluído los candidatos de las distintas instituciones psicoanalíticas integradas en API, para reunirnos en la discusión acerca del cambio psiquiátrico en tanto noción y epicentro de teorías y prácticas psicoanalíticas.

La convocatoria que IPSO realizó produjo, tras haber sido favorablemente atendida y entendida, el espacio propicio para que crecieran aportes que, desde las más diversas teorizaciones psicoanalíticas, sirvieron de basamento en las enriquecedoras discusiones que hemos sostenido. Los numerosos trabajos presentados constituyen la expresión elocuente de la receptividad, y la disposición que existe en nosotros para la consideración de esta temática, que tan directamente nos involucra, a raíz de la vigencia en nuestra experiencia actual, del trípode formativo cimentado por el análisis didáctico, las supervisiones didácticas y los seminarios. Todos estos ámbitos de aprendizaje y transformación han merecido nuestro enfoque reflexivo y minucioso. Algunos hemos optado por dar cuenta de experiencias personales o grupales, tanto en el contexto de la formación institucional como en la de la clínica, aportando espontáneamente la singularidad de nuestros recorridos; otros, hemos preferido profundizar la conceptualización y el análisis con matices más teóricos.

* Instituto de Psicoanálisis del Grupo de Estudios Psicoanalíticos de Córdoba - Argentina

Con respecto a la frecuencia de las temáticas abordadas hay un marcado predominio del tema cambio psíquico y formación analítica considerada globalmente, luego en un orden decreciente se encuentran ponencias referidas a temas clínicos, análisis didáctico, cambio y teoría psicoanalítica, supervisión didáctica, temas de epistemología, seminarios y el escribir del analista.

Con amplitud de mira, las múltiples teorías y la diversidad de enfoques fueron puestos a trabajar mostrando un esfuerzo sistemático de reflexión en la crítica sólida, fundamentada, en la confrontación de conceptos y la transferencia de conocimientos, que no en todos los casos pudieron cristalizarse en la formulación de conclusiones y propuestas dando cuenta tal vez de lo complejo y angustiante que resulta para todos nosotros producir cambios en nuestras vidas, en nuestras instituciones y en nuestro quehacer.

Hemos agrupado los diversos ejes considerados en nueve temas. Esperamos que cada uno de nosotros pueda sentirse representado o reconocerse en algunos de ellos.

I. Cambio psíquico y formación psicoanalítica

Incluimos aquí trabajos que enfocan el tema desde la perspectiva gestáltica de la formación como proceso productor o no de cambio psíquico. Sintetizamos los variados enfoques en los siguientes ítem:

1) Formación analítica:

Los candidatos la definen como aquella que en su recorrido se apun-tala en "los fenómenos de transferencia, resistencia, en la lógica del inconciente y en un efecto de significación a posteriori". La formación "ofrece una segunda escena (la primera es la formación asistemática previa) que constituye una oportunidad de elaboración retroactiva de la experiencia anterior". Es un proceso que transcurre "del orden al desorden, de la certeza a la incertidumbre, que implica sucesivas crisis y sufrimiento". "No se trata de la cristalización de una identidad a la cual se llega al cabo de cumplir algunos requisitos, sino de una posibilidad de transformación que no está garantizada aunque se realice el tránsito por ella."

2) La formación puede producir transformaciones o pseudocambios:

Será transformadora si modifica "la relación del candidato con su historia personal, con el saber y con la práctica profesional"; expresándose en "la intimidad de los consultorios, en la plasticidad y en la posibilidad de hacer uso de diferentes esquemas referenciales". Una adecuada formación "debería permitir recuperar el espacio para la reacción y la desilusión, el duelo y la simbolización, la capacidad de jugar y de conservar el humor".

Pero también puede producir pseudocambios promoviendo una adaptación sumisa, y una adhesión a esquemas o autores desde la posición de "defensor de una causa". Los falsos cambios tienen que ver con situaciones de "sometimientos

y sujeción al ideal", con una "repetición de lo idéntico" tendiente a "perpetuar equilibrios anteriores". Se manifiestan a través de "rigidez en la teoría y en la clínica"; producen un efecto de "burocratización y sobreadaptación en el candidato".

Las Instituciones que se basan en "normas excesivamente académicas" o cuyos conflictos internos "pervierten los análisis y las supervisiones" atentarán contra la posibilidad de cambio.

3) Formación e Institución

Muchos trabajos dirigen una suerte de apelación a la "Institución": "para actuar como agente de cambio (la Institución) debe dar lugar a las contradicciones, las ambivalencias y la dimensión pasional", "debe ofrecer un encuadre sostenedor de la experiencia de crisis actuando como lo transicional". "Debe poder tolerar las tensiones narcisistas". "Debe posibilitar un pensar que no sea un acto de custodia al servicio de una causa, sino un pensar curioso, lúdico no militante."

La institución es análoga a la sombra "por un lado brinda protección, pero su excesiva presencia puede sumergir en la oscuridad". Ofrece "un imaginario social que es necesario para instituirse, y a la vez alienante".

Las instituciones pluralistas favorecen el cambio aunque no lo garantizan. "Ofrecen una mayor posibilidad de tolerar la pérdida momentánea de los referentes identificatorios y el despliegue de una "cierta dimensión de castración simbólica que atempera las pasiones". Por su parte las instituciones monistas tienen el inconveniente de "promover climas apasionados y una mística particular".

Las instituciones deben posibilitar "los movimientos transgresivos" que permiten la apertura a lo diferente y el surgimiento de nuevos enunciados de pertenencia que admitirán diferentes formas de ser y pertenecer".

4) Cambio, Institución y Candidato

Desde la perspectiva del candidato, es unánime la opinión de que cambio psíquico supone crisis, y que por otro lado, siempre habrá un saldo, un resto que perdurará inmodificable.

Algunos candidatos proponen como modelo de cambio "la complejización estructural" opuesta a "homogeneización, dispersión y sincretismo", un trabajo "que implica dejar caer la idealización de la

práctica, de la teoría y de la institución psicoanalíticas". No obstante recuerdan que hay un tope para el cambio en tanto: "los candidatos como individuos aportan a las instituciones un orden de determinación que los impulsa, un sustrato pulsional que da origen del que los individuos intentan desentenderse infructuosamente" y que "luego habrá de retornar". "Los cambios serían pensables como alternativas transformadoras en la medida en que den cuenta de lo que perdura como inmodificable".

5) Ampliando el trípode

Algunos trabajos advierten sobre la necesidad de considerar los efectos que tienen en la formación algunos elementos que trascienden al trípode tradicional. Se trata de un cuarto lugar, de "algo más", de un espacio que puede ser jugado por la Institución en sí misma con sus conflictos y su historia; por la propia práctica clínica operando como una zona intermedia; por el Claustro de Candidatos en tanto espacio donde es posible incluirse activamente; y por la posibilidad de escribir trabajos sobre Psicoanálisis. Para algunos candidatos este espacio debe funcionar como un lugar dotado de "capacidad de reverie".

6) Mirando hacia atrás

Nos pareció importante incluir este ítem con el siguiente interrogante: "¿Por qué si la mayoría de los trabajos acentúan la importancia desde la teoría del 'a posteriori', del 'nachtraglich', del 'a pres coup' sólo en uno de ellos mencionamos el espacio del precandidato?" ¿Por qué los candidatos no hablamos de ese lugar? Un colega nos lo recuerda en los siguientes términos: "Me resulta interesante pesar el espacio del precandidato como el momento de estar en barbecho" (Masuh Kahn) un lugar donde se establece una relación transferencial con el analista que remite a un referente institucional y a una identificación anticipatoria con el grupo de candidatos".

7) Formación y práctica clínica

Algunos candidatos señalan el desencuentro entre los parámetros de la formación y la realidad de la demanda en la clínica. Consideran que son escasas las posibilidades de trabajar en el futuro con pacientes "tipo supervisión didáctica", que los pacientes convencionales quedan al margen de la formación a pesar de que constituyen el grupo más numeroso dentro de los consultorios. Advierten sobre los cambios que se

van produciendo en la demanda y la necesidad de producir modificaciones que posibiliten al psicoanálisis sobrevivir en la clínica.

II. Análisis didáctico, agente fundamental de cambio

Ha ocupado un lugar importante en las reflexiones de los candidatos el análisis didáctico como experiencia de cambio psíquico.

Sus implicancias institucionales, así como la reglamentación que de ella deriva, fueron señalados como un obstáculo significativo en el desarrollo adecuado del proceso psicoanalítico en sí.

Junto al rescate de su singularidad y conflictividad esenciales, el análisis didáctico como experiencia transformadora, fue considerado desde la doble óptica del cambio en el analizante y el cambio en el analista. Metamorfosis en el par, se diría, que marca los análisis didácticos, considerados como ejes de una experiencia formativa en la que la posibilidad de dar cuenta de ella será, en el analizante, en un a posteriori, cuando entonces éste despliegue su propia función en la praxis como analista.

La preocupación por preservar el deseo de analizarse de las posibles distorsiones que las exigencias institucionales imprimen, llevan a los candidatos a interrogarse acerca de cómo despegar la experiencia analítica en su singularidad e individualidad esenciales de la estandarización y el desconocimiento que toda reglamentación provoca. Aquí, la necesidad de efectuar cambios se plantea no con menor convicción de las dificultades que a semejante propuesta también se le reconoce.

III. Posibilidades de cambio psíquico en la supervisión

Los candidatos coinciden en considerar a la supervisión como un espacio privilegiado para articular teoría, clínica y técnica destinado a desarrollar, modificar o ampliar lo que un grupo de colegas, denomina "función psicoanalítica de la personalidad previa"

Se establecen, también, analogías con el proceso psicoanalítico desde diversos ángulos:

- "En el análisis se trata de asociar libremente en transferencia con un analista que escucha en atención flotante, en la supervisión se daría un pensar libremente con un supervisor que nos acompaña"

• "La supervisión implica exponerse en un ámbito nuevo y particular, favorable para tomar contacto con aspectos personales. Los puntos ciegos son descubiertos en general, no sin sorpresa, por el propio supervisor".

• Fenómenos inconscientes transferenceles se ponen en juego en la relación con el supervisor, manifestándose a través de ansiedades que involucran aspectos narcisistas y edípicos. La tensión narcisista aparece mencionada en referencia a situaciones tales como: a) Dificultades para seleccionar el paciente "ideal" apto para permanecer en tratamiento el tiempo necesario a fin de cumplir la exigencia curricular; b) las expectativas de rendimiento académico (ser un candidato suficientemente bueno); c) las perturbaciones derivadas de los conflictos elaborados en el momento de la supervisión, en los análisis personales, de la teoría, objeto de estudio en los seminarios y de la teoría sustentada por el supervisor, elementos todos que inciden en la posibilidad de pensar creativamente la problemática del paciente; d) la ansiedad frente a la idea aportada por el supervisor que genera inquietud y temor a la pérdida de coherencia y coloca en la necesidad de aprender a tolerar el "Si... pero" frente a nuestras interpretaciones y construcciones; e) la movilización de la propia problemática narcisista a partir de la expresión del paciente de su funcionamiento psíquico primitivo; f) la característica inherente a la supervisión de ser requisito y ser evaluada.

Los aspectos edípicos, se ponen en evidencia con el ingreso del supervisor como un tercero en la relación bipersonal establecida entre el candidato y su paciente. En la mayoría de los trabajos se plantea, con diferentes matices, el complejo proceso de intercomunicación que subyace a este sistema triádico y se le otorgan funciones al supervisor que podríamos sintetizar como lo hace un grupo de candidatos: "se requieren una serie de operaciones por parte del supervisor que espejen y modulen las ansiedades esquizoparanoideas, derivándolas al análisis; además de una función de holding que permita tolerar momentos desidentificatorios generadores de nuevos insights".

La posibilidad de cambio estaría dada en la medida en que se pueda generar un espacio de juego-trabajo apto para la resolución de las ansiedades descritas que permitan el surgimiento de lo creativo. Basándose en conceptualizaciones de W. Bion

y otros autores se plantea que "debe darse una configuración del grupo de trabajo entre supervisor-supervisor" propicio para el crecimiento mental a través de "un cierto monto de aprendizaje por aposición, alternados por momentos inspirados en común, capaces de desencadenar fenómenos de cambio catastrófico y de desidentificación". "Se operarían así transformaciones que conducen al aprendizaje por la experiencia además del acumulativo.

En términos estructurales operaría la identificación introyectiva en la mente del candidato, que se concibe, siguiendo el modelo de lo que ocurre en el proceso analítico, como identificación introyectiva de la pareja combinada". Si estas condiciones no se dan, estaríamos en presencia de un crecimiento mental relativo, nulo o de decrecimiento mental.

En todos los trabajos se hace mención a esta posibilidad de no cambio cuando se instalan patologías en el grupo de trabajo.

"La finalización del proceso de supervisión tiene indicadores tales como internalización de la función de supervisión, interés por la investigación, tolerancia a la duda en cuanto a la veracidad de las teorías y la adhesión a la verdad".

Finalmente se realizan propuestas:

• Se propone el término "análisis de supervisión" que parece ser el más adecuado para denominar la tarea, siendo conveniente que pueda realizarse ésta, bajo la modalidad analítica, incluyendo todo lo que acontece en el ámbito del trabajo, más allá del material transcrito de la sesión del paciente, como formando parte del mismo.

• La necesidad de realizar supervisiones después de terminado el proceso formal de enseñanza.

• Estudiar la posibilidad de liberarlas de su carga de evaluaciones, ya que ésta va en detrimento de la experiencia de aprendizaje.

IV. Seminarios ¿Posible vector de cambio?

Es este tema poco abordado por los candidatos. Sólo dos trabajos se refieren a él.

Se considera a los seminarios como un espacio apto para el despliegue de la capacidad de conocer e investigar. Se sostiene que la experiencia de revisar, junto a otros colegas, un acervo de teoría, poniendo a prueba la capacidad de pensar sobre ellas, tendría la posibi-

lidad de generar cambios a nivel de la identidad grupal e individual.

Los autores, sin embargo, plantean como necesaria la superación de determinadas situaciones a fin de que estos cambios puedan concretarse. Mencionan entre otros los siguientes aspectos: 1) La posibilidad de relacionarse desde una cierta elaboración del sentimiento básico de desamparo, fundante de los vínculos humanos y de la pertenencia a las instituciones, que permita al grupo constituirse sobre la base de la cooperación, concentrarse en la tarea científica, mantener contacto con la realidad y tolerar la frustración provocada por las diferencias entre los miembros. 2) Resolver de modo suficiente los peligros narcisistas derivados del ámbito específico de seminarios que correspondería a la "vida pública" del candidato donde su identidad personal y profesional es evaluada y expuesta en mayor medida que en la relación con sus pacientes, su análisis y su supervisión.

Los cambios van a depender del tipo de grupo que se constituya. Si para conocer es necesario transgredir o abandonar un saber previo, la pauta de interacción del grupo marcará la apertura o no, a la producción de nuevas ideas, o al menos, a la circulación de dudas que con el tiempo lleven a nuevos planteos, posibilitándose una "evolución" formativa.

Se advierte, asimismo, sobre posibles distorsiones en el momento de inserción del candidato en el grupo que a la manera de una falsa identidad procure desarrollar una originalidad forzada percibida como exigencia de una institución idealizada y omnipotente.

Se realizan las siguientes propuestas:

- Si se diera "un cambio en la experiencia tradicional de enseñanza, abrumadora en repeticiones y precaria en la capacidad de plantear y resolver problemas, nos encaminamos hacia un seminario de tipo formativo que lograría generar en el candidato una evolución en el pensamiento de tipo creativo. Creemos que esto último debe ser considerado un objetivo básico del seminario pues sólo así habría la posibilidad de evaluación en los integrantes del grupo (docentes y candidatos) rescatando la capacidad de 'asombro' y de síntesis que son factores básicos del ser psicoanalista".

- Considerar a los seminarios un lugar propicio para correlacionar el curriculum vitae escrito entendido como la presentación de títulos, car-

gos, honores, trabajos realizados, datos biográficos, etc., que califica a una persona y supuestamente le brinda una identidad profesional con el curriculum interno que es el conocimiento y sedimentación de la experiencia a veces tan poco tenida en cuenta y valorada en relación al brillo de los "papers".

V. Cambio psíquico desde la teoría psicoanalítica

Los candidatos trabajaron el tema propuesto desde la óptica de aquellos procesos psíquicos que operan favoreciendo o inhibiendo la posibilidad del cambio. Hay convergencia en la relevancia otorgada a determinados procesos como idealización, identificación, verdad, etc... y una divergencia creativa en el tratamiento que se le otorga según los diferentes esquemas referenciales considerados. Podemos sintetizar los abordajes teóricos realizados en los cuatro ítem siguientes:

1) El problema de la "verdad"

"Cambio psíquico implica un cambio de posición del sujeto que supone una relación distinta que se establecerá con la verdad". "Verdad se opone a certeza. El cambio se relaciona con la posibilidad de un sujeto de tolerar ese conflicto entre saber y certeza a constituir, de un saber que ninguno de los participantes poseía antes de atravesar la experiencia".

"El ingreso a la formación en tanto productora de cambio implica despedida de antiguas certezas teóricas que acompañaron como posesiones narcisísticas, de ilusiones de completud, que, conjuntamente con los duelos propios de cada historia individual, supone un dolor inevitable que es necesario tolerar". Algunos candidatos señalan que además de este aspecto de la verdad es necesario considerar la "verdad material", la realidad vivida y su importancia en la formación de todo sujeto y por ende en su posibilidad de cambio: recuerdan tener en cuenta "toda la estructura y no solamente la fantasía inconciente".

2) El problema de la conmoción que implica el cambio

"Cambio psíquico implica un movimiento constante de identificación-desidentificación, idealización-desidealización, de cuestionamiento de ideales". "Implica desorden, pérdidas, duelos, una suspensión momentánea del 'ser'. "También implica ganancias, reorganización de

experiencias previas en nuevos contextos a la manera de la 'acometida en dos tiempos de la sexualidad'".

El cambio psíquico es concebido como un proceso cíclico, no es un estado al que se arriba, no se trata de una situación definitiva. "El cambio es 'catastrófico' porque pide que se desmoronen los conocimientos previos logrados, que se busquen puntos de ruptura. Supone momentos de desintegración de determinadas conjunciones para dar paso a nuevas conformaciones; caída de significaciones reaseguradoras, disolución de los referentes, cuestionamiento de los sistemas defensivos".

"El cambio psíquico es consecuencia del trabajo identificatorio y se expresará en la plasticidad con que habilite para el trabajo en la clínica y para las creaciones teóricas".

Algunos candidatos acentúan la relación entre "la identificación proyectiva patológica y la capacidad de pensar". "El cambio psíquico se realizará conforme al orden y legalidad del inconciente". "Se asienta sobre un funcionamiento que implica paradoja y contradicciones" y que si produce "mutaciones psíquicas también producirá mutaciones en la teoría".

3) El problema del pseudocambio

Los candidatos han enfocado este tema desde diferentes conceptualizaciones, lo han vinculado con: "la imposibilidad de tolerar la herida narcisista que produce la emergencia de lo diferente, de lo nuevo, de la falta", con la "idealización patológica", con "las identificaciones por sentimientos de culpa o reivindicatorias". Han relacionado pseudocambio con narcisismo, especularidad, dogmatismo con una mutación sólo aparente, que "mediante pseudoidentificaciones se avenga más al concepto de falso self". "Todo aparataje rígido que inmovilice constituirá una 'ortopedia transitoria' y no un verdadero cambio".

4) El problema de la singularidad

La mayoría de los trabajos converge en este punto: cambio psíquico implica el cambio para cada sujeto, puesto que es "efecto de un procesamiento interno, de una elaboración psíquica que posibilita la transformación de lo traumático en pensable produciendo en el sujeto un nuevo modo de percibirse a sí mismo y el mundo que lo rodea". "Asociado a la expresión mutatis mutandi, implica que cambiará lo que ha de cambiarse; está bajo la ley del singular".

"Cambio supone una singularidad que surge como consecuencia de lo que el candidato aporta desde su historia previa, del trabajo y técnicas que tenga dicha institución de posibilitar ese proceso".

"De esta singularidad podrá surgir lo más profundo y creativo" ya que implica "acceder a un pensamiento autónomo por oposición a afiliarse a una línea o quedar adherido a una causa".

VI. Aportes sobre clínica y teoría de la técnica

La mayoría de los trabajos toman como objeto de estudio al paciente con una afección orgánica o psicosomática. Existe coincidencia en plantear esta patología como un verdadero desafío al psicoanálisis actual que descubre en el síntoma orgánico "un lenguaje aparentemente tan incomprensible como en otra época lo fue el síntoma histérico".

Las discusiones giran en torno a:

1) Las posibilidades del marco de referencia que brinda la teoría psicoanalítica para la conceptualización del aparato psíquico de estos pacientes que evidencian un funcionamiento y una relación cuerpo-mente particulares. Algunos autores encuentran en la diversidad de teorías apoyo suficiente, aun cuando se refieren a este campo como un campo abierto a la investigación; otros, sin negar el valor de los mismos, piensan que "pueden correr el riesgo de ser un obstáculo y de hacernos perder el 'hilo' al desarrollo de la cura" en tanto respondan fundamentalmente al modelo neurótico, insistiendo en la dificultad de tipificación de esta problemática. 2) La analizabilidad. También es este un término controvertido. Hay quienes sostienen que podría utilizarse la técnica clásica teniendo como objetivo la "neurotización" de la patología psicosomática. Otros candidatos, por el contrario, revisan y amplían las condiciones de analizabilidad así como las nociones de encuadre, actitud del analista, interpretación, estudiando la especificidad de cada uno de estos aspectos en la patología de referencia.

El tema transferencia es abordado en profundidad. Parece haber acuerdo en considerar al paciente orgánico con capacidad de transferir. Se intenta cercar la particularidad de la transferencia apelando a conceptos como identificación corpórea de órgano, contraidentificación corpórea de órgano, transferencia corpórea

de órgano y contratransferencia corpórea de órgano. Se afirma que "el paciente con una afección orgánica recrea o reedita en la transferencia, a través de sus sensaciones somáticas o sus signos físicos, un particular afecto descompuesto que pugna por expresarse en un intento de reestablecer la coherencia perdida.

Respecto a la contratransferencia, se señalan "sentimientos de extrañeza, la dificultad de encontrar un terreno común para establecer contacto, los esfuerzos para comprender algo opaco que escape".

Se insiste en la importancia de la decodificación de la contratransferencia para restaurar la coherencia del afecto de diferente manera. Otros trabajos presentan novedosas ponencias en torno a temas como "insomnio y cambio psíquico", algunas fantasías subyacentes a la alopecia areata, a la relación del cuerpo biológico y el cuerpo erógeno, el proceso de identificación y su relación con lo real y una interesante propuesta para pensar el cambio psíquico en psicoanálisis de niños, rica en conceptos teóricos y articulaciones clínicas.

VII. El escribir y la formación

Algunos candidatos han considerado oportuno reflexionar sobre el escribir y su relación con el cambio psíquico, la resistencia al cambio y al ser analista, con todo lo atinente a su formación. Desde esa perspectiva, se ha sugerido el escribir como una posible cuarta apoyatura del proceso de formación en psicoanálisis.

Ambito apropiado para evaluar movilidad y creatividad, será también el que exprese, en otras circunstancias, las formas de presentación que las resistencias ofrecen a nuestra consideración como clínicos.

La escritura, como aquel lugar en el que algo de la experiencia clínica ha sido silenciado cobra figurabilidad a través de la palabra escrita, pone en consonancia lo que de no ser escrito podría permanecer inexplorado.

Estimular la enseñanza y el ejercicio de la escritura, considerarla parte importante de la formación, y rescatar la posibilidad de insight que supone el ensamblarla con el propio análisis las supervisiones y los seminarios: he aquí una interesante y sugestiva propuesta de algunos candidatos.

VIII. Cambio y epistemología

Las consideraciones sobre la noción de cambio realizadas desde un enfoque epistemológico, expresan el interés que para los candidatos suscita este nivel de análisis.

Presente a través de trabajos que específicamente abordan el tema, sugiere una apertura importante hacia campos del conocimiento enriquecedores del quehacer psicoanalítico. Expresan una búsqueda, en las teorías circundantes, de aquellos elementos que permitan pensar en el cambio desde soportes teóricos consistentes, para poder dar cuenta de las ideas de ruptura, corte, transformación o crisis que subyacen a todo cambio posible. Reocortándose sobre este trasfondo de movilidad y alteración de lo establecido, la idea de recuperabilidad de una teoría para otra teoría que viene a suplantarla, apunta a bosquejar una dialéctica en la que los candidatos se esfuerzan para ensanchar sus horizontes conceptuales, emancipándose de prejuicios o preconcepciones y apuntando hacia una ganancia teórica. También existen, diseminadas en las distintas propuestas aportadas a este pre-congreso, puntualizaciones epistemológicas que otros trabajos deslizan en la forma de reflexiones complementarias o consideradas adyacentes. Su inclusión supone la inquietud que en los autores despierta una temática que promoviendo cierta búsqueda, abre al pensar en nuevas direcciones, fomentando lecturas y aproximaciones hacia otros creadores.

IX. ¿Qué leemos los candidatos?

Nos resultó interesante explorar a través de las referencias bibliográficas, cuáles eran los autores más leídos actualmente al ser convocados a un encuentro de estas características.

Encontramos lo siguiente:

- Freud es lógicamente el autor citado con mayor frecuencia pero no por todos los candidatos, algunos prescinden de esta preferencia.

- Siguiendo en orden de frecuencia los candidatos citamos trabajos propios anteriores, lo cual da cuenta de la presencia de un grupo de colegas que viene realizando un esfuerzo sistemático de producción escrita.

Estos dos aspectos nos resultaron indicadores de la autonomía del

pensamiento y de la no adherencia a una teoría dogma.

En orden de frecuencia los autores más leídos, después de los citados son:

Bion, W. R.
Baranger y otros.
Grinberg, L.
Winnicott, D.
Aulagnier, P.
Tabak de Bianchedi, E.

Numerosos candidatos citan autores provenientes de otras áreas del conocimiento científico (Medicina, Filosofía, Epistemología, Literatura). Finalmente observamos que sólo un pequeño porcentaje de colegas ha citado directamente a M. Klein y a J. Lacan, no obstante sí son referidos autores post kleinianos y post lacanianos ■

Algunas consideraciones sobre el lugar actual del trabajo de investigación en psicoanálisis

René Epstein

Los programas de tarde completa del 37º Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional, realizado estos días en Buenos Aires, fueron dedicados a la investigación en psicoanálisis. Sus títulos fueron "Investigación en Cambio Psíquico" y "Tendencias Actuales en Investigación Psicoanalítica". Duraron más de tres horas y media y en cada una se presentaron cuatro trabajos de investigación.

Se expresa así una corriente creciente, referida ya no tanto a la cientificidad del psicoanálisis, sino a desarrollarla concretamente.

Esto lleva a plantear la diferencia entre: 1) la tarea de la investigación clínica, con su aspecto heurístico, narrativo, al servicio directo del paciente y su aspecto mayéutico, inductivo, generador de conocimientos acerca de la constitución del aparato mental y sus funciones, y 2) la investigación dirigida a ganar consenso y universalización del paradigma conceptual psicoanalítico, teórico y técnico, y que se realiza en situaciones y métodos diversos, desde un marco clínico con uso de un grabador, hasta las sistemáticas elegidas por modelizar algún aspecto de las relaciones vinculares intra e interpersonales.

Vaya a título de ejemplo alguna idea de los trabajos presentados.

Uno es un estudio sobre pronóstico-diagnóstico de benignidad o malignidad de una mastopatía, con técnica doble-ciego, a través de un interrogatorio basado en un modelo de entrevista psicoanalítica particularmente orientado hacia lo psicósomático. En un grupo de 77 pacientes de un consultorio externo se pudo "diagnosticar" la malignidad de la mastopatía con los datos obtenidos

con este interrogatorio en 17 de los 19 casos de cáncer que luego se diagnosticaron por los medios usuales.

Otro trabajo presentó resultados parciales de todo un proyecto de investigación sobre la psicofísica de "conductas no-verbales de corta duración" de diversos canales de comunicación tales como miradas, expresión facial, etc., pensadas como base de los procesos transferenciales, en el marco de una teoría general de los afectos, y no sólo a nivel de la neurosis de transferencia (en interacciones diádicas). Observan, por ejemplo, por medio de cámaras de video, los efectos recíprocos de la interacción en la expresión afectiva facial toman diversos sujetos (psicosomáticos como modelo de "hipoaffectividad en la recepción", esquizofrénicos "que no pueden inhibir la invasión del afecto del otro", etc.), y estudian con un nivel de alta sofisticación, tal como las contracciones de distintos músculos afectados a los movimientos faciales, como va variando la expresión afectiva de distintas diadas (con normales, entre sujetos con patología, etc.).

Mencionemos por fin un trabajo que presentó parte de un programa de investigación del "proceso psicoanalítico". Su basamento fue una matriz que relaciona "disposición (características del paciente) — proceso (terapéutico) — resultados", a partir de tratamientos psicoterapéuticos breves, habiéndose elegido los referidos a "facilitar un proceso normal en personas con una reacción de duelo anormal". La idea de tomar esta unidad de estudio partió de la presunción de que, "en un proceso de duelo, el sujeto debe resquematizar su relación con su propio self y la de su self en relación

a terceros, siendo además una situación de cambio estructural al poner en juego un cambio en las relaciones de objeto".

El material presentado se refirió al estudio de siete hipótesis acerca de qué tipo de elementos técnicos del terapeuta, como elementos intervinientes en el proceso, estarían correlacionados con un buen resultado. Cuatro de ellas se mostraron vinculadas tanto a la variable "disposición" (definida como "nivel organizativo de esquematización de los objetos y del self"), como a la variable "resultado", correlacionados estos parámetros a través de un análisis estadístico con técnica escalonada de regresión múltiple. Se determinó, por ejemplo, que "el apoyo para la expresión emocional inmediata dentro de la terapia" como recurso técnico, tuvo un resultado de "mejor funcionamiento de la vinculación" en el proceso terapéutico de pacientes con una "disposición" de nivel superior ("neuróticos"), a diferencia de la "falta de mejoría del funcionamiento de la vinculación" en pacientes de menor nivel (narcisistas, etc.). Es de hacer notar que el grupo de investigadores que presentó este trabajo plantea como base teórica de su modelo, entre otros elementos, que la terapia psicoanalítica gira alrededor de procesos de transferencia y resistencia.

La observación de estas investigaciones hace pensar que se está dando un proceso cada vez más consistente de organizar trabajos "en equipo", proceso dedicado a satisfacer la necesidad de establecer dentro del psicoanálisis un consenso, basado no solamente como hasta ahora en la gran coherencia interna de un conjunto de paradigmas (a pesar de

la apariencia de las grandes discusiones entre los sustentadores de distintos esquemas referenciales), tales como: el inconsciente, la segunda tópica, las identificaciones primarias y los objetos internos, vínculos y afectos, las series complementarias y la psicogénesis, lo manifiesto y lo latente, las defensas y las resistencias, la transferencia y la alta involucración del analista, no sólo desde un esquema referencial, sino por el "compromiso emocional" de la situación analítica.

También es de comentar que las investigaciones analíticas del proceso, por ejemplo, confirman los pla-

nos de clivaje en ese todo que es el aparato mental, aprehendido en su "interioridad" por los analistas por inducción a partir de su actividad "hermenéutica" clínica. Pero hay más puntos a considerar, además de la búsqueda del consenso más estrecho entre los analistas: por ejemplo, fundamentar la introducción del psicoanálisis, teoría y técnica, en el concierto de la cultura de las respuestas científicas a la percepción

de la realidad externa, en la clínica médica, en la organización sanitaria, etc. Por fin, trabajos como el de la expresión psicofísica de los afectos abren el camino a la articulación interdisciplinaria, con el consiguiente enriquecimiento mutuo ■

temporal

INSTITUCION PSICOTERAPEUTICA

Directores:

Dr. Felipe Díaz Uzandivaras

Dra. Mirta I. Méndez Puig

HOSTALES

*Residencia terapéuticas intermedias donde vivir sin estar internado,
en una vivienda organizada terapéuticamente.*

Casa del Puente – Ciudad de la Paz 31
Casa Abierta – Guatemala 6061

Coordinadores: Lic. Enrique Goldengruss y Lic. Walter Audero

771-2993/8114/8108

LECTURAS & SEÑALES

LECTURAS

Videla, M., PREVENCIÓN- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN SALUD COMUNITARIA, colección Texto y Contexto, Ediciones 5, Buenos Aires, 1991, 269 Págs.

Es un libro ya no polémico, diremos: político. Se trata de introducirse en la realidad para transformarla. El compás y la brújula: la psicología social. Pero una psicología social apasionada que requiere de mucho más que el juego de las ideas o las reflexiones grupales. Requiere lugares que sean transformables, protagonistas atentos y auxiliares de salud con la saludable y necesaria voluntad de escuchar y servir. Es por esto que encontramos elementos discordantes como la valoración positiva de la obra de Caplan y un cierto olvido de las luchas por la salud en Chile en la década del 30 y las ideas forjadas al calor de los acontecimientos revolucionarios de la URSS y China, cuando eran socialistas.

En estos momentos donde el intercambio de ideas y la polémica en nuestro país es tan difícil, rescataremos este libro, como una instancia y contribución al debate abierto.

Vertex

Ricón, Lía y colaboradores, PROBLEMAS DEL CAMPO DE LA SALUD MENTAL, Paidós, Buenos Aires, 1991.

Flanqueados por las figuras de Carlos Pereyra y Mauricio Goldenberg, los autores nos entregan un libro indispensable. Sus destinatarios: estudiantes, médicos en general y profesionales de la Salud Mental. Por un lado, Pereyra edifica una semiología sistematizada y precisa que ilumina el campo de la mirada, sobre el sujeto que padece psíquica-

mente; desde el otro Goldenberg y su generación traen al campo de la Salud Mental aquella escucha fundante que traslada la psiquiatría del "loquero" al hospital general. Doble articulación: observación y escucha, modulando un texto nacido en la práctica de los integrantes de un servicio de psiquiatría en un hospital general y por lo tanto, más abarcativo y polémico. Se advierte entonces, la necesidad de tratar temas que van más allá de los clásicamente presentes en los libros de psiquiatría (psicosis, neurosis o los correlatos psicológicos de etiología orgánica). Aparecen en abigarrada síntesis: "nuevos" problemas tales como: la re-significación intra e intersubjetiva de las enfermedades orgánicas; las crisis vitales; la conflictiva familiar; la ayuda al paciente terminal; los fenómenos psicosomáticos y la incidencia de lo institucional dejando su impronta en todo el quehacer médico y docente.

Hace tiempo que este texto se hacía sentir en su ausencia.

Era imprescindible que apareciera, debido a la necesidad de contar con un instrumento que ampliase los horizontes multidisciplinarios que requiere la atención de los pacientes, sus familias y el personal institucional. Es una demanda real y concreta y debe ser contestada, por lo que creemos que el título —Problemas— incorpora la voluntad de debate y la ampliación teórica de los conceptos que aquí se utilizan.

Es un libro apretado y, reiteramos, útil. Cada capítulo trae temas de múltiples implicancias e invita a profundizar. Todos los autores han brindado sus conocimientos y su deseo de transmitir su experiencia. Esto es notable y desde allí se percibe el clima cotidiano del trabajo y las dificultades de la tarea inmensa en la institución hospitalaria abierta a la población. Es de agradecer a la Dra. Lía Ricón su claridad y la coordinación que permite que este libro sea por un lado una herramienta necesaria y por otro mostrar cómo se insinúan otras formas de cons-

truir nuevos textos que conjuguen una enseñanza siempre abierta con la posibilidad de pensar distintos abordajes para cada tema.

R. D. Spiguel

Hornstein y otros, CUERPO, HISTORIA, INTERPRETACION: PIERA AULAGNIER: DE LO ORIGINARIO AL PROYECTO IDENTIFICATORIO, Paidós, Buenos Aires, 1991, 397 Págs.

Un libro de varios autores que giran alrededor de la obra, rica y compleja de Piera Aulagnier.

Hay que destacar la claridad de Luis Hornstein en la introducción, donde polemizando con diferentes posturas psicoanalíticas, rescata la dialéctica integradora de las tres bases freudianas de su metapsicología: el modelo de aparato psíquico debe armarse desde los tres registros: tóxico, dinámico y pulsional. Si se exagera un registro en detrimento de otro, surgirán diversas corrientes con el riesgo de producir un modelo diferente del Freudiano y así se critica la psicología del yo, la elusión del yo por parte de lo lacaniano y algunas herencias de los kleinianos.

Luego el libro continúa guiando al lector a través del debatido Tema del cuerpo, el psicósoma, que lucha por establecer su estatus científico.

Las otras partes, remiten más al campo de lo que podemos llamar teoría de la técnica, donde se debaten los problemas que hacen a la historificación del paciente o las diferencias entre abordajes con predominio de la construcción sobre la interpretación.

Encontramos aportes originales de M. L. Pelento, A. Green, M. C. Rother de Hornstein, E. Friszman y M. Dayan. Y por supuesto varios trabajos de Aulagnier, con una efectiva tarea de ubicación histórica y temática de la obra de esta magnífica autora.

Vertex

Una esperanza contra el SIDA

La Fundación SPES (del latín, esperanza), organismo no gubernamental sin fines de lucro, creada para la lucha contra las enfermedades transmisibles, implementa desde 1987 un programa de asistencia integral a las personas infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) SPES, si bien se ocupa de la prevención, orienta principalmente su acción hacia la asistencia. La consideración del SIDA como una enfermedad más, que conlleva para quien la padece su derecho inalienable a ser asistido sin discriminaciones, constituye el eje de la tarea que realiza esta fundación. El equipo de trabajo está formado exclusivamente por voluntarios, entre los que se encuentran médicos especializados en clínica médica, inmunología, infectología y psiquiatría; psicólogos; sociólogos; abogados y trabajadores sociales.

El marco teórico común de todos los integrantes del equipo de asistencia, está basado en un redimensionamiento de la persona afectada como un todo individual, del cual la enfermedad es sólo una parte compleja, en la que lo orgánico lleva la inscripción de aquello psicológico y social que también la determina. Se entiende entonces, que la evolución, pronóstico y resultado terapéutico de una persona infectada depende tanto de las implicaciones de la afección como de las condiciones materiales y humanas de su enfermedad y tratamiento. Por lo tanto se otorga especial importancia a la asistencia psicológica y ayuda social a las personas infectadas, sus familiares y su entorno general, así como a la interconsulta médico-psicológica. En síntesis el trabajo de esta fundación está orientado hacia la ruptura de la clásica equivalencia pecado - SIDA - enfermedad - muerte que sume en el desaliento a quienes padecen esta afección y a quienes los asisten y rodean, abriendo, como el nombre SPES lo sugiere, un lugar a la esperanza.

Fundación SPES - Paraguay 2073
Piso 3º "19" - (1121) Buenos Aires,
Argentina Tel.: 962-8480

Los días 7 y 8 de Agosto se celebraron en el Hospital "Dr. Emilio Vidal Abal", Oliva, Pcia de Córdoba, las II Jornadas Provinciales de Reflexión Institucional en torno a una tarea central: "El fin del asilo". Con este evento, se conmemoró, "reflexivamente" el 77º aniversario de la creación del Hospital fundado por el Dr. Domingo Cabred allá por 1914. Hoy la institución está dirigida por el Dr. José Spollansky, quien desde 1984 y siguiendo lineamientos de la Dirección General de Salud Mental de la Provincia viene conduciendo una difícil tarea de transformación. Lograr ese objetivo en una institución que llegó a albergar 5000 pacientes (hoy sólo 1500) y 700 empleados y que arrastra casi 80 años de pesada tradición requiere contar con experiencia, tolerancia, paciencia y apoyo político (de los niveles de conducción) y técnico (de los equipos de trabajo operativo). A lo largo de estos siete años, esos requisitos no siempre se dieron en un nivel constante y parejo, no obstante, las conclusiones de las mesas de trabajo de las Jornadas, dieron cuenta de importantes transformaciones a nivel de:

a) La sectorización institucional: ayer, pensada como compartimentos que se ocupaban aisladamente de distintos aspectos del paciente, hoy en el camino de una integración entre sectores y disciplinas;

b) Capacitación y docencia: ayer olvidada o rescatada por iniciativas personales aisladas, hoy incluida como actividad formalmente programada y evaluada, basada en los fundamentos de la capacitación en Servicio;

c) Actividad comunitaria: ayer inexistente, impensable desde la modalidad asilar, hoy desarrollada por equipos interdisciplinarios, con base operativa fuera del Hospital y dependencia administrativa y normativa de la Institución;

d) Política de medicación: ayer administrada con criterio asilar (tranquilizar dormir, silenciar, apaciguar), hoy en camino a una racionalización (tanto de los aspectos administrativos (compra, stock, etc.) como de los terapéuticos a partir de la creación de una comisión de Farmacovigilancia integrada por personal médico y no médico de la institución;

e) Integración hospitalaria: ayer existente sólo a partir de relaciones

personales o grupos informales, hoy formalizada desde la participación legitimada de profesionales, técnicos, administrativos, maestranza y servicios generales que va permitiendo pensar en términos de "equipo de salud";

f) Legislación: ayer había un desconocimiento mutuo entre los equipos de salud y los funcionarios de justicia sobre los alcances de la ley y la posibilidad de recuperación de los pacientes, hoy ese desconocimiento se ha superado en gran medida por un trabajo intersectorial cuyas propuestas como Comisión de Justicia y Salud Mental esperan tratamiento del Poder Legislativo.

g) Rehabilitación: ayer pensada como entretenimiento y movilización para los "pacientes", hoy incorporando además la concepción de resocialización a partir de la recuperación del valor productivo de las "personas". Existen así varios emprendimientos laborales: cooperativa de campo, panadería, huerta y granja. Hacia el final de las Jornadas se constituyó una Comisión para la redacción de un documento que testimoniará lo producido en las siete mesas y cuatro grupos de trabajo realizados, cerrando los mismos con sendas alocuciones el Director del Hospital Dr. Spollansky y Director Gral. de Salud Mental de la Provincia, Dr. Diego José Rapela.

Carlos Curtó

Jornadas sobre "Encuentros y repetición"

El Hospital Nacional Infanto Juvenil Dra. Carolina Tobar García, organiza las Jornadas Preparatorias del 1er. Congreso de Prácticas Institucionales con Niños y Adolescentes: ENCUESTRO Y REPETICION.

Lugar: Hospital Nacional Infanto Juvenil Dra. Carolina Tobar García, 4, 5 y 6 de diciembre de 1991, 8.30 a 13 hs.

Dirigido a: profesionales y estudiantes del Campo de la Salud Mental

INFORMES E INSCRIPCION: Av. Ramón Carrillo 315 (Ex-Barracas) 2do. Piso - Docencia e Investigación
Tel.: 26-5880/6108
Arancel: U\$S 15
Vacantes limitadas

1er Encuentro: El Espacio Institucional

La Dimensión Institucional de las Prácticas Sociales
21 AL 14 DE NOVIEMBRE DE
1991 BUENOS AIRES

El espacio instituyente

Cuando no solo se trata de producir y consumir, aparece Vertex: la Revista Argentina de Psiquiatría que es, desde ya, una *institución* en este mundo de los *media*. Aparece y entra a circular en el "magma de las significaciones imaginarias sociales".

La revista es una *institución*. Quiero decir: en ella circula un poco del inconsciente político de la sociedad donde todo habla en la medida que sepamos escuchar. Todo suena: el eco y la voz.

Pero, no solo, *institución*. La revista se juega como *intervención institucional*, por que interroga al eco y a la voz. Quiere saber sobre ese proceso activo existente entre las fuerzas instituyentes (preferentemente innovadoras) y las fuerzas instituidas (preferentemente conservadoras). Para eso se mete con la psiquiatría, con el psicoanálisis y deja, claro, que la psiquiatría y el psicoanálisis se metan en ella. Se incluye en —e incluye el— Análisis Institucional.

Surge la revista como *analizador* —y, al hacerlo— arriesga un gesto molesto: un "algo" de disconformidad; esa insatisfacción con lo convencional y repetido que la incita a ser más voz que eco. Es el "cuerpo" de la revista el que provoca, obliga a balbucear, revela lo oculto de la institución *psi*.

Institución de la revista atravesada por la institución de la psiquiatría y la institución de los *media*. Por la institución del dinero y del poder.

Intervención en la institución. Analizador. Sin duda: revista arriesgada. Temeraria desde que se hace lugar —y le hace un lugar— al margen: porque me da un lugar

(que agradezco). Al hacerlo, no soy yo el que la habita; sino ese psicoanálisis del borde; el que orilla, siempre, los límites de la transgresión. El que la ocupa y que, en este caso, lo hace desde el Análisis Institucional.

Psicoanálisis de frontera que jamás cesa de reclamar para sí el derecho a dudar de sus certezas, a sospechar de sus "olvidos", a desconfiar de su institución. En última instancia: psicoanálisis que no ha podido evitar incluirse en la estrategia del capitalismo y que no ha claudicado en los intentos por descentrarse.

Revista temeraria, decía, la Revista Argentina de Psiquiatría porque irrita y arriesga un *espacio instituyente*. Espacio para que se despliegue lo que F. Guattari llamó ese "nuevo espíritu científico".

De límites provisorios y siempre expuestos a ser desplazados, el lugar aquí aludido: *el espacio instituyente* es, al mismo tiempo, contexto que nos incluye y texto que nos constituye. He ahí que el reconocimiento de la dimensión institucional —la que no se agota en los aspectos formales, la que trasciende los edificios— deviene en el modelo básico que nos permite aproximarnos, reflexivamente, a nuestra práctica, sea esta psiquiátrica, psicoanalítica o institucionalista.

De ahí que, nosotros, psicoanalistas —cuestionados, conmovidos por el análisis de nuestra propia implicación— nos encontremos abocados a la organización de un congreso sobre análisis de las instituciones.

Pero, como lo que pretendemos es organizar un congreso sobre análisis de las instituciones, en realidad, estamos des—organizando un congreso o —mejor aún— organizando un anti—congreso bajo la síntesis parcial de lo instituyente.

¿Para qué organizar un congreso sobre instituciones?

Para recuperar la historia. Para adueñarnos, apropiarnos simbóli-

camente, de una iniciativa pionera que tuvo su eficacia mayor en la psicología institucional desplegada en el ámbito académico por dos psicoanalistas: José Bleger y Fernando Ulloa.

Para retomar la venerable iniciativa a la luz de las nuevas condiciones que la realidad impone. Por eso lo que aquí proponemos no es el rescate de las experiencias paradigmáticas de los pioneros con el fin de completar lo interrumpido, o la intención de ponerlas nuevamente en vigencia sino, garantizar la continuidad real en un presente que es otro, muy distinto a aquel en cuyo seno aparecieron.

Pero no sólo para retomar la venerable iniciativa de los maestros. también para incluir la original producción de los nuevos institucionalistas. Para integrar el saber de las distintas disciplinas científicas. Conocimiento que no excluye el saber y el saber-hacer que los grupos y las comunidades producen, espontáneamente, al margen de los medios académicos tradicionales. Saber "popular" difícilmente encuadrable dentro de las categorías científicas consagradas. Saber político salido de la experiencia de los grupos militantes. Saber artístico generado en la práctica estética. Saber cultural abonado por los mitos de los aborígenes. Saber de los grupos para administrar, autogestionar sus recursos propios y saber para encontrar sus propias soluciones.

Para todos aquellos que nunca oyeron hablar de "institución" en los sentidos en que el Movimiento Institucionalista propone, para los que jamás han pensado en las instituciones a las que pertenecen, desde esta perspectiva, y para los que están dispuestos a reparar en los atravesamientos institucionales que los determinan: para ellos el Espacio Institucional.

Juan Carlos Volnovich

INFORMES: 553-3800/0683.

Están sucediendo cosas en Río Negro.

En el marco de las Jornadas de Atención Primaria de la Salud realizadas en Buenos Aires el equipo de Salud Mental de Río Negro coordinado por el Dr. Hugo Cohen comunicó en conferencia de prensa, el 25 de Julio ppdo., que la ley de Salud Mental (ver Vertex N° 3) había recibido sanción en general por la legislatura de esa provincia.

La información fue acompañada de la presentación de la política de Salud Mental que vienen implementando los colegas de Río Negro. Uno a uno fueron testimoniando de su fervor y entrega a la tarea comenzada. Burgos relatando el caso de Carlitos, Beti Farías de Ruiz coordinando un grupo de alcoholismo, Analía Broide contando los casos tratados en El Bolsón, Helda Aravena agente Sanitario, Patricio Infante, Mané y sus radios rurales, Julieta animadora radial, Schiapapietra explicando la deshumanización de los sujetos en las estructuras que los captan luego de sufrir la expulsión de sus instituciones primarias (flia., barrio, ciudad). Diciendo todos que el enfoque comunitario es ocuparse del vínculo y el deseo pero además de otras cosas como el poder, por ejemplo. Expresando todos, profesionales, alcohólicos recuperados, familiares de ex-pacientes, en palabras que vacilan entre una nueva nomenclatura y un viejo vocabulario (enfermo vs. persona con sufrimiento mental, tratamiento vs. ayuda en crisis, etc.) la tensión por crear una nueva conceptualización de la locura y su destino social.

Difícil de relatar, había que estar, se respiraba el acontecimiento, ¿lo lograrán? Dicen ellos que la fuerza principal del proyecto surge del sufrimiento de sus protagonistas y ponen en juego la pasión y el afecto como valores en el trabajo en Salud Mental. A los que no les alcance este relato les transmitimos las palabras de Cohen "si mi discurso no alcanza a explicar los invitamos a que vengan a 'hacerlo' con nosotros".

Juan Carlos Stagnaro

Jornadas nacionales de residencias del área de la Salud Mental

Los residentes de la ciudad de Rosario y Santa Fe realizan las primeras Jornadas Nacionales de Residencias de Salud Mental los días 8, 9 y 10 del mes de noviembre a fin de reflexionar y debatir sobre las prácticas que conforman este nuevo campo, pues sólo la consolidación de estas podrá incidir en el diseño de una política en Salud Mental tendiente a generar estrategias de transformación social.

Los ejes temáticos a desarrollar serán:

- Políticas en formación de Recursos Humanos. Programas. Articulación salud-educación

- Interdisciplina. Conformación de equipos de Salud.

- Prácticas clínicas. Diferentes modalidades de intervención y análisis.

- Trabajo comunitario. ¿Qué conceptualizaciones teóricas y prácticas incluye?

- Epidemiología en Salud Mental. Diferentes enfoques teóricos y metodológicos.

Se trabajará en los siguientes espacios:

- * Ponencias

- * Mesas redondas

- * Talleres

- * Presentaciones libres

- * Grupo de trabajo sobre temáticas gremiales

Todos estos espacios se van a construir con los materiales aportados por las residencias que se desempeñan en este área.

Se invita a la participación en este encuentro y a enviar resúmenes de trabajos y espacios en donde desearían presentarlos, siendo la fecha de cierre de la entrega el día 30-9-91.

INFORMES: Policlínico Eva Perón (2152) Granadero Baigorria Te.: 71-0940/0962 y 55-2279/2438

V. Dávila, A. Huerta, G. Gualtieri

VI Congreso Metropolitano de Psicología

La Asociación de Psicólogos de Buenos Aires organiza del 2 al 6 de octubre de 1991 este evento bajo el título... "La clínica, La Realidad, Los atravesamientos de una práctica"

Informes: Secretaría APBA, Francisco Acuña de Figueroa 730 (1180) Capital Federal tel. 862-4971/1928.

II Foro Interdisciplinario sobre Cultura y Salud

ORGANIZADO POR EL INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGIA (SUBSECRETARIA DE CULTURA DE LA NACION) Y AUSPICIADO POR EL COLEGIO DE GRADUADOS EN ANTROPOLOGIA

Este evento tendrá lugar los días 31 de Octubre y 1 de Noviembre de 1991 en la Capital Federal.

INFORMES: Lic. Marcelo Alvarez 783-6554.

Crisamen

El Centro Regional de Información de Salud Mental pone a disposición de profesionales, docentes e investigadores los siguientes servicios: consultas bibliográficas en hemeroteca (más de 100 revistas de la especialidad que llegan regularmente de todo el mundo desde hace 30 años, siendo de destacar su nutrida colección latinoamericana) y biblioteca (que incorpora un promedio de 200 títulos por año, búsquedas bibliográficas, acceso a la red UUC, BITNET y otras, menú periódico de índices de revistas, boletín bibliográfico trimestral con novedades ingresadas, traducciones y fotocopias. Bajo la dirección del Dr. Alejandro Lagomarsino este Centro constituye un instrumento indispensable para la actualización de la información en Salud Mental.

Informes e inscripción en la nómina de socios: SERRANO 665, CAP. FED. Tel.: 855-7674, 9 a 17 hs.