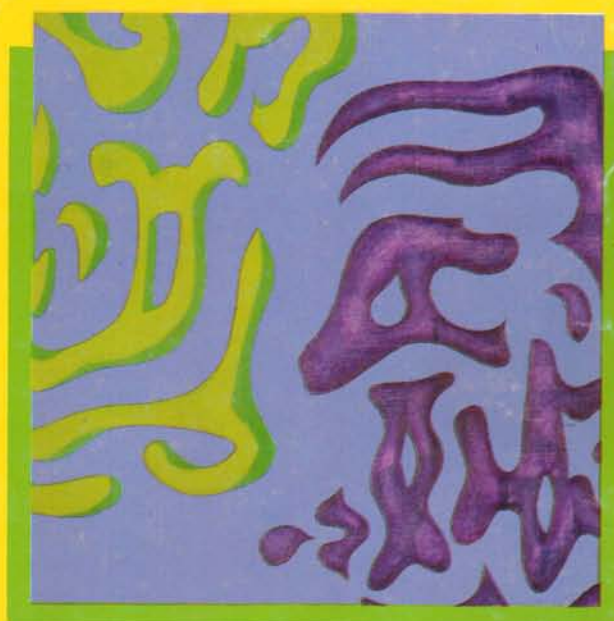




# VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

18



## DESORDENES DE LA PERSONALIDAD

*Caruso / Di Segni de Obiols*

*Gallego Lhuesma / Koldobsky*

*Mata / Morini*

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

Volumen V - Nº 18 Diciembre 1994 - Enero - Febrero 1995

Director:

**Juan Carlos Stagnaro**

Director Asociado para Europa:

**Dominique Wintrebert**

### Comité Científico

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. Lôo (París), M.A. Matterazzi (Bs. As.), E. Mejías Valenzuela (Madrid), J. Mendlewicz (Bruselas), J. Moizeszowicz (Bs. As.), A. Mossotti (Santa Fe), J. Nazar (Mendoza), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), M. Palestini (Sgo. de Chile), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), D. J. Rapela (Córdoba), L. Ricon (Bs. As.), E. Rodríguez Echandía (Mendoza), F. Rotelli (Trieste), B. Samuel-Lajeunesse (París), C. Solomonoff (Rosario), I. Vegh (Bs. As.), H. Vezzetti (Bs. As.), E. Zarifian (Caen), L. M. Zieher (Bs. As.), P. Zöpke (Rosario).

### Secretaría de Redacción:

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

### Corresponsales en:

**CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES:** N. Conti (Hosp. J.T. Borda); R. Epstein (AP de BA); S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); A. Mantero (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); P. Gabay (Hosp. Santojanni y Ramos Mejía); D. Matusevich (Hosp. Italiano y Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); L. Milano (Hosp. J. Fernández); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); L. Millas (Hosp. Rivadavia); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Wahlberg (Hosp. Español); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); M. Podruzny (Mar del Plata); N. Koldobsky (La Plata).  
**CORDOBA:** H. López, C. Curtó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RIOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RIO NEGRO:** J. Pellegrini. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** G. Bazán. **SANTA CRUZ:** E. Osorio. **SANTA FE:** M. T. Colovini. **TUCUMAN:** A. Fiorio.

### Corresponsales en el Exterior:

**ALEMANIA Y AUSTRIA:** A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artilles Visbal. **ESPAÑA:** J. Giménez Avello. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **EE.UU.:** A. Sudilovsky (Pittsburg); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** S. Villaseñor Bayardo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar.

Gerencia y Administración:  
Carlos De Lorenzo

Diseño:  
Ana Herrera  
Coordinación y Corrección  
Mabel Penette

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

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

**Informes y correspondencia:**  
**VERTEX**, Callao 157 P. B. "C",  
(1022), Capital Federal, Argentina,  
Tel. 49-0690 - 953-2353. Fax: 49-0690

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

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX VOL. V N° 18 DICIEMBRE 1994 ENERO-FEBRERO 1995

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

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

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

## SUMARIO

### REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **"Continuidad hallada en tratamientos ambulatorios"**, Aníbal Goldchluk, Marcela Amenta, Lucía Dates. pág. 245.
- **"Juventud, pobreza y exclusión social. Un estudio de caso"**, Silvia Kuasñosky, Dalia Szulik. pág. 252.
- **"Trastorno de dismorfia corporal. Una revisión"**, José A. Yaryura-Tobias, Fugen A. Neziroglu. pág. 260.

### DOSSIER

- **PERSONALIDAD, La personalidad, estado actual de la nosología y la nosografía**, N. M. S. Koldobsky, pág. 268; **Sociedad actual y personalidad "como si"**, O. Gallego Lluesma, S. A. Morini, pág. 276; **Trastorno narcisista, sustrato para la corrupción**, S. Di Segni de Obiols, pág. 281; **Aspectos biológicos del tipo "A" de personalidad**, E. A. Mata, pág. 286; **Acerca de los tecnópatas**, C. E. Caruso, pág. 290.

### EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Psicogénesis de la "locura moral"**, por Gregorio Bermann, pág. 294.
- **La locura en Córdoba. Desde la Colonización a la Organización Nacional**, por José Luis Fitó, pág. 305.

### CONFRONTACIONES

- **Hay sobreadaptaciones y sobreadaptaciones**, Roberto Gómez Fernández, pág. 310.

### LECTURAS Y SEÑALES

- **"Lecturas"**, pág. 315, **"Señales"**, pág. 315.

**EDITORIAL**

**E**

l 23 de setiembre se conmemoraron los 100 años del nacimiento de Gregorio Bermann. El Instituto que lleva su nombre en la ciudad de Córdoba prestó el marco para que nos reuniéramos junto a su hija Sylvia compañeros, discípulos y muchos otros que sentimos palpitar en el ejemplo de Bermann un foco de inspiración y modelo para la acción en los tiempos actuales.

No se puede agregar mucho a las elocuentes palabras de Alberto Sassetelli —que reproducimos en la Sección El Rescate y la Memoria, junto a las de Gregorio Aráoz Alfaro— aludiendo a la figura del Dr. Bermann. Su militancia por la justicia social, universal desde lo latinoamericano, su posición ética, su pasión científica y tantos otros rasgos de la multifacética personalidad del creador de la pionera revista "Psicoterapia" son conocidos por generaciones de trabajadores de la Salud Mental.

Baste para muestra de la actualidad del pensamiento del maestro de Córdoba el siguiente pasaje de una conferencia dictada en 1960:

"Son muchos los que pretenden limitar el conocimiento del hombre al de la totalidad anímico-orgánica. Mas para conocer a nuestros semejantes, para comprenderlos, no basta la ciencia de la unidad físico-mental, normal y patológica, por exhaustiva que fuere. Es necesario seguirlos en sus condiciones de vida, en el medio en que fueron engendrados y en el que después se han desarrollado, en su hogar, escuela, comunidad; en la familia que han constituido, en el trabajo, en la plena realidad del grupo colectivo y nacional al que pertenecen y del que forman parte, en el mundo, y en la época en que están inmersos. Una medicina verdaderamente etiológica exige, por lo tanto, no sólo la asimilación de lo que hoy se enseña en nuestras facultades de medicina, sino de mucho más. El que sólo sabe medicina, ni siquiera medicina sabe, es un dicho verdadero. En la consideración médica entra, pues, la realidad nacional, y con ella la realidad mundial. El hombre enfermo, y el empeño sanitario por que nuestros conciudadanos no caigan enfermos, o mejoren su salud física y mental, exige el conocimiento de una totalidad mucho más extensa que la de las ciencias médicas, propiamente dichas, por vasto que sea su dominio" ■

J. C. Stagnaro D. Wintrebert

## REGLAMENTO DE PUBLICACIONES



1) Los artículos deben enviarse a la redacción: VERTEX. Callao 157 P. B. "C" (1022) Buenos Aires, Argentina.

- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal y teléfono. Deberá acompañarse en hoja aparte de 4 ó 5 palabras clave y un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno. El texto total del artículo no deberá exceder de 20 páginas, dactilografiadas a doble espacio a razón de 30 líneas por página.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo y en la siguiente forma:
  - a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
  - b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al 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.

## Continuidad hallada en tratamientos ambulatorios

Aníbal Goldchluk  
Marcela Amenta  
Lucía Dates

*Jefe de Servicio de Consultorios Externos del Hospital José T. Borda.  
Coordinadora del Dep. de Grupos del Servicio de Consultorios Externos del Hosp. J. T. Borda.  
Coordinadora del Dep. de Admisión del Serv. de Consultorios Externos del Hosp. J. T. Borda.  
Barracas 330, Buenos Aires.*

### Introducción

El propósito del presente trabajo es comunicar los resultados obtenidos a nivel de la continuidad mostrada en el tratamiento ambulatorio indicado en una muestra de pacientes. El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Consultorios Externos del Hospital José T. Borda, uno de los dos grandes Hospitales Psiquiátricos monovalentes de la Ciudad de Buenos Aires.

El tomar la continuidad como parámetro de referencia en la prestación ambulatoria iniciada por muy diversos motivos de consulta, requiere una aclaración ya que dicha continuidad puede adquirir valoraciones opuestas y concomitantes ambigüedades en su comprensión.

Por ejemplo, puede tener una valoración positiva cuando mida el cumplimiento en aquellos severos trastornos que se benefician significativamente con la continuidad de cuidados; o en los casos en los que se haya indicado una psicoterapia prolongada, en la cual los resultados terapéuticos se alcanzan sólo con una cantidad elevada de sesiones.

Pero, a la inversa, puede tomar un valor negativo cuando la continuidad suceda como una consecuencia innecesaria al logro de objetivos terapéuticos; o sirva a la satisfacción de beneficios secun-

### Resumen

Para evaluar la continuidad terapéutica espontánea en tratamientos ambulatorios se estudió el comportamiento de una muestra de pacientes, constituida por todos aquellos que habían hecho su primera consulta en el Servicio de Consultorios Externos del Hospital "J. T. Borda" durante el mes de marzo de 1993. En el mes de marzo de 1994 se observaron las Historias Clínicas de cada uno de ellos y se determinó cuánto tiempo habían permanecido en tratamiento. Se discuten las cifras halladas y se las compara con estudios similares y con otros parámetros. El trabajo tiene por finalidad última la de contar con datos ciertos sobre la modalidad de la demanda asistencial en salud mental para la ulterior organización de dispositivos acordes con ella.

**Palabras clave:** Continuidad terapéutica - Tratamiento ambulatorio - Dispositivos asistenciales.

### OUTPATIENT'S TREATMENT CONTINUITY

#### Summary

The behavior of a sample of patients admitted for the first time (during march 1993) to the Outpatient's Service of Hospital "J. T. Borda" was studied in order to assess the spontaneous continuity of their treatments. In march of 1994 we review every Clínica Record of this sample of patients, specifying the duration of their treatments. We discuss the results and, then, we compare them with other studies and parameters. The final goal of this research is to obtain statistical data related to the kind of assistance required in Mental Health, so as to further organize dispositive according to it.

**Key Words:** Treatments continuity- Outpatient's treatment - Assistance dispositive.

### CONTINUITÉ EN TRAITEMENTS AMBULATOIRES

#### Résumé

Pour évaluer la continuité thérapeutique spontanée en traitements ambulatoires, on a étudié le comportement d'un échantillon de patients, constitué par tous ceux qui avaient fait leur première consultation dans le Service de Consultation Externe de l'Hôpital "J. T. Borda" pendant le mois de mars de 1993. En mars 1994 on s'est penché sur les dossiers médicaux de chacun d'eux et on a déterminé combien de temps ils avaient passé sous traitement. On a discuté des chiffres retrouvés et on les a comparés à des études semblables et à d'autres paramètres. Ce travail a pour dernier but de fournir des données certaines sur la modalité de la demande assistentielle en santé mentale permettant ainsi d'organiser plus tard des dispositifs qui y soient adaptés.

**Mots Clé:** Continuité thérapeutique - Traitement ambulatoire - Dispositifs assistentiels.

darios. En estos casos, la continuidad se convierte en una fuente de consumo de recursos económicos y terapéuticos e incluso revela en nuestro medio, como ha sido notado por Azubel y col.(2), la carencia de respuestas prescriptivas diversas, con el consiguiente empobrecimiento del dispositivo asistencial restringido ideológicamente por la ponderación exclusiva de psicoterapias analíticas de larga duración.

A partir de estos valores opuestos, la continuidad como patrón de referencia puede dar lugar a distorsiones, plasmadas en el término "deserción", tan ampliamente usado entre nosotros, para aludir a la discontinuidad decidida por el paciente. Este término, en nuestra opinión inapropiado, da lugar a desaliento dentro de los Equipos Terapéuticos y está sostenido por el desconocimiento de lo que es la vicisitud natural de la demanda asistencial en nuestro campo.

En un estudio de Horgan(5) se informa que durante el año 1977 el 4,6% de la población total de los Estados Unidos había hecho al menos una consulta vinculada a la salud mental y que el promedio de consultas era de 5,5 por persona. Si se tiene en cuenta que prácticamente la mitad de los consultantes sólo lo había hecho en una sola oportunidad, se puede concluir que sólo una pequeña proporción del total de los consultantes continuará con sus tratamientos por períodos más prolongados.

El promedio de consultas por persona variaba de acuerdo a diversas variables de tipo demográfico y de acuerdo a si se padecía o no un trastorno psiquiátrico franco.

En otro estudio realizado por Shapiro y otros(8) tomando un área de captación epidemiológica se encontraron cifras muy similares: el 6 al 7% de los adultos había hecho alguna consulta por razones vinculadas a la salud mental en el último semestre y ellos habían hecho un promedio de 2,5 consultas en dicho período. Esto llevado a un período anual da una cifra casi idéntica a la anterior.

Entre nosotros contamos con los siguientes datos(7): durante todo el año 1993, tomando el conjunto de los ámbitos asisten-

ciales de la ciudad de Buenos Aires (hospitales psiquiátricos, hospitales generales y centros de salud mental) se realizaron un total de 48.545 primeras consultas de adultos y un total de 253.939 consultas ulteriores. De acuerdo a ello, el promedio es de 5,23 consultas por cada primera consulta; lo cual resulta una cifra notablemente similar a las halladas en los estudios antes mencionados.

Debemos reconocer que las cifras antedichas correspondientes a la ciudad de Buenos Aires, sólo tienen un valor orientador. La falta de hábitos en el registro de datos estadísticos que aún padecemos hace que las cifras no sean plenamente discriminadas y fidedignas.

En relación con lo que venimos diciendo, habría dos cuestiones sobre las que los profesionales que están a cargo de atender primeras consultas en ámbitos ambulatorios deberían estar alertados. Una es suponer que cada consultante estará dispuesto a realizar un tratamiento continuo sin límite de tiempo. Otra, ignorar o subdiagnosticar que algunos de los consultantes requerirán ciertamente una continuidad de cuidados sin límites burocráticos de tiempo.

Está claro que la suposición de una disposición a largos tratamientos por parte del paciente no proviene solamente de la ideología de los terapeutas. A la valoración de largos tratamientos también contribuye la gravedad o cronicidad de los motivos de consulta hallados en la admisión, los que inducen a pensar que sólo con cambios importantes en la subjetividad logrados por medio de los tratamientos emprendidos se podrá atenderlos. Quizá esta idea pueda encuadrarse dentro de lo que Cohen y Cohen llamaron la ilusión de los clínicos(3) para mencionar la distorsión que estos padecen respecto de la evolución natural de los trastornos psiquiátricos, distorsión influida por la muestra de pacientes y problemas clínicos con los que los terapeutas se enfrentan diariamente.

A la vez, desconocer que hay un grupo de pacientes que se beneficiarán con una continuidad de cuidados, se convierte en un obstáculo para que los dispositivos asistenciales se amolden a ello, generándole al paciente una

serie de inconvenientes que incrementan el que ya padece, tal como ha sido expresado entre nosotros por Agrest y otros(1).

## Objetivos

En un estudio previo llevado a cabo en nuestro Servicio, basado en el análisis estadístico de los datos obtenidos en la Admisión(4) (diagnóstico presuntivo, edad, lugar de residencia, fuente de derivación, expectativa de tratamiento y tratamientos previos) habíamos encontrado que las primeras consultas abarcaban todo el abanico de trastornos psiquiátricos y problemas psicológicos que no llegan a constituir un tal diagnóstico; que la distribución de edades era pareja; que en alrededor del 30% de los casos no había habido tratamiento previo y que las expectativas —cuando las había sobre este punto— se repartían equitativamente entre psicofármacos y psicoterapia. De alguna manera, estos hallazgos resultaron una sorpresa ya que —por las características de nuestro Hospital— presuponíamos que el grueso de la demanda asistencial estaba compuesta por trastornos graves y deficitarios que requerían alta complejidad en las respuestas.

El presente trabajo representa una suerte de segunda parte del anterior, en la medida en la que se propuso obtener datos sobre el desenvolvimiento natural de los pacientes que iniciaban tratamiento en el Servicio.

El objetivo último es establecer un dispositivo asistencial acorde con las características efectivamente registradas de la demanda asistencial que atendemos. No se nos escapa que este tema toca aspectos de política sanitaria, económicos, técnicos, ideológicos y éticos; todo lo cual lo convierte en polémico. Es por todo ello que nos parece que constituye una preocupación insoslayable para quienes trabajamos en Instituciones Públicas Asistenciales. Porque, finalmente, ¿de qué vale contar con recursos terapéuticos cada vez más eficaces si su provisión y distribución a quienes los necesitan están obstaculizadas por dispositivos asistenciales rígidos e incapaces de cumplir su función?

Argumento	Número	Porcentaje
Obtener un certificado médico c/ fines laborales u otros	4	23,52
Derivados a otros centros asistenciales	7	41,17
No concurren otra vez	6	35,30
Total	17	100

#### Organización de la admisión

Por regla general, los pacientes que llegan al Servicio son atendidos en el día, con lo cual hemos eliminado las listas de espera. Sólo cuando la cantidad de primeras consultas de un determinado día supera la capacidad para admitirlas, se le solicita al consultante regresar al día siguiente. De hecho, no hemos tenido mayores problemas con esta modalidad. Durante el año 1993 el promedio diario de admisiones fue de 4,5. En lo que va del corriente año, notamos un leve incremento: aproximadamente 5 por día.

La admisión consiste en una entrevista al paciente y/o familiares o a quienes lo acompañaron. Se hace en ese momento un diagnóstico presuntivo de acuerdo al DSM III-R, un diagnóstico situacional, se solicitan los estudios clínicos complementarios, se da una indicación de tratamiento si corresponde y, si así fuera el caso, se lo vincula con quienes serán los profesionales que lo/s asistirán. Se trata de que esta vinculación sea personal y se lleve a cabo apenas concluida la entrevista.

Se procura realizar un procesamiento específico de la admisión de modo tal de obtener que el consultante y/o sus allegados se conviertan en sujetos activos del proceso terapéutico.

La tarea de admisión está a cargo exclusivamente de los profesionales rentados: tres médicos psiquiatras y tres psicólogos. Generalmente participan como co-admisores terapeutas médicos y psicólogos en formación, con finalidades de aprendizaje y entrenamiento. Este criterio de exclusividad tiene como objetivo dejar la responsabilidad de la tarea de ad-

misión en manos de los profesionales de mayor experiencia y/o con una vinculación formal institucional mayor. Entendemos que esta tarea requiere por parte del clínico interviniente un mayor rendimiento discriminativo y pronóstico.

Es posible llevar a cabo toda esta planificación asistencial porque hubo una sostenida decisión consensuada de realizarla y porque el Servicio cuenta con un número significativo de profesionales concurrentes no rentados y residentes, quienes toman a su cargo el grueso de las prescripciones decididas en la admisión.

#### Material y método

La muestra para realizar este estudio se integró con todos aquellos pacientes que consultaron por primera vez en nuestro Servicio entre el 1/3/93 y el 31/3/93. Se excluyeron las consultas ocurridas en el período mencionado provenientes de pacientes que ya habían estado en tratamiento en nuestro Servicio y volvían a consultar y las consultas que provenían de pacientes que habían estado internados en el Hospital.

Modo	Número
Continuada	13
Interrumpida	5
Total	18

De este modo, el total de la muestra está conformado por 81 primeras consultas.

Luego examinamos las fichas de admisión y las Historias Clínicas de cada una de ellas y registramos los siguientes datos: diagnóstico presuntivo, profesional interviniente en la admisión, profesional/es interviniente/s en el tratamiento, tipo de tratamiento y duración cierta del mismo, medida en semanas. No se estableció la frecuencia de asistencia, ya que ésta variaba de acuerdo al tratamiento, siendo -en general- de una a dos veces por semana en las psicoterapias y más espaciadas en los controles clínicos psiquiátricos.

Tampoco se registraron para este trabajo los resultados terapéuticos obtenidos con el tratamiento emprendido, ni las causas de discontinuación del mismo, ni la satisfacción conseguida por el consultante respecto del tratamiento recibido. El análisis de estos ítems está previsto para un trabajo posterior.

La fecha en la que se realizó el estudio fue el mes de marzo de 1994, a fin de poder observar cuáles habían sido las vicisitudes naturales de la muestra elegida luego de un período de un año.

	Inicio		Al año	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje <sup>1</sup>
Hombres	49	70	10	20
Mujeres	21	30	8	38
Total	70	100	18	100

1. Los porcentajes son estimados tomando como 100% el total de primeras consultas de cada sexo.



**Tabla 4**

Número de discontinuaciones de acuerdo al lapso en el que ocurren

Período	Num.	% relativo	Num. Acum.	% acumulado
No concurre 2ª vez	6	8,57	6	8,57
Entre 1 y 4 semanas	13	18,57	19	27,14
Entre 5 y 8 semanas	9	12,85	28	40
Entre 9 y 12 semanas	6	8,57	34	48,57
Entre 13 y 16 semanas	3	4,28	37	52,85
Entre 17 y 20 semanas	2	2,85	39	55,71
Entre 21 y 24 semanas	4	5,71	43	61,43
Entre 25 y 28 semanas	4	5,71	47	67,14
Entre 29 y 32 semanas	0	—	47	67,14
Entre 33 y 36 semanas	1	1,43	48	68,57
Entre 37 y 40 semanas	2	2,85	50	71,43
Entre 41 y 44 semanas	2	2,85	52	74,29
Entre 45 y 48 semanas	0	—	52	74,29
Entre 49 y 52 semanas	0	—	52	74,29

**Resultados**

Los resultados se desarrollan en las Tablas 1 a 4 y en los gráficos 1 y 2.

La tabla 1 muestra que un número significativo de consultantes sólo tuvieron un único contacto con nuestro Servicio: 4 porque vinieron a tramitar un certificado,

7 porque fueron derivados en ese momento (internación, a otra especialidad, o reenviados a los tratamientos que venían realizando) y finalmente 6 no concurrieron a una segunda convocatoria.

La tabla 2 muestra la distribución por sexos. Véase que el número de mujeres es notablemente menor en el momento de la ad-

misión (esto ocurre porque tradicionalmente el Hospital Borda es considerado un hospital psiquiátrico de varones); pero esa diferencia se borra en los porcentajes de pacientes que continúan en tratamiento al cabo de un año. Lo cual indica que las mujeres muestran una mayor continuidad en sus tratamientos.

La tabla 3 muestra el modo de asistencia al tratamiento (continua o interrumpida y retomada), del grupo de pacientes que permanecían en tratamiento al año. Nos parece de particular importancia reconocer esta modalidad de la demanda asistencial en nuestro campo para tener previstas dentro del dispositivo asistencial respuestas receptivas y no expulsivas

El tipo de tratamiento que recibía cada paciente así como la frecuencia de su asistencia variaba de acuerdo al trastorno padecido. Las alternativas fueron: control psiquiátrico y psicofarmacológico, psicoterapia o ambos combinados.

La tabla 4 muestra el número y el porcentaje —absoluto y acumulado— de discontinuaciones, agrupados en períodos de 4 semanas. Se puede advertir que la muestra cae en un 25% dentro de las primeras cuatro semanas, un 50% a la 12ª semana y un 75% al cabo de un año. Sería necesario cotejar este ritmo de declinación con otros

**Gráfico 1**

Cantidad de pacientes que continúan bajo tratamiento, discriminados en períodos de 4 semanas.

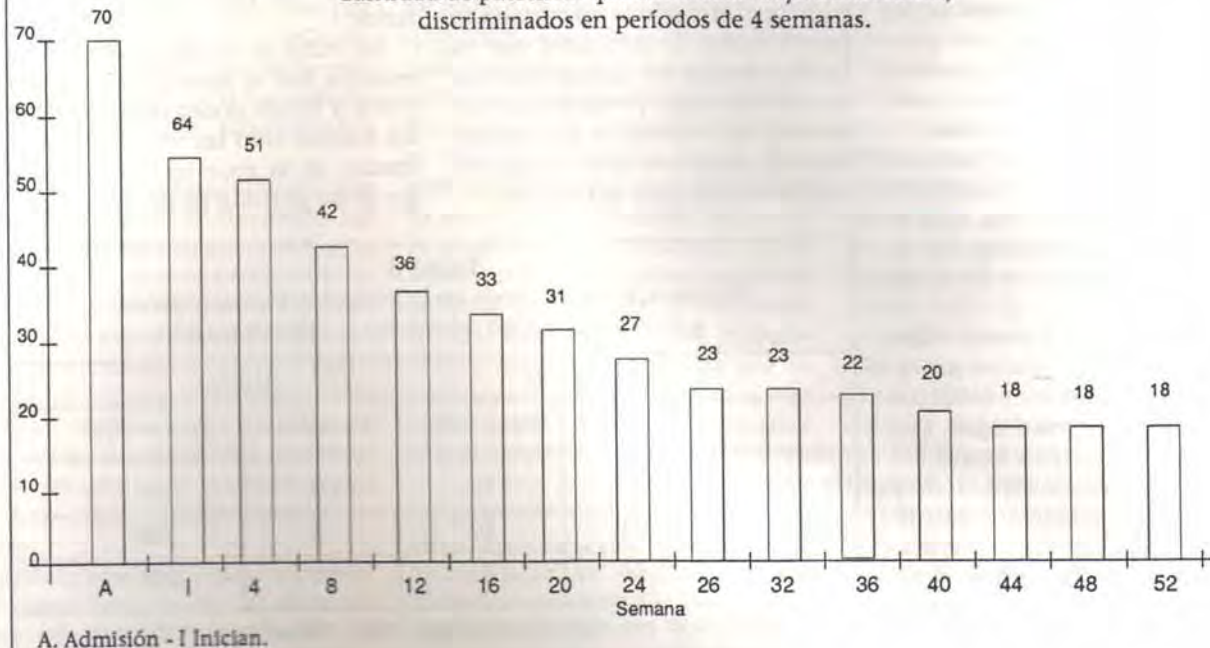
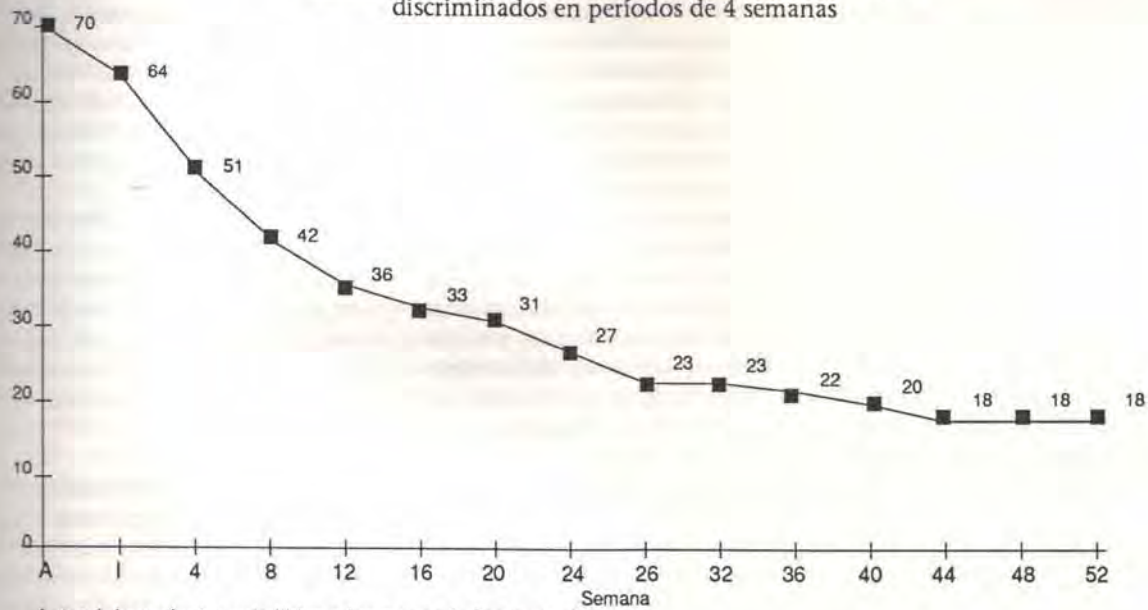


Gráfico 2

Cantidad de pacientes que continúan bajo tratamiento, discriminados en períodos de 4 semanas



A: total de pacientes admitidos a los que se indica tratamiento  
I: pacientes que concurrieron a iniciar el tratamiento indicado

estudios similares para evaluar si estamos simplemente en presencia de un aspecto formal de las vicisitudes propias de la demanda asistencial en nuestro medio.

Los gráficos 1 y 2 muestran lo inverso de la tabla 4, es decir la parte de la muestra que se mantiene en tratamiento, también agrupados en períodos de 4 semanas. Se toma como número inicial 70 (marcados en el gráfico con una A) ya que se descuentan los pacientes que sólo concurrieron a buscar un certificado y los que fueron derivados. Ya al inicio del tratamiento (marcado en el gráfico con una I), ese número queda disminuido porque 6 pacientes no concurren a su primera cita (ver tabla 1).

## Discusión

Los dos hallazgos más significativos obtenidos por nuestro estudio fueron:

a. el porcentaje de pacientes que permanecieron bajo tratamiento al año y

b. el patrón de discontinuidad, el cual ofrece datos acerca de la modalidad de utilización de recursos ambulatorios en nuestro medio.

### a. Permanencia bajo Tratamiento.

Las cifras halladas no expresan nada definitivo por sí mismas, no obstante lo cual, y comparando con el estudio de Horgan antes citado, parecería que una continuidad del 25% puede considerarse alta.

De todos modos, las cifras halladas deben ser interpretadas y comparadas. El valor propio que puede asignársele es que puedan, de ahora en más, utilizarse como patrón de medida para futuros estudios a realizar en nuestro mismo Servicio o en otros ámbitos ambulatorios similares.

Como habíamos dicho al principio, la continuidad terapéutica—medida acá en términos de permanencia bajo tratamiento—adquiere una valoración positiva al menos en dos situaciones: una cuando el trastorno que presenta el paciente es grave y crónico y por lo tanto requerirá una acción terapéutica sostenida y continuada para lograr rendimientos terapéuticos y preventivos; otra, cuando la indicación terapéutica haya sido una psicoterapia prolongada en la cual los resultados beneficiosos dependerán de su duración.

Para el primer caso, se hace necesario distinguir dentro del total de primeras consultas, aquellas que presentaron diagnósticos pre-

suntivos que requerían tratamientos continuados. Agrupamos dentro de esta categoría a los siguientes diagnósticos: Esquizofrenia, Delirios crónicos, Trastornos de la Personalidad, Alcoholismo crónico, Adicción a Drogas y Trastornos Orgánicos Cerebrales.

A la vez, agrupamos fuera de esta categoría a todos aquellos trastornos o motivos de consulta que presentarían una posible evolución fásica o cuya evolución pudiera estar influida por circunstancias de su medio ambiente.

El primer grupo quedó constituido por 20 pacientes (28,57% de la muestra total), de los cuales 7 (el 35% de este subgrupo) permanecían en tratamiento al cabo del año.

En contraste con ello, el segundo subgrupo estaba constituido por 50 pacientes (71,43% de la muestra total), de los cuales 11 (el 22% de este subgrupo) permanecían en tratamiento al cabo del año.

Estas cifras ratifican la observación corriente de que los pacientes con diagnósticos más graves, recidivantes y deficitarios tienden espontáneamente a darle mayor continuidad a sus tratamientos en concordancia con sus objetivas necesidades terapéuticas. En otros términos, estos pacientes se convierten en frecuentes y continuados usuarios de los servicios ambulatorios.

Esta observación abre una interesante discusión acerca de la conciencia de enfermedad habitualmente negada a este tipo de trastornos, discusión que escapa a los considerandos de este trabajo.

Por otro lado, dentro de este grupo, aquellos que presentan diagnóstico primario de adicción a drogas o alcoholismo tienden a presentar espontáneamente una muy baja continuidad terapéutica, la cual impide obviamente cualquier resultado beneficioso. Esto nos obliga a replantear los encuadres asistenciales apropiados para estos pacientes, ya que los encuadres corrientes no parecen ofrecer ninguna ventaja salvo en casos aislados sin significación estadística.

El segundo caso de valoración positiva de la continuidad terapéutica, decíamos más arriba, es cuando se ha indicado una psicoterapia prolongada.

Este punto merece algunas precisiones. Es sabido que la mayor parte de los ámbitos asistenciales públicos de nuestro medio están influidos doctrinariamente por el psicoanálisis. Esto constituye una ventaja comparativa ya que el psicoanálisis aporta un recurso para entender y responder a los aspectos subjetivos de la demanda asistencial, consiguiendo rendimientos que no pueden obtenerse exclusivamente cuando se toma como blanco un síntoma o un conjunto de síntomas.

Sin embargo, por diversas razones, en nuestro medio el psicoanálisis ha sido llevado a ocupar el lugar de una ideología totalizadora, desnaturalizando la respuesta clínica discriminada que se espera de un servicio asistencial, y desnaturalizando también al propio psicoanálisis.

Pese a lo antedicho, esa era en gran medida nuestra situación en marzo de 1993 cuando tomamos la muestra de este estudio. Con escasas excepciones, cada paciente que consultaba por primera vez recibía la indicación –además de las prescripciones farmacológicas y/o de abordajes familiares dadas en algunos casos– de la puesta en marcha de una psicoterapia sin límite preestablecido de tiempo.

Respecto de este punto los datos nos muestran que de los 70 pacientes a quienes se les indicó tra-

tamiento en el momento de la admisión, 6 (el 8,57%) habían mantenido su tratamiento psicoterapéutico en forma regular durante el período anual considerado.

Esta cifra resulta notablemente alta si se la compara con la encontrada, por ejemplo, por Howard y otros(8). En un estudio sobre patrones de utilización de psicoterapia, basados en una muestra de 405 tratamientos de esa índole, iniciados a partir de un pedido explícito de tal tratamiento por parte del consultante y a partir de una evaluación clínica rigurosa acerca de la pertinencia de esa indicación, encontraron que sólo el 6,9% de dichos tratamientos superan el año de duración.

En nuestro caso tenemos un porcentaje mayor, con una muestra heterogénea de pacientes psiquiátricos, en la cual no se hizo una evaluación rigurosa de la indicación terapéutica y donde no se partía de una predisposición del paciente para tal tratamiento. Esto orienta a afirmar que los patrones de utilización de psicoterapia deben presentar una gran variación cultural.

Los tratamientos psicoterapéuticos que en nuestro caso fueron mantenidos durante el período anual en estudio fueron conducidos por distintos terapeutas, sin que podamos establecer una correlación con la experiencia o el grado de formación de los mismos. Aunque establecer una tal correlación requeriría una muestra de mayor tamaño, una conclusión preliminar sería que la continuidad psicoterapéutica depende de factores difíciles de objetivar como son la disposición del paciente o las características propias del encuentro de tal paciente con tal terapeuta.

El estudio recién mencionado(8) encontró que había una leve tendencia a una mayor perduración en aquellos pacientes que habían sido tratados por terapeutas más experimentados. Esta tendencia estaba determinada principalmente porque los pacientes tratados por terapeutas en formación tendían a discontinuar su asistencia al tratamiento dentro de las primeras cuatro semanas. Este dato adquirirá nuevo relieve a la luz de lo que plantearemos en el punto siguiente.

En suma, sostener el programa del dispositivo asistencial sobre la base de la continuidad psicoterapéutica a largo plazo omite tomar en cuenta que sólo una pequeña cantidad de pacientes llevan a cabo tal indicación. Además desestima intervenciones eficaces que pueden llevarse a cabo en el corto plazo.

Pero también, en función de los datos obtenidos, resulta innecesario establecer tiempos de tratamiento acotados de antemano, cuando la discontinuidad espontánea va haciéndolo sin necesidad de imposiciones burocráticas artificiales.

#### *b. Patrones de Discontinuidad*

La tabla 4 y los gráficos 1 y 2 muestran con claridad que la muestra inicial queda reducida prácticamente a la mitad a las 12 semanas; y luego esta muestra remanente queda reducida otra vez a la mitad a las 52 semanas. Como dijimos sería sumamente valioso que estas cifras se pudieran investigar en otros ámbitos asistenciales, ya que su constatación nos informaría sobre un rasgo general de la vicisitud de la demanda asistencial ambulatoria, que nos ayudaría en la tarea de diseñar dispositivos asistenciales acordes.

De acuerdo a nuestros datos encontramos:

1. Prácticamente el 50% de la muestra inicial no está bajo tratamiento luego de la 12ª semana. De este grupo se puede distinguir un subgrupo constituido por 19 pacientes que no permanecen más allá de la 4ª semana. Este subgrupo constituye el 27,14% del total de la muestra y nada menos que el 73,52% del grupo de pacientes que permanecen hasta la 12ª semana.

2. El 50% restante de la muestra total se reparte equitativamente entre una mitad que está bajo tratamiento entre la 12ª y la 52ª semanas, y otra mitad que continúa más allá de esa fecha.

No hemos hecho un estudio que permita discriminar estos distintos subgrupos, tomando parámetros como diagnóstico, resultados terapéuticos, satisfacción con la prestación, etc.

## Conclusiones

La mayor parte de las consultas que recibimos se hacen en estado de crisis. Que el paciente encuentre satisfacción en la respuesta asistencial que se le ofrece depende de una serie de variables sobre las que se puede operar (capacitación de los profesionales, respuestas terapéuticas discriminadas, ambiente humano y físico) y otras variables contingentes que hacen solamente a lo subjetivo.

De todos modos nuestras cifras enfatizan que las primeras consultas resultan cruciales para el mayor aprovechamiento de la decisión que toma el paciente de recurrir a un medio asistencial para buscar ayuda. Además, en una buena proporción de casos esas consultas pueden ser las únicas.

Resulta claro, entonces, que el dispositivo asistencial debe tomar clara nota de esto para instrumentar intervenciones más activas

que tengan el mayor rédito para el paciente y/o allegados en cuanto a orientación y esclarecimiento de lo que padece y de la crisis que atraviesa, de los recursos que podrá disponer (psicoterapéuticos, psicofarmacológicos, etc.) para su ayuda, así como de lo que podrá esperar de los mismos y de cuál será su participación y la participación de sus allegados en el proceso terapéutico a iniciar. Todas estas acciones tendrían que ser puestas en marcha activamente al comienzo, en contraste con intervenciones más pasivas que apuesten a que la continuidad terapéutica vaya produciendo sus efectos por añadidura.

A la par de esto, el dispositivo asistencial debe estar en condiciones de brindar asistencia sostenida y continuada a aquellos pacientes que así lo necesiten por el trastorno que padecen o a aquellos otros que prolonguen su demanda más allá del período inicial.

Como comentario final, digamos que, en muchos aspectos, nuestros hallazgos son coincidentes con los que Vera y Thieberger publicaron a partir de un estudio realizado en nuestro mismo Servicio en 1970(9). Ellos hacen allí una serie de puntualizaciones y sugerencias sobre la organización del dispositivo asistencial ambulatorio y sobre sus relaciones necesarias con otros servicios del Hospital, con las que acordaríamos hoy en líneas generales.

Sin caer en el exceso de considerar a la naturaleza de este olvido como privativo de nuestro campo, resulta interesante tomarlo en cuenta para el entendimiento de la historia de la práctica clínica institucional de nuestro medio. Termina siendo un síntoma el que ideas producidas a partir del serio estudio de datos obtenidos hayan permanecido sin ser tomadas en cuenta durante veinticuatro años ■

## Referencias bibliográficas

1. Agrest M., López G., Nemirovsky M., Rosenberg F., "Factores asociados a las reinternaciones de los pacientes psiquiátricos". *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.* 1994 Vol V: 167-175.
2. Azubel A., Kaufman S., Shab E., "Estrategias asistenciales en primeras consultas en instituciones públicas de salud mental". *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.* 1992 Vol III:182-189.
3. Cohen P., Cohen J., "The Clinician's Illusion" *Arch. Gen. Psychiatry.* 1984; 41:1178-1182.
4. Goldchluk A., Dates L., "Análisis cuantitativo de la demanda asistencial". Presentado en el IX Congreso Interinstitucional de Psicopatología y Salud Mental. Buenos Aires 1993.
5. Horgan C., "Specialty and General Ambulatory Mental Health Services". *Arch. Gen. Psychiatry.* 1985; 42:565-572.
6. Howard K., Davidson C., Mahoney M., Orlinsky D., Brown K., Patterns of Psychotherapy Utilization. *Am. J. Psychiatry.* 1989; 146:775-778.
7. Municipalidad de la Ciudad de Bs. As. Secretaría de Salud. Depto. de Estadística. *Movimiento Hospitalario Hospitalares Municipales Año 1993.*
8. Shapiro S, Skinner E., Kessler L., Von Korff M., German P., Tischler G., Leaf P., Benham L., Cottler L., Regier D., "Utilization of Health and Mental Health Services". *Arch. Gen. Psychiatry.* 1984; 41:971-978.
9. Vera L., Thieberger J., Un estudio sobre deserción de pacientes. Experiencia de residentes en consultorios externos de un hospital psiquiátrico. *Acta psiquiátr. psicol. Amér. Lat.* 1970, 16:57-61.

# VILLA GUADALUPE

CLINICA PSIQUIATRICA  
Director: Dr. Eduardo Kalina

## TRATAMIENTOS DE ABORDAJE MÚLTIPLE EN PSIQUIATRÍA

- DROGADICCIÓN
- ALCOHOLISMO
- PSICOSIS
- NEUROSIS GRAVES
- DEPRESIONES
- INSOMNIO
- BULIMIA Y ANOREXIA NERVIOSA
- ESTRES

- AMINOGRAMAS
- MINERALOGRAMAS
- TEST COMPUTARIZADOS
- POTENCIALES EVOCADOS

## ESTUDIOS DIAGNOSTICOS INTEGRALES

- MAPEO CEREBRAL (BRAIN MAPPING)
- ELECTROENCEFALOGRAMA PROLONGADO

## INTERNACION Hotelería de Primer Nivel

Instalados en Palermo Viejo, ofrecemos amplias comodidades para facilitar los tratamientos de recuperación (jardín, pileta de natación, sauna, gimnasio, aire acondicionado y calefacción central, sala de música y recreación, consultorios internos y externos).



SOLICITAR INFORMES Y FOLLETO A:

**VILLA GUADALUPE** Clínica Psiquiátrica  
*Ciencia contra la Dependencia*

Scalabrini Ortiz 1963 • (1425) Buenos Aires • Tels.: 832-0258 / 831-2766 Fax: (541) 831-2248

# Juventud, pobreza y exclusión social

## Un estudio de caso

Silvia Kuasñosky  
Dalia Szulik

Licenciadas en Sociología. Becarias de Investigación, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Docentes de la Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Investigadoras del Grupo de Estudios en Cultura y Sociedad (GECUSO), Fundación del Sur. Domicilios: Serrano 1445. (1414). Capital Federal. Av. Córdoba 1886 II<sup>a</sup>A\*. (1120). Capital Federal.

*"La mitad de la sociedad opina que somos unos delincuentes bárbaros, que somos unos ladrones, qué sé yo, mandan cualquiera. No saben de lo que están hablando. Yo soy una persona aunque no me lo crean".*  
Testimonio de un joven de 21 años.

Junto a Marshall Berman podemos decir que todos los hombres y mujeres del mundo comparten hoy una forma de "experiencia vital", centrada fundamentalmente en una manera particular de vivenciar el tiempo y el espacio: la *modernidad*.

Sin embargo, esta experiencia no da cuenta del clima en el que viven numerosos grupos de jóvenes de sectores populares urbanos. La idea de un progreso lineal alcanzable, propia de la modernidad, no parece formar parte del universo simbólico de estos jóvenes, caracterizado por el estancamiento, el inmediatez y el inmovilismo.

Este clima se inscribe en el marco de una crisis sin precedentes que se manifiesta en desesperanza, ausencia de expectativas favorables, pérdida de la idea de progreso, desconfianza en los mecanismos tradicionales de socialización institucional, y ausencia de mecanismos de movilidad social ascendente. Esta situación resulta sustancialmente opuesta a la experiencia "moderna" vivida por la generación de los padres de estos jóvenes sustentada fundamentalmente en la presunción de ascenso social provocada por el optimismo desarrollista.

El proceso de modernización social (entendido como intento de avance simultáneo en las tres dimensiones de: crecimiento económico, mayor equidad en la distribución de los frutos y participación e integración creciente de sectores marginados) impactó en los años '60 profundamente en la juventud abriéndole un futuro lleno de posibilidades: expansión de los sistemas educativos, desarrollo de las fuerzas productivas, transformaciones de la organización y productividad del trabajo, posibilidades de control sobre la maternidad y la planificación familiar, etc. Este proceso al mismo tiempo constituyó a los jóvenes como el sector privilegiado de la sociedad en el que más directamente estos aires de cambio se hacían carne (18, 23, 27).

### Resumen

La experiencia vivida por numerosos grupos de jóvenes de sectores populares urbanos se manifiesta en un clima cultural cargado de desesperanza, incertidumbre frente al futuro, apatía política. Esta experiencia, sin embargo, difiere notoriamente de la vivida por la generación de sus padres, inscrita en los aires de la modernidad.

Lo específico del grupo de jóvenes que guía la investigación que sustenta este artículo es que su situación de pobreza y marginalidad extrema (drogadicción, delincuencia, SIDA, embarazos adolescentes) acumula y agudiza extremadamente el daño psicosocial del que es objeto. En esta realidad, también los roles tradicionales de las instituciones de socialización por excelencia (familia, escuela) se desdibujan y son reemplazados por aquellos espacios en los que transcurren cotidianamente la vida de estos jóvenes: la cárcel, y fundamentalmente, la "calle".

Palabras clave: modernidad, juventud, pobreza, socialización, cultura, exclusión social.

### YOUTH, POVERTY AND SOCIAL EXCLUSION

#### Summary

The experience of a number of groups of youths of popular sectors, shrouded in an environment of immediacy and immobility, differs a lot from the "modern" experience of the generation of their parents, based essentially on the presumption of social ascent.

The group of young people described in this article lives in a world of poverty and extreme marginality, and shows in a more and more alarming way the psycho-social damage, expressed in the following social problems: drugs, delinquency, AIDS, teen pregnancy.

In this situation, the traditional socializing institutions (family, school) can't play a leading role in the process of social integration of the group in question.

The gap left by these institutions is, in a way, filled in by the function performed by prison institutions, and by the "world of the street", which has become the privileged space of socialization of these youths.

Key Words: Modernity - Youth - Poverty - Socialization - Culture - Social exclusion.

### "JEUNESSE, PAUVRÉTÉ ET EXCLUSION SOCIALE"

#### Résumé

L'expérience de nombreux groupes de jeunes de secteurs populaires urbains a lieu dans un cadre culturel plein de désespoir, d'incertitude vis-à-vis de l'avenir, d'apathie politique. Cependant, cette expérience est très différente de celle faite par leurs parents, basée essentiellement sur la modernité.

Ce qui caractérise le groupe de jeunes, objet de la recherche à la base de cet article, c'est leur situation de pauvreté et marginalité extrêmes (drogue, délinquance, SIDA, grossesses adolescentes) qui rend beaucoup plus grave et profond le mal psychosocial entraîné. Dans ces circonstances, les institutions traditionnelles de socialisation (famille, école) perdant leur force, elles sont remplacées par les endroits où la vie de ces jeunes se déroule quotidiennement la prison, et surtout, "La rue".

Mots Clé: Modernité - Jeunesse - Pauvreté - Socialisation - Culture - Exclusion sociales.

Sin embargo en las últimas dos décadas asistimos a una serie de transformaciones que afectaron la estructura social argentina de un modo contundente, dando lugar a un complejo proceso de homogeneización en los sectores dominantes y heterogeneización en los sectores populares(24) <sup>2</sup>.

Así, quienes resultan actualmente más afectados en este panorama, con la consecuente exclusión social, resultan ser los jóvenes de sectores populares, imposibilitados de insertarse en la dinámica social de acuerdo a los patrones tradicionales de socialización engendrados en el optimismo del proceso de modernización social de la década del '60(7, 8, 9, 11, 16, 17, 27).

#### Juventud: una trampa del lenguaje

Al parecer el concepto "juventud" se ha ido convirtiendo en una suerte de "comodín idiomático" en el que se confunden diferentes procesos y significados. Pensamos que "sólo con un abuso tremendo del lenguaje se puede colocar bajo un mismo concepto universos que no tienen casi nada en común(6)". ¿Cuál es el modelo de juventud legítimo en nuestra sociedad, quién es "joven" y quién queda fuera de esta clasificación?

Según la clasificación de Naciones Unidas, el período juvenil se ha establecido entre los 15 y 24 años. Poco nos dice esta distinción sobre los jóvenes, si tomamos en cuenta el carácter arbitrario de las divisiones entre las edades y las consideramos como producto de una construcción social, atendiendo a las diferentes pautas culturales que afectan a este grupo. Por lo tanto, para evitar malos entendidos, ubicamos el concepto de juventud en la relación profunda que mantiene con la estructura social y con la historia<sup>3</sup>.

La juventud se nos aparece, entonces, haciendo referencia a fenómenos de carácter bio-psíquico y, a la vez, incluyendo importantes componentes culturales; de aquí que no puedan existir "experiencias homogéneas" de la juventud. Estas dependen no sólo de la posición que este heterogéneo sector ocupe en el

espacio social, sino también de su universo simbólico, lo que contribuye a determinar actitudes, valores y creencias en relación a su entorno.

Así, la posibilidad de ser joven o viejo no es natural, sino que se halla limitada socialmente. Ser joven implica, pues, haber pasado por los filtros que el sistema social de exclusiones fija, definiendo el elemento en que se constituirá la juventud legítima(22).

Es por eso que para comprender qué significa ser joven es necesario visualizar la compleja red de relaciones de inclusión y exclusión que se establecen en nuestra sociedad sobre ese tema. Así se nos presenta como una categoría desigualmente distribuida según los diferentes estratos sociales, más relacionada con las posibilidades de consumo en procura de la producción de una "imagen juvenil", que con una edad determinada. Edad, que en todo caso habría que desglosar en su variante biológica y en su di-

mensión social. Con respecto a esta última, nos parece importante tener en cuenta las diferencias que existen en cuanto a las experiencias cotidianas que tienen los distintos grupos sobre quiénes son los "jóvenes": dependiendo de su inserción en el mercado laboral, su incorporación al sistema de educación formal y de su disponibilidad de tiempo libre, entre otras.

#### La otra juventud

Como señalamos anteriormente, el término *exclusión social* es el que con mayor frecuencia se utiliza para dar cuenta de la situación por la cual atraviesa la juventud popular urbana. Podríamos decir que la misma se expresa en "circuitos de daño psico-social" que se caracterizan por:

- formar parte de un proceso de deterioro personal presente en las diferentes instancias sociales en que se desenvuelve el individuo,





como son el trabajo, la familia, la ciudadanía.

- formar parte de procesos sociales derivados de la pertenencia de un individuo a un ambiente carenciado o conflictivo.

- formar parte de procesos que conllevan una valorización social negativa con su consiguiente estigmatización(26).

De lo anterior se desprende, que los problemas sociales incluidos en el concepto de daño psicosocial, son los siguientes: *en educación y trabajo*: abandono escolar y desempleo; *en familia*: chicos de la calle, grupos de pares, violencia doméstica y droga; *en sexualidad*: SIDA y embarazos adolescentes.

No podemos dejar de vincular esta situación con los profundos cambios que vienen sucediendo en nuestro país, en las últimas décadas.

Amplios sectores se han visto afectados por una gran crisis signada por una recesión económica persistente y un creciente aumento de la pobreza. Los indicios principales de este proceso son: concentración económica, contracción del Estado y retiro de sus funciones redistributivas, modificación en el mercado de trabajo con aumento de la precarización y el desempleo, un marcado retroceso en el ritmo de incorporación al sistema de educación formal, caída del ingreso(2, 3, 9, 20). El porcentaje de hogares pobres se elevó un 73% entre 1980 y 1988(19).

Los efectos de esta crisis en el mercado de trabajo se traducen en una reestructuración del mismo con el consecuente aumento del desempleo y el subempleo: pérdida de su dinamismo, incapacidad para generar nuevos puestos de trabajo y achicamiento, caída del empleo asalariado industrial, incremento de la segmentación del mercado y de la precariedad laboral.

En este marco, la situación laboral de los jóvenes provenientes de hogares con bajos ingresos resulta significativa: la tasa de desempleo para el grupo entre 15 y 19 años en 1990 (Área Metropolitana) fue del 27%, y del 12% para el grupo entre 20 y 24 años; mientras que para jóvenes provenientes de los sectores medios es-

tas fueron del 13,6% y 8,2% respectivamente(14).

Sumado a estos factores es importante destacar el aumento de la violencia, de la delincuencia, del uso de drogas y de suicidios en los adolescentes y en los jóvenes. La proporción de adolescentes (menores de 21 años) acusados de cometer crímenes se elevó del 16% al 21% en el período 1980/ 1989. El 78% de estos casos fueron delitos contra la propiedad, dato que podría ser leído a la luz del aumento de la pobreza, como tradicionalmente ha sido asociado en la literatura especializada(10).

El grupo de jóvenes al cual vamos a dirigir nuestra mirada, al que denominaremos descriptivamente "la barra de la esquina", manifiesta *en forma cada vez más alarmante* (por su constante crecimiento y expansión) todos los problemas sociales aludidos. En función de nuestro eje problemático sólo nos vamos a referir a las dos primeras dimensiones señaladas. Nos preguntamos específicamente por las "experiencias vividas" y por las prácticas de un grupo de jóvenes de sectores populares urbanos (pobres estructurales)<sup>4</sup> que se inscribe directamente en el mundo de la delincuencia, forma parte activa del mundo de la droga (como consumidores) y por ende, expresa una forma peculiar de relacionarse con la sociedad: permanentemente al margen de la ley. Apuntamos a desentrañar ciertos aspectos de la conformación de la identidad social<sup>5</sup> de estos actores en relación a su paso por las siguientes instituciones: familia, escuela, cárcel, calle (en el ítem subsiguiente explicaremos por qué atribuimos el carácter de institución a esta última).

Consideramos que estas instituciones socializadoras juegan un rol preponderante en el proceso de (des)integración social del grupo en cuestión. Estas, por acción u omisión, condicionan y "marcan", tanto el cuerpo como la subjetividad de estos jóvenes, de una manera quizás, más profunda y contundente que sobre otros agentes de este mismo sector social.

De esta forma, los "grupos de pares", "bandas", "barras", pasan a ocupar un espacio protagónico

y único en la vida de estos jóvenes. Es a uno de estos grupos que decidimos tomar como objeto de estudio para dar cuenta de la situación por la cual atraviesan quienes, siendo jóvenes (edad biológica) no son considerados como tales (edad social).

Nos parece importante aclarar que si bien el grupo al cual nos referiremos no es estadísticamente hablando, representativo del universo popular juvenil, lo es a los efectos de dar cuenta del clima cultural que tiñe la cotidianeidad de este sector.

El grupo está conformado aproximadamente por 15 jóvenes cuyas edades oscilan entre los 18 y 23 años. Ellos viven en un barrio del Sur del Gran Buenos Aires y como tantas otras "bandas" callejeras de nuestra ciudad, los integrantes de ésta ocupan una buena parte de su tiempo "libre" en las esquinas.

Allí se suele consumir alcohol y distintos tipos de drogas, escuchar música (sólo rock'n roll); y compartir diferentes experiencias cotidianas, que de una u otra forma les son comunes a todos ellos: entre otras, la inestabilidad familiar, la presencia conflictiva y permanente de la policía en sus vidas, la falta de dinero, la falta de trabajo, la desesperanza e incertidumbre frente al futuro.

Resulta significativo remarcar que su cotidianeidad parece transcurrir en un presente continuo. El tiempo sólo es una sucesión indefinida de horas, en el que no existen exigencias, salvo las impuestas por el momento; clima que sólo se altera cuando salen a robar. Esta situación los ha llevado a pasar varios años de sus vidas en Institutos de Menores y/o cárceles. La cantidad de tiempo que han permanecido en estas instituciones varía de acuerdo a las edades y a los delitos cometidos, entre los tres y los ocho años. Teniendo en cuenta sus edades notamos la importancia cuantitativa de estas instituciones en sus vidas.

En cuanto a la constitución de las propias familias, resulta importante señalar que no se han formalizado legalmente las relaciones conyugales. Todos los que viven en pareja se han "juntado". En la mayoría de estos casos, se ha llegado a esta situación al que-

dar embarazadas sus novias. Ellas tienen entre 14 y 16 años.

En las reuniones de la "esquina" participan sólo hombres, salvo contadas veces en las que interviene alguna de sus respectivas parejas. Las mujeres, por lo general, permanecen en el hogar con los hijos o con sus madres ejerciendo su dominio en este ámbito, mientras que los hombres lo hacen en las calles.

Lo particular de esta "banda" es que ninguno de sus integrantes se encuentra inserto laboralmente y nunca lo estuvo. El trabajo ha dejado de constituir un "problema" central a tener en cuenta en sus vidas (al ser reemplazado por la actividad delictiva). Sin embargo, sería erróneo creer que el problema como tal no existe o ha desaparecido de su imaginario social. No debemos olvidar que debe ser "interrogado" en función de los siempre presentes mecanismos de dominación simbólica. En términos del "deber ser", ellos justamente expresan que les gustaría encontrar un trabajo para tener una vida más estable (sobre todo aquellos que ya son padres de uno o dos hijos pequeños) aunque, y aquí está la paradoja, cuando se refieren a su situación actual tratan de justificarla, expresando que "está todo bien".

— *"A mí me copa robar, me gusta, así conseguimos lo que queremos... laburando qué sé yo, un oficio no tenemos, por lo menos yo no laburé nunca, en mi vida no laburé nunca y siempre estuve bien, eh?"*

Testimonio de un joven de 22 años.

Esta situación debe ser, a su vez, analizada en función de la trama cultural en la cual estos jóvenes se inscriben; del *sense of one's place*, en términos de Goffman: los efectos del estigma que recaen sobre ellos son sumamente condicionantes de su práctica. Varias fueron las veces en que han sido rechazados por ser los "negros", los "sucios", los "analfabetos". Esta experiencia que se repite una y otra vez en sus vidas les imprime huellas difícilmente borrables y, por otro lado, los condiciona notablemente en su práctica futura. El *sentido de los límites*

los lleva a excluirse de aquello que están excluidos(6).

#### Para ser un buen ciudadano

— *"Nosotros no somos nadie, hasta ahora, no".*

Testimonio de un joven de 22 años.

Al recorrer la historia biográfica de este grupo en particular encontramos, como ya lo hemos señalado al comienzo del trabajo, distintas instituciones que enmarcan su proceso de socialización: desde la familia, la escuela, hasta institutos y/o comisarías de menores, cárceles e inclusive, aunque de diferente manera, la calle. Consideramos al "mundo de la calle" como institución, en la medida en que ésta se ha convertido en el espacio privilegiado de socialización de estos jóvenes. El "ocio forzado" de este grupo, —producto principalmente de las relaciones inexistentes con el mercado de trabajo, la inestabilidad del entorno familiar, su no inserción en el sistema de educación formal—, lo expulsa compulsivamente hacia la calle. Esta se convierte así en un espacio de refugio frente al medio social en el que tiene que vivir.

El paso por estas instituciones es fundamental para entender ciertas cuestiones propias de los jóvenes y también para comprender cómo se establecen las relaciones sociales entre ellos y los distintos sectores sociales.

La familia cumple en este sentido un papel fundamental: el de la socialización primaria; instancia crucial para todo individuo desde el momento en que no comporta una elección por parte de éste, la realidad se le impone como inevitable. La fuerza de sus efectos es duradera en tanto y en cuanto se "naturaliza" y se incorpora en los mismos cuerpos socializados como norma legítima.

Es justamente en esta etapa donde se constituyen las creencias más firmes, las vocaciones, las predisposiciones más significativas, mediante lo que Bourdieu denomina una "pedagogía implícita capaz de inculcar toda una cosmología, una ética, una metafísica, una política... principios



fundamentales del arbitrio cultural, colocados así fuera del alcance de la conciencia y la explicitación" (21).

Las familias de estos jóvenes se nos aparecen como un dato nada insignificante dada la importancia que tienen las mismas en esta etapa del proceso de socialización. Estos hogares se caracterizan, de manera general, por una situación que podríamos denominar de *inestabilidad*, de *estancamiento* y de *violencia*. Varios grupos familiares viven en la misma vivienda, esto genera permanentemente enfrentamientos entre los mismos, agresiones que se producen con bastante frecuencia, llegando a situaciones límites por el estado de algunos integrantes de la familia (alcoholismo, drogadicción).

Asimismo, no debemos olvidar que el ámbito familiar se ve considerablemente influenciado y en parte determinado por las condiciones de existencia derivadas de la pobreza estructural que tiñen su cotidianidad de una manera muy particular, siendo en la mayoría de los casos la causa principal de la violencia que se respira en estos hogares. Esta situación no sólo provoca desajustes y tensiones al interior de las familias constituidas de este modo, sino que obstaculiza la constitución de la familia propia.

Dada la situación descrita en relación a la inestabilidad familiar, cobra gran relevancia el problema de las implicancias o consecuencias que la educación tiene sobre los sujetos sociales. En este contexto, la institución escolar, comúnmente percibida como el "agente privilegiado de socialización", no cumple para este grupo de jóvenes dicha función. La escuela se "retira" y en su lugar queda un vacío.

Puede pensarse que los jóvenes al vivenciar un deslindamiento tan marcado entre la escuela y la propia experiencia cotidiana, dejan de percibir a la primera como un factor central en sus vidas: el entorno extraescolar por tanto va adquiriendo progresivamente una mayor importancia en la definición de su identidad.

Podríamos decir que, más que un reemplazo, existiría un desplazamiento de la escuela como ins-

titución legítima de la socialización. Legitimidad entendida, según Weber, como reconocimiento y aceptación de la instancia de producción de mandatos (25). No es un dato casual que ninguno de los integrantes de la "barra" haya finalizado el ciclo escolar primario. Esto no sólo se explica en relación a su posición en la estructura social, sino también a la imagen forjada que tienen en torno a la importancia de la escuela, la cual lejos se halla de expresar aquella garantía de ascenso social que prevalecía en décadas pasadas, cuando la movilidad social era, en gran medida, impulsada por la educación.

Es indudable que el proceso de institucionalización por el que transitan estos jóvenes los marca de manera definitiva: el proceso de socialización a partir de instituciones (ausentes y presentes) como la escuela y la cárcel pone en marcha toda una serie de estigmas y rótulos que colocan al individuo en una situación de la que ya no podrá salir; jamás podrá borrar su pasado y presente de "analfabeto" así como el de delincuente institucional.

Con respecto a este último etiquetamiento, suponemos que este grupo se encuentra en una situación de vulnerabilidad en la que siempre va a ser "seleccionado" como grupo desviado, por su posición en el espacio social. Pero el aspecto de la selección aparece de una segunda manera: una vez que un comportamiento se define como desviado se aplican medidas que sancionan y por lo tanto, que reducen decididamente las posibilidades de acción acorde a las normas vigentes; es decir, se tiene que llegar decididamente a las "carreras desviadas" (4)<sup>7</sup>.

Cuando uno de estos jóvenes se aleja de la norma, de la ley, se acciona un tratamiento tal hacia su persona que contribuye decididamente a formar su subjetividad de acuerdo a la imagen que se tiene de él. Es en este sentido que hablamos de socialización a partir de estas instituciones sancionatorias: los jóvenes internalizan el mensaje latente, no manifiesto explícitamente por parte de estas "instituciones totales" (12, 13)<sup>8</sup>, acerca de cuál "debe ser" su rol a cumplir en la sociedad. De esta

forma, existe cierta identificación con las acciones definidas como desviadas porque éstas son percibidas como las únicas realizables, o como el destino que a ellos les toca vivir.

Lo llamativo en este grupo es que todos los aspectos de sus vidas se hallan clasificados como parte de una "carrera desviada" y no sólo aquellos comportamientos que violan explícitamente alguna norma vigente. El "proceso de criminalización" se extiende a todos los rincones, a todos sus detalles más íntimos. Ellos son sospechosos y siempre serán vistos así: en sus relaciones familiares, en sus relaciones con sus vecinos y por supuesto en sus relaciones con la policía. Demás está aclarar que esta última relación es cualitativamente diferente a las anteriores debido a que la asimetría de la misma conlleva consecuencias muchísimo más riesgosas para ellos.

Podemos decir que en estos jóvenes el espacio ausente de la escuela como institución socializadora queda de alguna forma ocupado por la función que cumplen las instituciones carcelarias, en tanto que instituciones destinadas a la (re)socialización de un sector específico de la sociedad (selectividad del sistema penal)<sup>9</sup>.

Una vez analizados los diferentes espacios por los que transitan estos jóvenes, nos preguntamos cómo se cristalizan estas experiencias, cómo se expresa el circuito de daño aludido, en su vida cotidiana. Es aquí donde vemos irrumpir al mundo de la calle en el que converge y se despliega toda la experiencia cultural acumulada y objetivada de estos jóvenes. Es un espacio en el que, a diferencia de los otros anteriores (familia, escuela, cárcel), no existen jerarquías establecidas entre sus miembros ni tampoco mecanismos institucionalizados de control social. *Paradójicamente siendo un lugar normativamente poco estructurado, resulta ser un mundo fuertemente penalizado.* Territorio en el cual el Estado se hace presente bajo la faz del castigo: la policía.

— "Yo estoy todo el día pensando en la policía cuando estoy en la calle, porque la policía no me deja

vivir a mí, no me deja caminar, no me deja hacer nada y menos robar”.

— “Vienen loco e injustamente te levantan la cabeza, muchas veces nosotros estamos bien, loco y te levantan de repente. La cárcel es un infierno, pero la calle también”.

Testimonio de un joven de 20 años.

La policía aparece como una amenaza constante y una advertencia permanente en cuanto les recuerda “quiénes son, de dónde provienen y cómo se deben comportar”. La coacción se aplica ante todo preventivamente y no sólo para reprimir delitos cometidos. De esta forma la relación que se establece entre los jóvenes y el Estado (a partir de una de sus instituciones), es totalmente externa. *La no desviación a la ley se asegura por el ejercicio de la coacción, lo que se impone a los jóvenes es la pena, no la norma.* De esta forma vemos uno de los aspectos más crudos de su inserción social: la coacción, la pena, el castigo, la persecución, el encierro.

La calle, lugar donde los márgenes se borran: lo público/ lo privado/ lo permitido/ lo prohibido, donde los fantasmas de Eros (el goce inmediato, el tiempo libre, el erotismo, la música) y de Tánatos (la muerte y la inseguridad), se van superponiendo e intercambiando imprimiendo un sello de irreversibilidad a sus experiencias.

### Incertidumbres

E — “¿Qué esperás para tu hijo?  
— Futuro bueno, pero no puede loco pensar en eso. Hoy en día no se puede esperar un futuro bueno, loco, con lo que está pasando ahora.

— El pueblo acá está sufriendo a dos manos y ellos tienen todo el filo. Ellos, loco, gastan todo el filo. Los políticos ganan millones y millones y no conocieron ni un hospital. Los políticos lo único que hacen son campañas, choripan y vinos, y después no son capaces de aportar”.

Testimonio de un joven de 21 años.

Al decir de la gran mayoría de autores consultados, esta situación daría lugar a prácticas signa-



das por *procesos de anomia* de (conductas de carácter defensivo, de repliegue y retraimiento) y *ruptura* (transgresión social caracterizada por la inorganicidad y expresividad) generalizadas. En un plano simbólico se traducirían en la presencia de un *nuevo clima cultural*(1, 27), no enmarcado precisamente en la esperanza futurista, el optimismo siempre renovado y la aventura de la conquista propios de la modernidad(5, 15). Históricamente podemos enmarcarla en dos grandes procesos: por un lado, la tendencia a la secularización de los valores (ruptura de la sujeción *al corpus* de creencias comunes), y por el otro, la extensión de la racionalidad formal (la orientación de los individuos hacia la maximización de fines individualmente elaborados). Un concepto que reúne claramente estos dos términos es el de *movilidad*. A través de ella, la ecuación entre maximización de gratificaciones y adecuación normativa se realiza en toda su amplitud(18).

Con respecto a este grupo de

jóvenes podemos decir que, por un lado, no se encuentran racionalmente orientados hacia la maximización de sus beneficios, y por el otro, no se pueden insertar en una estructura social capaz de brindar oportunidades de movilidad. A lo cual habría que sumar el clima de inmovilismo que lo caracteriza. Es por ello que estamos en condiciones de afirmar que estos jóvenes quedaron fuera de la modernidad. Han sido excluidos de la misma.

— “Y porque la gente está loca, porque la gente no sabe a dónde ir loco, porque los pobres loco, si se ponen todos de acuerdo, el día que se pongan todos de acuerdo no queda nadie acá, se pudre todo”.

Testimonio de un joven de 23 años

Amenaza a cierta forma de convivencia social. Amenaza a la propiedad. Amenaza a cierto ordenamiento social. Amenaza que de ninguna manera implica oposi-

ción conciente y organizada al orden hegemónico, aunque sí conlleve cierta forma de resistencia, un rechazo al "deber ser" imperante y legítimo.

Sabemos que muchos interrogantes quedan sin respuestas certeras. Somos concientes de ello. Sin embargo, creemos que la relevancia central de esta temática no admite una nueva postergación. Nos parece fundamental "interrogar" el lenguaje mismo que se expresa en el sentido común -que por ser tal muchas veces se tiene por obvio-, ya que éste contribuye a clasificar, entre otras cosas, a quién se considera "joven", y quién queda fuera de esta cate-

ría. Este área de análisis es de crucial importancia y pocas veces es tenida en cuenta.

El lenguaje al ser "naturalizado" discursivamente puede funcionar, y de hecho funciona como una de las dimensiones centrales de la ideología en la vida social. Esto lo podemos observar claramente en el hecho de que, si bien formalmente no existe la prohibición explícita de ser joven, realmente existen obstáculos objetivos que impiden serlo. Estos pueden ser remitidos no sólo a las condiciones de existencia en que viven algunos grupos de "jóvenes", sino también el imaginario que han ido construyendo a

partir de su inserción en la estructura social.

Los constantes calificativos que reciben, como ser "borracho", "villero", "falopero", etc., funcionan como canales inhibitorios de prácticas futuras. El lenguaje posee -como diría Foucault-, una materialidad tal sobre la cual no es ajena la lucha por imponer una determinada visión del mundo. Estas reflexiones, por lo tanto, tienen como uno de sus móviles principales desentrañar el sentido común, haciendo explícito aquello que se tiene por dado, por natural. Tal vez así estemos evitando una nueva exclusión ■



**INSTITUTO  
ERNA**

ATENCION INTEGRAL  
DE CUADROS DE  
PSICOSIS  
INFANTO-JUVENIL

NIÑOS - ADOLESCENTES - RESIDENCIA  
*Atención Obras Sociales*

DIRECTOR GENERAL: LIC. F. ADRIANO RUFFO

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

# PAIDOS

**Silvia Bleichmar (comp.)**  
TEMPORALIDAD, DETERMINACIÓN, AZAR

**Dora Fried Schnltman**  
NUEVOS PARADIGMAS.  
CULTURA Y SUBJETIVIDAD

**Jorge Corsi (comp.)**  
VIOLENCIA FAMILIAR  
Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social

**Octavio Fernández Mouján**  
LA CREACIÓN COMO CURA

**Christopher Bollas**  
SER UN PERSONAJE

**Salvador Minuchin y Michael P. Nichols**  
LA RECUPERACIÓN DE LA FAMILIA

**Elisa Bianchi (comp.)**  
EL SERVICIO SOCIAL  
COMO PROCESO DE AYUDA

## Referencias bibliográficas

1. Auyero, J., *Juventud popular urbana y nuevo clima cultural. Una aproximación*, en revista Nueva Sociedad Nro. 117. Caracas, 1992
2. Azpiazu, E., Basualdo, E., Khavisse, M., *El nuevo poder Económico en la Argentina*. Ed. Legasa, Buenos Aires, 1986.
3. Beccaria, L., *Cambios en la estructura distributiva 1975-1990*. Mimeo, Buenos Aires, 1991
4. Becker, H., *Los extraños*. Tiempo contemporáneo. Buenos Aires, 1974 .
5. Berman, M., *Todo lo sólido se desvanece en el aire. La experiencia de la modernidad*. Siglo XXI, Buenos Aires, 1989.
6. Bourdieu, P., *Sociología y cultura*. Grijalbo, México, 1990.
7. Braslavsky, C., *La Juventud Argentina: informe de situación*. CEAL, Buenos Aires, 1989.
8. Braslavsky, C., *La Juventud en Argentina: entre la herencia del pasado y la construcción del futuro*. Revista de la CEPAL N° 29, 1984.
9. Braslavsky, C. y Filmus D., *Respuesta a la crisis educativa*. Ed. Cántaro, Flaco-Clacso, 1988.
10. Fanelli, M., *Adolescents in Argentina*. Mimeo, 1992.
11. Feijoo, M., *¿Y ahora qué? La crisis como ruptura de la lógica cotidiana de los sectores populares*. Documento IPA. N° 4. Buenos Aires, 1988.
12. Foucault, M., *Vigilar y castigar*. Siglo XXI Editores, México, 1976.
13. Goffman, E., *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu, 1987.
14. Lesser, R., *El empleo y los jóvenes*. FUCADE, Buenos Aires, 1991.
15. Lipovetsky, S., *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Anagrama, Barcelona, 1986.
16. Llomovate, S., *Adolescentes y pobreza en la Argentina*. IPA, Buenos Aires, 1988.
17. Llomovate, S., *Adolescentes y Trabajadores: Su vida, escuela y trabajo*. Flaco, 1986.
18. Martínez, J., *Consideraciones previas para un estudio de la juventud popular urbana en América Latina*. Mimeo, Buenos Aires, 1991.
19. Minujin, A., *En la rodada*, Mimeo, Buenos Aires, 1991.
20. Murmis, M. Feldman, S., *La heterogeneidad social de las pobrezas*. Mimeo, Buenos Aires, 1991.
21. Tenti Fanfani, E., "Escuela y socialización", en *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1987.
22. Urresti, M., *La discoteca como sistema de exclusión*. Mimeo, Buenos Aires, 1992.
23. Valenzuela, E., *La rebelión de los jóvenes*. Ediciones Sur, Chile, 1984.
24. Villarreal, J., "Los hilos sociales del poder", en Jozami, E., Paz, P., Villarreal, J., *Crisis de la dictadura Argentina, Política, económica y cambio social (1976-1983)*. Siglo XXI, Buenos Aires, 1985.
25. Weber, M., *Economía y Sociedad*. FCE, México, 1944.
26. Weinstein, J., Aguirre, R., Tellez, A., *Los jóvenes dañados. Una revisión de las conductas problema en la juventud popular*. Mimeo, Chile, 1989.
27. Wortman, A., *Jóvenes desde la periferia*. CEAL, N° 324, Buenos Aires, 1991.

## Notas

1. Este artículo es fruto de una investigación en curso que se centra en el estudio de un grupo particular de jóvenes de sectores populares urbanos: la "barra de la esquina". Algunas de las ideas generales desarrolladas en el mismo han sido trabajadas por las autoras en "Los extraños de pelo largo"; Margulis, M. (comp.); *La cultura de la noche*; Ed. Espasa; Bs. As.; 1994 y en "Identidades excluidas"; Fingueret, M. (comp.); Ed. Almagesto; Bs. As.; 1993. Agradecemos la valiosa colaboración que nos han brindado especialmente Elizabeth Jelin, Mario Margulis, Juan Pegoraro, Lucas Rubini y Marcelo Urresti. Asimismo nos han enriquecido las discusiones en el marco del GECUSO-Fundación del Sur y el Seminario de Sociología de la cultura II-Facultad de Ciencias Sociales-UBA.
2. Resulta sugerente al respecto Villareal, J., quien sostiene que el intento de unificación por arriba se desarrolló en un triple movimiento de: concentración (centralización de capital, reconversión del aparato productivo, concentración de poder), hegemonía (predominio del sector financiero) y representación (defensa de los grandes intereses de los propietarios por parte de los militares y de algunos grupos políticos). A su vez, la heterogeneización social hace alusión al proceso mediante el cual los sectores populares han quedado atomizados en una fragmentada red de empleados, obreros, independientes y marginales(24)
3. En esta línea encontramos la definición de juventud que propone UNESCO: jóvenes son aquellos que la sociedad considera como tales (Decimoquinta reunión, Conferencia General, Informe sobre la juventud, París, 27/9/68, p. 3).
4. De acuerdo a los estudios realizados por el INDEC, la pobreza estructural se mide por las necesidades básicas insatisfechas: carencias de vivienda, nivel educativo y otras(19).
5. Al hablar de identidad, incluimos los procesos a través de los cuales los sujetos construyen su visión del mundo. Procesos condicionados fundamentalmente por la posición que todo individuo tiene en el espacio social general.
6. De acuerdo a datos extraídos del informe *La Pobreza en el conurbano bonaerense*, INDEC, 1989, el barrio pertenece al Municipio de Lomas de Zamora y abarca fundamentalmente una zona que tiene más del 75 % de hogares con necesidades básicas insatisfechas.
7. El término "carrera desviada" hace referencia a la trayectoria social recorrida por cualquier persona y a la cual se le

aplica con éxito el rótulo de desviado, por considerar que la misma ha sido contraria a la normatividad vigente

8. En líneas generales podemos decir que las "instituciones totales" son aquellas que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de sus miembros, lo que se manifiesta en: puertas cerradas, altos muros, alambres de púa, etc. Ejemplos de las mismas son: hospitales, cárceles, leprosaros, presidios y otras.

9. La "selectividad del sistema penal" se refiere a su parcial inclinación por encasillar determinadas relaciones sociales como bienes jurídicos dignos de protección y por etiquetar a determinados sectores sociales marginales.

## Bibliografía de ampliación

- Barbero, J. M., *De los medios a las mediaciones*. Ed. Gustavo Gilli, México, 1987.
- Berger, P. y Luckmann, T., *La construcción social de la realidad*. Amorrortu, Buenos Aires, 1968.
- Bourdieu, P. y otros, *El oficio de Sociólogo*. Siglo XXI, Buenos Aires, 1988.
- Bourdieu, P., *Cosas dichas*. Gedisa, Buenos Aires, 1988.
- Foucault, M., *Genealogía del racismo*. Ed. Altamira, Buenos Aires, 1992.
- Giddens, A., *Las nuevas reglas del método sociológico*. Amorrortu, Buenos Aires, 1987.
- Goffman, E., *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu, Buenos Aires, 1987.
- Jelin, E., *Podría ser yo. Los sectores populares en imagen y palabra*. CEDES, E. La Flor, Buenos Aires, 1987.
- Lamnek, S., *Teorías de la criminalidad*. Siglo XXI, México, 1980.
- Melossi, D. y Pavarini M., *Cárcel y fábrica*. Siglo XXI, México, 1980.
- Merton, R., *Teoría y estructuras sociales*. F.C.E., México, 1984
- Pavarini, M., *Control y dominación*. Siglo XXI, México, 1983.
- Rusche, G y Kirchheimer, O., *Penal y estructura social*. Ed. Temis, Bogotá, 1984.
- Primer Informe sobre la juventud de América Latina, Conferencia Iberoamericana de Juventud. Quito, Ecuador, 1990.
- Rama, G., "La juventud latinoamericana entre el desarrollo y la crisis". Revista de la CEPAL, N° 29, Santiago, 1986.
- Saltalamacchia, H., "La juventud hoy: un análisis conceptual". Centro de Investigaciones para la juventud puertorriqueña. s/f.
- Sigal, S., "La juventud en América Latina: de las cifras a la realidad", en: *La juventud de los años ochenta*. UNESCO, 1983.
- Thompson, E. P., *Tradición, Revuelta y Conciencia de Clase*. Crítica, Barcelona, 1984.
- Whyte, N., *La sociedad de la esquina*. Ed. Diana, México, 1971.
- Williams, R., *Marxismo y Literatura*, Península, Madrid, 1980.

# Trastorno de dismorfia corporal

## Una revisión

José A. Yaryura-Tobias  
Fugen A. Neziroglu

M.D. Director médico, Institute for Bio-Behavioral Therapy and Research. Great Neck, New York. Profesor visitante, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. 35 Northern Blvd., Great Neck, New York, 11021, USA.

Ph. D. Directora Clínica, Institute for Bio-Behavioral Therapy and Research. Great Neck, New York. Profesora Adjunta, Dpt. of Psychology, Hofstra University, Hempstead, New York.

### Introducción

La palabra dismorfia tiene su origen en el griego (dis=anormal y morpho=forma). Herodoto empleó esta palabra para referirse al mito de la muchacha más fea de Esparta. Literalmente esta palabra significa fealdad con referencia al aspecto facial(48).

La palabra dismorfofobia fue usada por primera vez por Morse-lli para describir una entidad clínica caracterizada por una sensación subjetiva de fealdad o defecto físico que el paciente cree es notado por otros, aunque el aspecto físico es normal(44). Este vocablo es actualmente reemplazado por el término dismorfia para evitar el uso de una connotación fóbica. Actualmente este trastorno se conoce como el trastorno de dismorfia corporal (TDC) (DSM III-R).

El TDC contiene un núcleo compuesto por una dispercepción y una creencia errónea. La dispercepción produce una distorsión de la imagen corporal(IC) aceptada por la alteración del pensamiento.

Este núcleo constituye la base de los síntomas subjetivos y objetivos del TDC y en 100 años de su evolución histórica aún no se ha llegado a un común acuerdo para estudiarlo de una manera convencional y universal.

Actualmente el TDC es considerado como una preocupación intensa, una obsesión, una idea sobrevalorada, o un delirio de la forma del cuerpo.

¿Qué es el TDC? ¿Un síntoma, un síndrome, una variante del espectro obsesivo-compulsivo, o una necesidad estética en relación a lo que se considera belleza?(2, 4, 15, 46).

### Aspectos Generales

El polimorfismo del TDC nos obliga a analizar brevemente varios aspectos del mismo para tratar de realizar un encaje dimensional; el existencial, el emocional, y el orgánico.

1. El hombre existe como conciencia, esencia, y espíritu, tres elementos de nuestra vida integrativa. Nietzsche decía que el hombre es un ser incompleto, con una gran capacidad de transformación, cualidad ausente en otros organismos vivientes. A pesar de su imperfección el hombre posee plasticidad biopsicosocial que facilita su adaptación al medio ambiente. Sin embargo, el hombre es narcisista y cree en su eternidad. Posiblemente, el paciente que sufre de TDC tiene mayores cualidades narcisistas que se manifiestan en una necesidad impostergable de alcanzar la perfección física.

2. ¿Tenemos a lo largo de la vida una sola imagen corporal o más de una? ¿Cambia la misma al envejecer? Según estudios realizados, las personas ancianas con aspecto juvenil son más optimistas y sociables(36). Los cambios físicos de la adultez alteran el modelo de la imagen corporal(IC) ideal, sobre todo en las mujeres(1).

¿Qué o quién determina la IC perfecta? ¿Son los valores estéticos, culturales o ambos?(23). ¿Está determinada por las agencias de publicidad que promocionan productos de belleza? ¿Está determinada por las exigencias sexuales? ¿Cuáles son los factores orgánicos que pueden estar asociados al TDC?

2. La pérdida de equilibrio entre el soma y la psique, como resultado de una alteración cere-

#### Resumen

Este trabajo informa sobre los aspectos orgánicos y psicosociales del Trastorno de Dismorfia Corporal (TDC). Asimismo, trata lo conceniente a la epidemiología, sintomatología, diagnóstico diferencial, tratamiento (en especial el conductual), y pronóstico de dicho trastorno.

Palabras Clave: Trastorno de dismorfia Corporal (TDC) - Dismorfofobia - Imagen Corporal - Esquizofrenia - TOC.

#### BODY DYSMORPHIC DISORDER. A REVISION

##### Summary

This article tells us about organic and psychosocial aspects of the body dysmorphic disorder. It also takes in account the epidemiology, symptomatology, differential diagnosis, treatment (specially bahavioral one), and pronostic of this disorder.

Key Words: Body dysmorphic disorder - Dymorphophobia - Body image - Schizophrenia - OCD.

#### TROUBLE DE DYSMORPHIE CORPORELLE. UNE REVISION

##### Résumé

Ce travail nous renseigne sur les aspects généraux, organiques et psychosociaux, et sur l'épidémiologie, sur la symptomatologie, sur le diagnostic différentiel, sur le traitement, notamment celui de la conduite, et sur le pronostic du Trouble de Dymorphie Corporelle (TDC).

Mots Clé: Trouble de dymorphie corporelle (TDC) - Dymorphophobie - Image corporelle - Schizophrénie - TOC.

bral, puede afectar la percepción de la IC, acompañada o no de un defecto del pensamiento y el juicio. El TDC se manifiesta de maneras distintas que pueden agruparse para su mejor entendimiento de la siguiente manera:

- 1) Trastornos neurológicos primarios o secundarios;
- 2) Fenómenos del miembro fantasma;
- 3) Concepto del cuerpo en presencia de una deformidad real;
- 4) Concepto negativo en presencia de una deformidad mínima o ausente:
  - a) pacientes con una deformidad mínima que solicitan cirugía plástica,

de su significado y a la pobreza de nuestro conocimiento.

#### Aspectos Orgánicos

Para analizar el TDC desde una visión orgánica, asumiremos que el cerebro es un órgano complejo y que ninguna actividad humana puede realizarse sin participación neuronal.

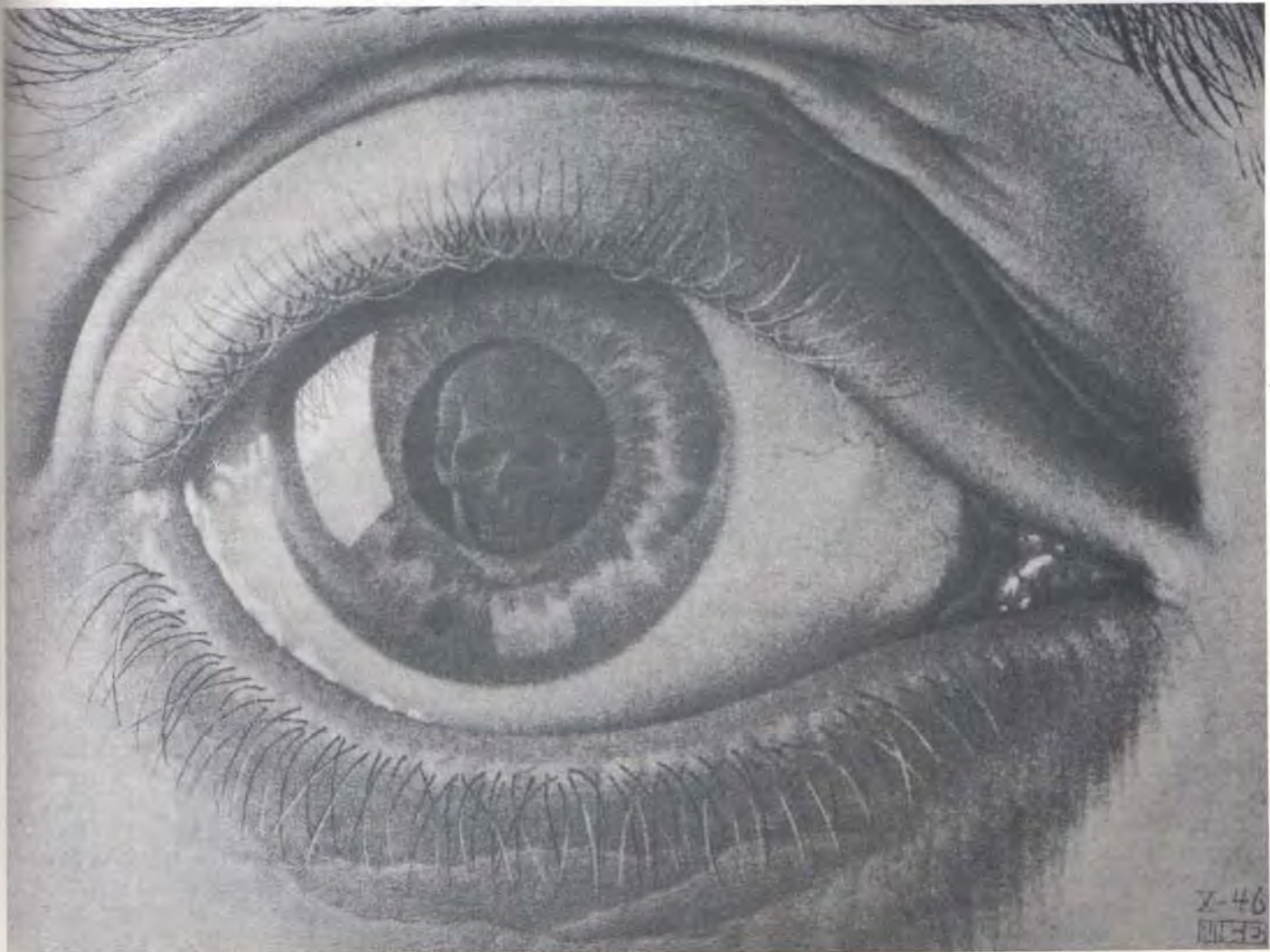
El concepto de imagen corporal fue delineado por Head quien describió la facultad del cerebro de analizar peso, forma, y tamaño, e incorporar estos elementos en lo que él denominó *schemata*(29).

La dispercepción corporal fue

los mecanismos de la psicosis tóxica(25) basados en estudios previos que afectan la función parietal(42). Estos trabajos originales se asocian a los síntomas clínicos de la esquizofrenia. Por ejemplo, los enfermos esquizofrénicos pueden sentir un achicamiento de su imagen corporal al incorporar en sí mismos el espacio circundante(51).

¿Cuáles son las áreas cerebrales participantes en el proceso del TDC? Debemos recordar primeramente, que cuando un área cortical es estimulada, otras áreas corticales responden también.

Por lo tanto, la corteza cerebral funciona a través de las asociacio-



- b) dismorfofobia;
- c) otras manifestaciones de distorsión de imagen corporal observada en otros trastornos psiquiátricos(38).

La complejidad del fenómeno TDC se debe a la inespecificidad

atribuida a una alteración somatopsíquica(55) y asociada al síndrome interparietal que consiste en la dispercepción corporal, agnosia y apraxia. Este síndrome fue relacionado a la esquizofrenia y puede ser útil para comprender

nes. Las áreas reconocidas como probablemente asociadas al fenómeno TDC son la región prefrontal, el área somatosensorial, los lóbulos parietales, la corteza visual, y los lóbulos temporales. Como ejemplo de distorsión corporal

podemos mencionar la del "miembro fantasma".

La pregunta a considerar es si el miembro fantasma es el resultado de un delirio o de una alteración cenestésica. Las posibilidades de un compromiso de regiones cerebrales, percepción somato-sensorial, y la presencia de un neuroma en el muñón han sido estudiadas. Una descripción meticulosa del delirio del miembro fantasma fue publicada por Henderson y Smyth en 1948(30).

En resumen, hay tres claves para recordar en la investigación del TDC, recepción visual, interpretación y respuesta. La idea es ver, comparar, crear, juzgar, y finalmente comportarse de acuerdo a lo aceptado.

### Aspectos Psicosociales

En la elección entre belleza y fealdad, además de los valores estéticos, entran dos modificadores importantes, las normas sociales y las tradiciones culturales. Además, cada individuo tiene sus propias preferencias para definir belleza y fealdad. Estas preferencias son inevitablemente modificadas con la edad, el sexo, la raza y el color de la piel.

Sin lugar a dudas la belleza atrae a nuestros sentidos y la fealdad produce rechazo. Además, existe una necesidad de mantener una imagen corporal aceptable para aquellos interesados en mejorar la vida sexual(39, 19). El pene, un órgano caracterizado por su vulnerabilidad ante los avatares psicológicos, ocupa, después del rostro, un lugar preeminente dentro de las distorsiones corporales. Los enfermos de Koro, padecen de una enfermedad consistente en la sensación de achicamiento del pene, debido a la creencia de que el mismo se invagina en el abdomen, seguido por un sentimiento de muerte con ansiedad intensa(10). Esta enfermedad descrita en la Malasia, parece tener una estructura cultural, semejante a los factores culturales que influyen en la obesidad, la anorexia nerviosa primaria, y la bulimia.

En 1935, Schilder explica que la IC es la estructura de la personalidad. Desde entonces varios factores han sido aislados para explicar el concepto y las consecuencias

de la IC, dentro de un esquema psicosocial, los cuales son a saber:

1. Individualización y socialización,
2. desarrollo de la personalidad, y
3. aceptación o rechazo de las partes corporales afectadas, por el paciente o su familia. Por ejemplo, las madres tienen preferencia por sus hijos más bellos(40).

En salud y enfermedad la belleza y la fealdad son algunos de los factores determinantes en el pronóstico, y el estrés aparece como un modificador del rostro.

En resumen, lo bello es bueno(17) y lo feo es malo(11).

La imagen corporal se ve afectada en la anorexia nerviosa primaria(7), si bien la percepción afecta el concepto del peso(18). Los homosexuales comparados a un grupo de heterosexuales prefieren tener bajo peso(31).

Los adolescentes sufren más de dispersección corporal(52). Los enfermos de psoriasis, posiblemente debido a la visibilidad de las lesiones, sufren de distorsión corporal y tienen problemas de interacción social(25).

### Epidemiología

La literatura sobre la epidemiología del TDC es escasa. La casuística se basa en casos aislados que por lo general no informan sobre datos epidemiológicos.

Un estudio indica que de 30 pacientes que sufrían de TDC combinado con otros procesos neuropsiquiátricos, el 57% eran varones y el 43% eran mujeres; la edad media en el momento de la consulta fue de 33,2 años, la edad de comienzo del TDC fue de 14,8 años de edad.

De estos pacientes, el 83% nunca se casó, el 57% estaba desempleado, el 37% vivía con sus padres, y el 17% vivía en residencias de rehabilitación psiquiátrica(49).

En otro estudio, de 13 pacientes con TDC y TOC (11 de 13 enfermos) el 62% eran hombres, el 38% mujeres, con una edad promedio, en el momento de la consulta, de 24,7 años(45).

El consenso general indica a la pubertad como el inicio del trastorno.

### Sintomatología

Por lo general, estos enfermos no presentan características de gran fealdad, y su presencia física pasa generalmente desapercibida. El contacto social que establecen es el de una persona tímida, que viste con ropas abultadas, si son mujeres, para ocultar una supuesta deformación física. Les puede llevar años antes de decidirse a consultar y a veces permanecen recluidos por tiempo largo en sus propios hogares. Estos enfermos viven exageradamente preocupados, son emocionalmente inestables y con insuficiente autoestima. Casi el 90% de los síntomas de dispersección están localizados en el rostro, y en orden decreciente, en el cabello, en la piel, y en los ojos(33, 46, 49). Otras observaciones indican que la localización más común después del rostro son los genitales(27). La dispersección de la piel está basada en los obesos en tener una piel limpia y pura, y no depende de matices de coloración(56).

La obsesividad es dolorosa e intensa y no siempre asociada a la imagen corporal. La habilidad para rechazar la obsesión es mínima. Una de las compulsiones más comunes es mirarse en el espejo, con la esperanza de que por magia el defecto desaparezca repentinamente.

Un gran mosaico de síntomas acompañan al TDC. Entre ellos, ansiedad, depresión, ira, hipocondría. Nuestra experiencia indica la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos.

Los enfermos no tienen concepto de enfermedad y el juicio permanece intacto para otras situaciones. La norma es un pensamiento o idea muy rígida, que impide modificar el concepto de imagen corporal que sustenta el paciente. Una fobia social puede ser un preámbulo al inicio del TDC(49). Finalmente, el examen neurológico es negativo.

### Diagnóstico Diferencial

Esta enfermedad se presenta con un mosaico sintomatológico importante. Trastornos de la personalidad y rasgos han sido aso-

ciados al TDC(2, 11, 9, 21, 24, 27, 46, 50). Han sido observados cuadros de depresiones mayores en pacientes con TDC(20, 26, 27). Además se encuentran síntomas relacionados a los efectos del TDC sobre el afecto, donde algunos enfermos ya deprimidos se quejan de sentirse poco atractivos(47).

Dos desafíos diagnósticos lo constituyen la esquizofrenia y los delirios monosistemáticos. Se han observado casos de esquizofrénicos que se quejaban de percibir un cuerpo más grande(8), o más pequeño(22).

A través de los años se ha estudiado la imbricación de los síntomas de TDC y esquizofrenia(13, 16, 28, 37).

Un problema importante sería incluir o no al TDC como una variante del TOC. En un estudio practicado en pacientes con TDC, 11 de 13 pacientes cumplieron el criterio de clasificación para TOC (DSM III-R) luego de ser examinados con la Yale-Brown Scale para síntomas obsesivo-compulsivos (YBOCS) (46).

La diferencia importante entre TDC y la hipocondriasis monosintomática se establece porque la primera se presenta con ideas sobrevaloradas, mientras que la segunda se presenta con un delirio o idea fija.

Finalmente pueden ser observadas otras entidades nosológicas afines al TOC (tales como anorexia primaria nerviosa, fobia social, y trastornos asociados a la cirugía cosmética(32).

## Tratamiento

Una revisión de la literatura actual ofrece una pobreza casuística.

La mayoría de los trabajos son anecdóticos, y faltan trabajos con metodología y aplicados a formas puras del TDC(33). Los trabajos anecdóticos incluyeron pocos casos(3, 12, 34, 41).

Los psicofármacos empleados han sido: clomipramina, pimozida, fluoxetina, y litio.

En una muestra de 30 pacientes con TDC combinado con por lo menos otro diagnóstico psiquiátrico, con predominancia de trastornos del afecto (N=28), 28 pacientes fueron tratados con psicofármacos, 24 con terapia



cognitiva, tres con terapia conductual, y cuatro con electrochoque(49).

En otro estudio de 13 pacientes con TDC combinado con TOC (N=85%) se usaron fluoxetina, pimozida, clomipramina, y litio. Algunos de estos enfermos recibieron tratamiento combinado de medicación y conducta(45).

## Tratamiento conductual

Hay pocos trabajos publicados en cuanto al empleo de técnicas conductuales para el tratamiento del TDC.

Varias técnicas conductuales, tales como desensibilización, inundación(6, 35), exposición con respuesta preventiva(41, 45),

y/o combinada con medicación (46) fueron aplicadas con resultados satisfactorios.

Tratamientos psicoterapéuticos de apoyo solos(5, 48, 53), y combinados con terapia de conducta(54) fueron utilizados con resultados moderados.

## Pronóstico

El pronóstico es reservado debido a dos factores principales: 1) ideas sobrevaloradas y 2) inhibición con otros trastornos neuropsiquiátricos.

Un ejemplo de pronóstico grave sería la combinación de esquizofrenia juvenil (clasificación de la escuela rusa) y TDC(43) ■



## Referencias bibliográficas.

1. Altabe M, Thompson J., Body image changes during early adulthood. *International Journal of Eating Disorders* 13(3):323-8, 1993.
2. Andreasen N. C., Bardach J., Dymorphophobia: Symptom or disease? *American Journal of Psychiatry* 134:673-675, 1977.
3. Barr L. C., Goodan W. K., Price L. H., Acute exacerbation of body dysmorphic disorder during tryptophan depletion. *American Journal of Psychiatry* 149:1406-7, 1992.
4. Birtchnell S. A., Dymorphophobia - a centenary discussion. *Br J Psychiatry* 153(3):41-43, 1988.
5. Bloch S., Glue P., Psychotherapy and dymorphophobia: A case report. *Br J Psychiatry* 152:271-274, 1988.
6. Braddock L. E., Dymorphobia in adolescence: A case report. *Br J Psychiatry* 140:199-201, 1982.
7. Bruch H., Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine* 24:187-194, 1962.
8. Burton A, Adkins J., Perceived size of self-image body parts in schizophrenia. *Arch Gen Psychiat* 5:131-140, 1961.
9. Cappon D, Banks R., Orientational Perception. *Arch Gen Psychiat* 13:375-379, 1965.
10. Chowdhury A. N., Dymorphic penis image perception: the root of Koro vulnerability. A longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 80(5):518-20, 1989.
11. Clifford B, Bull R., *The Psychology of Person Identification*. London, Routledge and Kegan Paul, 1978.
12. Coleman E, Cesnik J., Skoptic Syndrome: The treatment of an obsessional gender dysphoria with lithium carbonate and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 44:20417, 1990.
13. Connolly FH, Gibson M., Dymorphophobia: A long term study. *British Journal of Psychiatry* 132:568-570, 1978.
14. Dahl A. A., Some aspects of the DSM-III personality disorders illustrated by a consecutive sample of hospitalized patients. *Acta Psychiatr Scand* 328:61-67, 1986.
15. de Leon J, Bott A, Simpson G. M., Dymorphophobia: Body dysmorphic disorder or delusional disorder, somatic symptom? *Comprehensive Psychiatry* 30:457-472, 1989.
16. Dietrich H., *Über Dymorphophobie*. *Archives für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Berlin)* 203(5):511-518, 1962.
17. Dion K, Berseheid E, Walster E., What is good is beautiful. *Journal of Personality and Social Psychology* 24:285-290, 1972.
18. Dolan B. M., Birtchnell S. A., Lacey J. H., Body image distortion in non-eating-disordered women and men. *J Psychosomatic Res* 31:513-520, 1987.
19. Faith M. S., Share M. L., The role of body image in sexually avoidant behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 1993.
20. Fernando N., Monosymptomatic hypochondriasis treated with a tricyclic antidepressant. *Br J Psychiatry* 152:851-852, 1988.
21. Fisher S., *Body Experience in Fantasy and Behaviour*. New York, Appleton Century Croftes, 1970.
22. Fisher S., Seidner R., Body experiences of schizophrenia, neurotic and normal women. *J Nerv Ment Dis*, 137:252-257, 1963.
23. Ford K. A., Dolan B. M., Evans C., Cultural factors in the eating disorders: a study of body shape preferences of Arab students. *Journal of Psychosomatic Research* 34(5):501-7, 1990.
24. Greenacre P., Certain relationships between fetishism and faulty development of the body image. In: *Psychoanalytic Study of the Child*. New York, IUP, 1953.
25. Gurewitsch M., *Über das Interparietale Syndrom Bei Geisterkrank-Heiten*. *Ztsch ges Neur u Psychiat* 140:593-603, 1932.
26. Hardy G. E., Cotterill J. A., A study of depression and obsessionalism in dymorphophobia and psoriatic patients. *British Journal of Psychiatry* 140:19-22, 1982.
27. Hay G. G., Dymorphophobia. *British Journal of Psychiatry* 116:399-406, 1970a.
28. Hay G. G., Psychiatric aspects of cosmetic nasal operations. *Br J of Psychiatry* 116:85-97, 1970b.
29. Head H., *Studies in neurology*. London, Oxford, 1920.
30. Henderson W. R., Smyth C. E., Phantom Limb. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 11:88-112, 1948.
31. Herzog D. B., Newman K. L., Warshaw M., Body image dissatisfaction in homosexual and heterosexual males. *Journal of Nervous & Mental Disease* 179(6):356-9, 1991.
32. Hollander E., Neville D., Frenkel, et al: *Body Dymorphic Disorder: Diagnostic Issues and Related Disorders*. The Academy of Psychosomatic Medicine 156, 1992.
33. Hollander E., Phillips K. A., Body image and experience disorders. In: *Obsessive-compulsive Related Disorders*. Edited by Hollander E. Washington, D. C., American Psychiatric Press, 1993.
34. Jenike M. A., A case report of successful treatment of dymorphobia with tranlycypromine. *Am J Psychiatry* 141:1463-1464, 1984.
35. Jerome L., Anorexia nervosa or dymorphophobia. *Br J Psychiatry* 150:560-561, 1987.
36. Kligman A. M., Graham J. A., The psychology of appearance in the elderly. *Clinics In Geriatric Medicine* 5:213-22, 1989.
37. Korkina M. V., The clinical significance of the syndrome of dymorphobia and the phenomenological substance of the syndrome of dymorphobia. *J Neuropath Psychiatr* 8:994-1000, 1959.
38. Lacey J. H., Birtchnell S. A., Body image and its disturbance. *Journal of Psychosomatic Research* 30(6):623-631, 1986.
39. Laufer M. E., Body image, sexuality and the psychotic core. *International Journal of Psycho-Analysis* 72:63-71, 1991.
40. Mac Gregor F., Some psycho-social problems associated with facial deformities. *American Sociological Review* 16:629-638, 1951.
41. Marks I., Mishan J., Dymorphophobic avoidance with disturbed bodily perception: A pilot study of exposure therapy. *British Journal of Psychiatry* 152:674-678, 1988.
42. Mayer-Gross W., Stein J., *Pathologie der Wahrnehmung*. Handb. Geisteskrank. Edited by Bumke O, Berlin, Springer 1928.
43. Morozov P. V., Prognosis of juvenile schizophrenia with dymorphophobic disorders (according to catamnestic findings). (Russian) *Zhurnal Nevropatologii I Psikhiatrii Imeni S-S-Korsakova* 76(9):1358-66, 1976.
44. Morselli E., *Sulla dymorfofobia e sulla tafefobia*. (On dymorphophobia and on phobias). *Bollettino della Accademia di Genova* 6:110-119, 1891.
45. Neziroglu F., Yaryura-Tobias J. A., Exposure, response prevention, and cognitive therapy in the treatment of body dymorphic disorder. *Behavior Therapy* 24:431-438, 1993a.
46. Neziroglu F., Yaryura-Tobias J. A., Body dymorphic disorder. Phenomenology and case descriptions. *Behavioural Psychotherapy* 21:27-36, 1993b.
47. Noles S. W., Cash T. F., Winstead B. A., Body Image, physical attractiveness and depression. *J of Consulting and Clinical Psychology* 53:88-94, 1985.
48. Philippopoulos G. S., The analysis of a case of dymorphophobia. *Canadian Journal of Psychiatry* 24:397-401, 1979.
49. Phillips K. A., McElroy S. L., Keck P. E., et al: Body dymorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry* 150:302-308, 1993.
50. Rosenberg M., *Society and the Adolescent Self-Image*. New Jersey, Princeton University Press, 1965.
51. Schilder P., *The image and appearance of the human body*. London, Paul Kegan (Pub.), 1935.
52. Simmons R. G., Rosenberg F., Disturbance in the self image at adolescence. *AM Social Rev* 38:553-568, 1973.
53. Vitiello B., deLeon J., Dymorphophobia misdiagnosed as obsessive-compulsive disorder. *Psychosomatics* 31:220-222, 1990.
54. Watts R. N., Aversion to personal

body hair: A case study in the integration of behavioural and interpretative methods. *British Journal of Medical Psychology* 63:335-340, 1990.

55. Wernicke E. C., Grundriss der Psychiatrie. Leipzig, F. Barth (Pub) 1906.  
56. Zaidens S. H., Dermatologic hypochondriasis: a form of schizophrenia. *Psychosom Med* 12:252-53, 1950.

#### Bibliografía de ampliación

- Angyal A., The experience of the body-self in schizophrenia. *Arch Neurol & Psychiat* 35:1029-1053, 1936a.  
Angyal A., Phenomena resembling Lilliputian hallucinations in schizophrenia. *Arch Neurol and Psychiat* 36:34-41, 1936b.  
Angyal A., The perceptual basis of somatic delusions in a case of schizophrenia. *Arch Neur and Psychiat* 34:270-279, 1935.  
Angyal L. Von, Coincidence of the interparietal syndrome and automatic changes of posture in a case of schizophrenia. *Arch Neur & Psychiat* 37:629-637, 1936.  
Beale S., Lisper H., Palm B., A psychological study of patients seeking augmentation mammoplasty. *British Journal of Psychiatry* 136:133-138, 1980.  
Birchnell S. A., Dolan B. M., Lacey J. H., Body Image distortion in non-eating disordered women. *Int J Eat Dis* 6(3):385-391, 1987.  
Birchnell S. A., Whitfield P., Lacey J. H., Motivational factors in women requesting augmentation and reduction mammoplasty. *Journal of Psychosomatic Research* 34(5):509-514, 1990.  
Bishop E. R., Monosymptomatic hypochondriasis. *Psychosomatics* 21:731-747, 1980.  
Brotman A. W., Jenike M. A., Monosymptomatic hypochondriasis treated with tricyclic antidepressants. *Am J Psychiatry* 143:917-918, 1984.  
Brunswick R. M., A supplement to Freud's "History of an Infantile Neurosis" *Int J Pschandysis* 9:439-476, 1928.  
Cambier J., Elghozi D., Graveleau P., et al: Right hemiasomatognosia and sensation of amputation caused by left subcortical lesion. Role of callosal disconnection. (French) *Revue Neurologique* 140(4):256-62, 1984.  
Cardone S. S., Olsen R. E., Chlorpromazine and body image: Effects on chronic schizophrenics. *Arch Gen Psychiat* 20:576-582, 1969.  
Cotterill J. A., Dermatological non-disease: A common and potentially fatal disturbance of cutaneous body image. *British Journal of Dermatology* 104:611-9, 1981.  
Czechowicz H., Diaz de Chumaceiro C. L., Psychosomatics of beauty and ugliness: theoretical implications of the systems approach. *Clinics In Dermatology* 6(3):9-14, 1988.  
Edgerton M. T., Jacobson W. E., Meyer E., Surgical-psychiatric study of patients

seeking plastic (cosmetic) surgery: Ninety-eight consecutive cases with minimal deformity. *British Journal of Plastic Surgery* 13:136-145, 1960.

- Ferenczi S., On the definition of introjection. In: *Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis*. New York, Basic Books, 1912, pp 316-318.  
Filteau M. J., Pouchet E., Baruch P., et al: Dismorphophobia (body dysmorphic disorder). (French) *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne De Psychiatrie* 37:503-9, 1992.  
Hardy G. E., Body image disturbance in dysmorphophobia. *Br J Psychiat* 141:181-185, 1982.  
Hill G., Silver A. G., Psychodynamic and aesthetic reasons for plastic surgery. *Psychosom Med* 12:345-357, 1950.  
Jerome L., Bodysize Estimation in Characterizing Dismorphobic. *Canadian Journal of Psychiatry* 36(8):620, 1991.  
Klages W., Hartwich P., Die Clownsdismorphophobie. *Psychoter Psychosom Med Psychol* 32:183-187, 1982.  
Koo J. Y., Smith L. L., Psychologic aspects of acne. *Pediatric Dermatology* 8(3):185-8, 1991.  
Kouranu R. F., Williams B. V., Capgras' syndrome with dysmorphic delusion in an adolescent. *Psychosomatics* 25(9):715-717, 1984.  
Munro A., Chmara J., Monosymptomatic hypochondriacal psychosis: A diagnostic checklist based on 50 cases of the disorder. *Can J Psychiat* 27:374-376, 1982.  
Munjack D. J., The behavioral treatment of dysmorphophobia. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 9:535-6, 1978.  
Parsons L. M., Imagined spatial transformation of one's body. *Journal of Experimental Psychology: General* 116(2):172-91, 1987.  
Pryse-Phillips W., An olfactory reference syndrome. *Acta Psychiat Scand* 47:484-509, 1971.  
Riddoch C., Phantom limbs and body shape. *Brain* 64: 197-222, 1941.  
Salib E. A., Subacute sclerosing panencephalitis (SSPE) presenting at the age of 21 as a schizophrenia-like state with bizarre dysmorphophobic features. *British Journal of Psychiatry* 152:709-10, 1988.  
Schneider K., *Clinical*

*Psychopathology*. Philadelphia, Grune and Stratton, 1959.

- Simmel M. L., The absence of phantoms for congenitally missing limbs. *Amer J Psychol* 74:467-470, 1961.  
Simmel M. L., Phantoms in patients with Leprosy and in Elderly Digital Amputees. *Am J Psychol* 69:529-545, 1956.  
Sims A. C., Towards the unification of body image disorders. *British Journal of Psychiatry (Supp. 2)* 153:51-55, 1988.  
Singer S. F., Benson F. D., Two cases of capgras symptom with dysmorphic somatic delusions. *Psychosomatics* 28(6):327-328, 1987.  
Stekel W., *Compulsion and Doubt* (Vol. 2). London, Peter Nevel, 1950.  
Stein D. J., Hollander E., Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. *J Amer Acad Dermatol* 26(Pt. 1):237-42, 1992.  
Stein M. B., The Vidal Sasson Syndrome. *New England Journal of Medicine* p 463, 1985.  
Tanquary J., Lynch M. Masand P., Obsessive-compulsive disorder in relation to body dysmorphic disorder. *American Journal of Psychiatry* 149(9):1283-4, 1992.  
Vinck J., Pierloot R., Body image boundary definiteness and psychopathology. *Acta Psychiat Belg* 77:348-359, 1977.  
Yaryura-Tobia J. A., Patito J. A., Mizrahi J., et al: The action of pimozide on acute psychosis. *Acta Psychiatrica Belgica* 74:421-429, 1974.



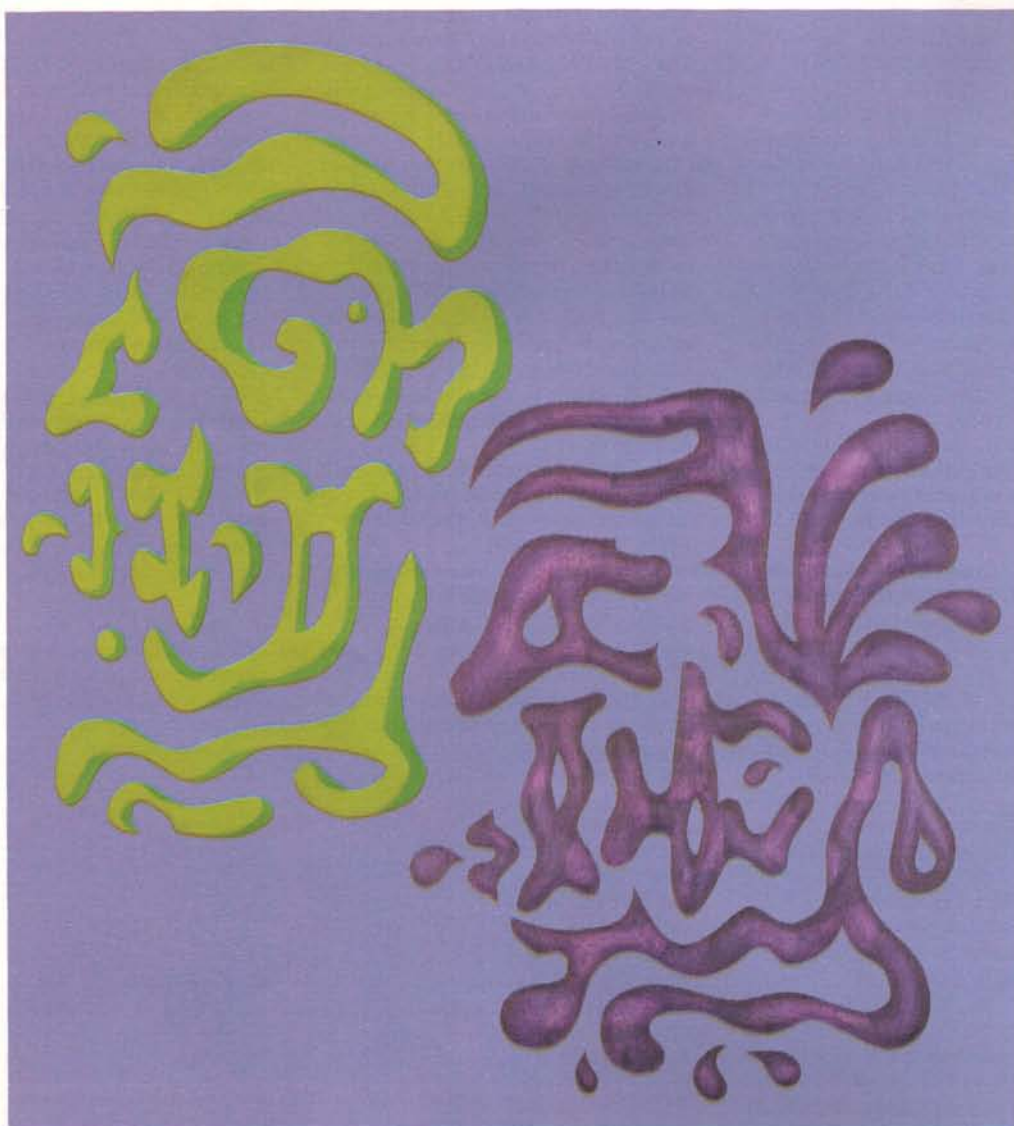
**LIBRERIA  
PAIDÓS**

Las Heras 3741

Loc. 31 - (1425) Bs. As.

**ARGENTINA**

Tel.: 801-1860 / Fax: 806-2495



*Nicolás Guagnini*  
*Secuencia en dos obras*  
*Oleo sobre tela*  
*1,20 x 1,50 m*  
*1,10 x 1,80 m*  
*1994*



Desde sus inicios con Pinel (manía sin delirio) y Esquirol (monomanías) la Clínica Psiquiátrica se ocupó de intentar delimitar perfiles de conducta que caracterizan distintas personalidades patológicas. Pritchard y su *moral insanity*, las consideraciones que Morel desprende de su teoría de la degeneración, luego retomadas por Magnan y Duprè; así como el concepto de "inferioridad psicopática" de Koch y el recorrido de Kraepelin desde sus "estados psicopatológicos" de 1896 a sus "personalidades psicopáticas" de 1904 son progresivos esbozos de un mismo interés clínico y nosográfico. Kurt Schneider acuñando el concepto de psicopatía y la posterior aparición del DSM en EE.UU. retoman la intención de aquellos desarrollando prolongándola hasta nuestros días. El concepto de personalidad patológica tiene, en realidad, un doble origen: el primero la considera como una exageración de los rasgos normales de toda personalidad, se trataría así de una desviación cuantitativa; el segundo consiste en una reducción, en la cual una configuración de personalidad hace las veces de una configuración de enfermedad, tratándose, de esta manera, de una desviación cualitativa. La dirección principal de las investigaciones de los teóricos de la personalidad se ha dirigido a fortalecer el polo cuantitativo de dicha controversia. Esta línea de investigación es la que se encuentra más frecuentemente como base de la

descripción de diversas personalidades patológicas. Ella se funda en la observación de los rasgos de carácter más corrientes (avaricia, pereza, indiferencia, timidez, explosividad, etc.) que serán declarados patológicos si su importancia relativa en la organización de la personalidad se convierte en cuantitativamente desmesurada y provoca actitudes y conductas estereotipadas y mal adaptadas conducentes a un sufrimiento del individuo y de su entorno. Sin embargo, tal recorte de los desórdenes de la personalidad en diversas categorías tiene un interés esencialmente didáctico: no se debe olvidar que ciertas personalidades patológicas reúnen conjuntamente criterios diagnósticos de varios tipos diferentes, siendo, sin duda, esas personalidades "mosaico" más frecuentes de lo que generalmente se piensa. Numerosos clínicos tienen el hábito de fundar sus diagnósticos clínicos únicamente en los rasgos más aparentes de la personalidad en detrimento de otras manifestaciones más discretas y veladas a una primera observación. Este área de conocimientos de la Psicopatología ha interesado a muchos clínicos de nuestro país. Aquellos que se nuclean en el Capítulo de Personalidad de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) bajo la presidencia del Dr. Néstor M. S. Koldobsky celebraron su Tercera Reunión Anual en la ciudad de La Plata el pasado 27 de agosto. El presente Dossier reúne algunos de los trabajos presentados en ese encuentro ■

J. C. S.

# LA PERSONALIDAD, ESTADO ACTUAL DE LA NOSOLOGÍA Y LA NOSOGRAFÍA

Néstor M. S. Koldobsky

*Profesor adjunto de Psiquiatría. Fac. de Medicina. Universidad Nacional de La Plata. Presidente del Capítulo de Personalidad de la Asociación de Psiquiatras Argentinos. Calle 35 N° 1473 (1900) La Plata.*

La descripción y clasificación de la personalidad y sus desórdenes adquiere en esta etapa del desarrollo de la psiquiatría un lugar de real jerarquía(17).

No está totalmente aclarado cuales son el objeto y el dominio de la psicología de la personalidad. Aunque se la concibe como una disciplina cuyo propósito es describir, explicar y predecir en cuanto a las estructuras psicológicas y los procesos asociados con ellas. La psicología de la personalidad proporciona los conocimientos que el clínico necesita para convertirse en un terapeuta o un educador, y ayuda a quién quiere intervenir en el desarrollo de su propia personalidad o intenta resolver sus problemas.

Es una disciplina empírica que hace sus observaciones en condiciones controladas, en el contexto de una teoría. La inferencia de las características de la personalidad se realiza de acuerdo a principios y procedimientos que prevalecen en las ciencias empíricas.

El objeto de esta disciplina en un sentido estrecho es centrarse en la persona, tratando de comprender primariamente la afectividad, las creencias y actitudes, en especial en el dominio de los valores.

Si se amplía el sentido, se unen a lo anterior aspectos tales como la morfología, fisiología, temperamento, necesidades, rasgos, intereses, actitudes y aptitudes(15).

Los factores(27) son considerados como las tendencias más elementales en el humor y la conducta. A medida que un individuo evoluciona, los factores pueden ser divididos en rasgos. Se entiende por rasgo a cualquier aspecto o conducta de una persona dis-

tinguible y permanente, que permite diferenciar a un individuo de otro.

Los factores se abstraen de la observación de la personalidad y los desórdenes de personas excepcionales. Como señala Stone(27) un factor puede ser la egocentricidad como preocupación en el self. Pero cuando la egocentricidad adquiere el carácter de un rasgo va mostrando características diferentes, según el tipo de desorden de personalidad en el que se lo reconoce.

## Problemas generales de la clasificación

Durante un largo período se discutió acerca de la validez e incluso nocividad de "etiquetar", es decir ubicar en un marco taxonómico, las diferentes manifestaciones de la psicopatología. A pesar de las profundas discusiones que la taxonomía y los diferentes métodos taxonómicos despiertan, hay una conciencia cada vez más generalizada entre investigadores y clínicos sobre la necesidad de enfocar la investigación y la clínica de los cuadros psicopatológicos, por medio de los tres niveles que corresponden a la utilización del método científico: la descripción, la taxonomía o clasificación y las teorías y causas subyacentes a esos fenómenos, que se hacen manifiestos en un campo interrelacional y/o social.

Según Pascalis(26), clasificar es un aspecto de la inteligencia lógica necesario para la vida.

Para clasificar la medicina occidental se basa en el modelo anatomoclínico, pero las clasificaciones psiquiá-

tricas pueden tener que reflejar perturbaciones en la función o referirse a factores como la multicausalidad.

Ante la falta de una clasificación admitida por todos, se hace necesario lograr una epistemología de las clasificaciones existentes.

Clasificar los resultados de experiencias anteriores en buenas o malas, permite establecer opciones para una elección posterior, lo que en última instancia es el método de la vida misma. Si es errónea la clasificación de los hechos realizada esto lleva a una elección secundaria equivocada, lo que a la vez puede derivar en fallas de enfoque o en la misma muerte.

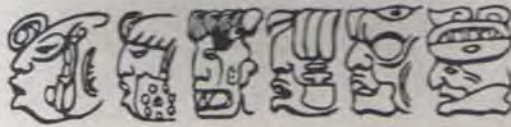
Según Pascalis(26) el monismo sintético intuitivo deviene dualismo dialéctico intelectual y así se constituye en instrumento de la investigación.

Clasificar los efectos conduce de hecho en el hombre -en particular el occidental- a investigar y clasificar las causas. La unión de la causa y el efecto y su elección clasificatoria, es la vida misma.

Síntomas y síndromes surgen según este modelo de la observación del hombre, de la misma manera como se hace la observación del mundo inanimado. Curar con este modelo es el proceso de abordar y destruir el agente patógeno exterior.

Cuando faltan los elementos biológicos, la clínica, así como la clasificación y la nosología se muestran frágiles. La quimioterapia actúa sobre síntomas conocidos y las escalas sirven de referencia para la detección de esos síntomas.

Ha habido diferentes formas de acercamiento de la psicología y la psiquiatría para el logro de la taxono-



mía. Estas muchas veces han operado y se han desarrollado en forma paralela, sin haber interactuado en forma fructífera(1).

Millon(21) señala que antes que una aplicación de la lógica de la clasificación y un método cuantitativo apropiado, las clasificaciones psicopatológicas reflejan sistemas de creencias que se basan en similitudes clínicas derivadas de la impresión de los observadores y no logradas por datos cuantificables, poblaciones representativas o producto de teorías coherentes. La principal fuente de datos se recoge de síntomas auto informados por el paciente o de puntajes de rasgos que muestran una debilidad frustrante. La investigación de rasgos ofrece una variedad de problemas como los referidos a que la consistencia y estabilidad son distintas de una persona a otra. La validez y la confiabilidad(5) son difíciles de evaluar en el contexto del uso de las clasificaciones de la psiquiatría como si fueran test psicológicos. Los test psicológicos son métodos para obtener y evaluar una muestra objetiva y estandarizada de conductas, de las que se extrae una inferencia. Los sistemas diagnósticos psiquiátricos son una lista de criterios para hacer ese diagnóstico, sin que especifiquen cómo es recolectada esa información. Las clasificaciones son referidas a un criterio y los criterios están implícitamente referidos a normas, por la noción de desviación, sin que expliciten el nivel de anormalidad requerido. Estos autores(5) señalan que mucha de la confiabilidad de los diagnósticos se realiza por el acuerdo entre clínicos a través de entrevistas estructuradas es-

tandarizadas, más que por entrevistas clínicas de formato libre. Consideran que todavía hay problemas para alcanzar la validez en las categorías del DSM, por omisión de algunos rangos de criterios o por inclusión de aspectos irrelevantes. Se ha avanzado bastante en el DSM IV(4) en el problema de la validez, al enfocarse los problemas por medio de estudios empíricos de la validez concurrente. Todo esto hace(19) que haya un creciente consenso en el uso del DSM, a medida que avanzan sus diferentes versiones.

El consenso de los expertos(30), método usado en las primeras ediciones, está siendo, cada vez más, reemplazado por la investigación clínica, la revisión sistemática de la literatura, la metodología de meta análisis y las investigaciones de campo que han estimulado la aceptación, la sencillez, la cobertura, la confiabilidad y la validez de estos manuales.

Hay quienes consideran(22) que el diagnóstico hecho con el DSM no debe llevar a considerar una entidad, sino una variable interviniente destinada a lograr una construcción hipotética, que adquiere significados más allá del DSM. Esta construcción debe tener un sistema de relaciones en términos de etiología, curso, pronóstico y tratamiento y debe integrar el proceso diagnóstico a un sistema teórico. Consideran que la noción de validez del "constructo" es vital para ligar la medición a lo teórico.

Uno de los postulados sostenidos tenazmente por las comisiones de expertos que han redactado el DSM III(2), DSM III-R(2), y DSM IV(4) ha sido la ateoricidad de estos esquemas de clasificación. Sin embargo, mu-

chos autores(5, 23, 22) consideran que en la medida que no se analicen más profundamente los substratos teóricos de estos manuales se entrará en un callejón sin salida, por esterilidad y falta de significado del método clasificatorio.

#### Psicología de la personalidad

Las fuentes o métodos para la búsqueda de datos en la investigación de la personalidad dependen de los criterios que se establecen en cuanto a forma y contenido. Incluyen la auto observación o la hetero observación, la observación pura o controlada o el uso de datos reactivos (instrumentales y sistemáticos), o no reactivos (espontáneos).

En el proceso de juicio clínico los datos recogidos son elaborados e integrados en una forma final de investigación. En el caso de la personalidad el proceso de solución de problemas o de toma de decisiones se da en una situación social. Es un proceso secuencial de investigación y verificación de diferentes momentos interactivos, cuyo producto final es una síntesis. Los estilos de juicio clínico pueden ser:

1. El tradicional, conocer a la persona en su Gestalt, su totalidad y unidad. Usa de la empatía y la intuición.
2. El taxonómico o razonamiento silogístico. Relaciona e integra, siguiendo reglas precisas y concientes, a la cognición, a las conductas y a los sentimientos del investigado.
3. La predicción clínica y estadística.

Dentro de los mayores interrogan-



¿Por qué persistes, incesante espejo?  
¿Por qué duplicas, misterioso hermano,  
El menor movimiento de mi mano?  
¿Por qué en la sombra el súbito reflejo?  
Eres el otro yo de que habla el griego  
Y acechas desde siempre. En la tersura  
Del agua incierta o del cristal que dura  
Me buscas y es inútil estar ciego.  
El hecho de no verte y de saberte  
Te agrega horror, cosa de magia que osas  
Multiplicar la cifra de las cosas  
Que somos y que abarcan nuestra suerte.  
Cuando esté muerto, copiarás a otro  
Y luego a otro, a otro, a otro... \*



tes en cuanto a la investigación de la personalidad individual están los problemas que hacen a la clasificación y la evaluación, el estado o el cambio, la evaluación orientada hacia la norma o al criterio, el uso de test o inventarios y la búsqueda de medidas o información adecuadas.

Hay quienes sostienen(23) la contribución de las teorías psicométricas para confiabilidad de la clasificación en psiquiatría. Señalan cómo éstas se han usado en el desarrollo del DSM IV con entrevistas estructuradas y videos tapes donde diferentes examinadores tenían acceso al mismo material.

Cuando enfocamos los problemas nosológicos y nosográficos de la personalidad, como primer paso debemos encarar su estudio psicológico(15).

Dentro de los problemas psicológicos a encarar están los aspectos siguientes:

1. Lo ideográfico y nomotético (leyes individuales o generales).
2. Lo categorial o dimensional (cantidades o grados).
3. Lo politético y lo monotético (un grupo de rasgos o todos los rasgos).
4. La estabilidad y consistencia *versus* la especificidad situacional.
5. La conceptualización y análisis de estructura y proceso.
6. Los aspectos causales que hacen a la influencia de la naturaleza o la crianza. Los factores que determinan el desarrollo (Eje IV del DSM).
7. Los aspectos de la adaptación al medio (Eje V del DSM).
8. Las relaciones entre los cuadros del eje I y los desórdenes de la personalidad del Eje II.

La opción ideográfica o nomotética

plantea el estudio de un individuo tan intensamente como sea posible, aun a costa de no poder generalizar, o por el otro lado, el desarrollo de leyes generales para todos los individuos, aunque con éstas se pierda la originalidad del individuo. Pareciera que ambos acercamientos son necesarios.

Ha habido un enorme avance de lo prototípico con respecto a lo nomotético, aunque para muchos autores(23) lo prototípico tiene poca consistencia interna, la que debe ser mejorada.

### El enfoque estructural

"La estructura del carácter ayuda a formar o deformar al adulto, así como la filosofía, metas y *modus operandi* conforman la imagen y estructura de una organización" (32).

El carácter en el sentido habitual se refiere a cómo uno es como adulto.

Los conceptos de patología del carácter y neurosis del carácter asientan en la consideración del *continuum* de las defensas del yo. Kernberg utiliza la correlación de tres factores para el diagnóstico de las estructuras de la personalidad, con los que las diferencia de las estructuras neuróticas y psicóticas, en ese *continuum* que las subyace. Los factores que permiten esa diferenciación son el sentido de identidad, los niveles de los mecanismos de defensa y el sentido de realidad.

Para muchos que adhieren al concepto estructural de la personalidad, el interés está dado en conceptualizar

a estos desórdenes como una alteración de las relaciones objetales o de la etapa particular del desarrollo que se ve afectada (P. Ej. separación-individuación).

Los desórdenes del carácter, también llamados desórdenes de la personalidad para muchos estructuralistas, se caracterizan por conductas inflexibles y desadaptativas(32).

### El enfoque dimensional

El análisis factorial empírico indica consistentemente que hay tres dimensiones en la variación de la personalidad normal en la población en general.

Sin embargo hay una pregunta que surge permanentemente: ¿cuántas dimensiones existen? Un sistema puede ser muy estrecho, muy simple, pero hacer borrosas las distinciones clínicas o puede ser muy amplio, pero difícil de usar por el alto número de variables o dimensiones a ser usadas(27).

Hay un aumento de interés con el modelo de 5 factores o dimensiones como el más representativo de las distinciones esenciales en las variaciones personales humanas(27).

Uno de los primeros instrumentos que usaron el método dimensional fue el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) desarrollado por Hathaway y McKinley en 1940.

Sjoberg considera la existencia de cuatro dimensiones, una ligada genéticamente a la inteligencia -la capacidad- y otras tres: la validez, la estabilidad y la solidez.

Eysenck(11, 12) describe sus tipos ya impuestos clásicamente: neuroti-

\* Al espejo, Jorge Luis Borges



---

*Y luego a otro, a otro, a otro...*

---



cismo, extraversion-introversión y psicoticismo.

El sistema dimensional de Cattell (7) presenta 16 factores primarios que pueden generar 7 factores de segundo orden.

En forma semejante surgen tres dimensiones si se analizan factorialmente, aunque en forma relativamente arbitraria y en estado de validación, las categorías de agrupamiento del DSM III(2): los extraños o excéntricos, los dramáticos, erráticos y lábiles, y los temerosos, inhibidos y ansiosos.

La aplicación del Millon Multiaxial Inventory(20) muestra tres dimensiones: negativista-evitativo, paranoide y asocial evitativo.

En muchas de las escalas no se encuentran relaciones sistemáticas o correlaciones entre rasgos adaptativos o desadaptativos. Los autores lo atribuyen a que en la investigación de la personalidad también se hace necesaria información no estadística, para especificar las estructuras subyacentes biológicas, psicológicas y la variabilidad social de los rasgos de personalidad.

Tellengen(28) ha sugerido que la variación en la personalidad se sintetiza mejor por tres dimensiones conductuales que él llama emocionabilidad positiva, emocionabilidad negativa y emocionabilidad reprimida.

Gray(13) ha usado observaciones acerca de los efectos de las drogas anti-ansiosas sobre la personalidad, señalando que las estructuras dimensionales factoriales de Eysencks no se corresponden con la estructura biológica subyacente.

Dos modelos recientes son el de

Torgersen quien utiliza introversión extraversion, neuroticismo y obsesividad y más adelante incorpora una nueva dimensión: realidad-debilidad. El otro sistema es el de Cloninger(8) quien propone búsqueda de novedad (con baja actividad basal dopaminérgica), daño evitación con alta actividad serotoninérgica y recompensa dependencia con baja actividad basal noradrenérgica.

Dos sistemas multifactoriales son los de Tyrer y Alexander(29) y el Multifactorial System de Livesly(18).

Los sistemas circunflejos o circulares como el de Wiggins(31) tienen dos dimensiones ortogonales que dividen el círculo en cuadrantes. Las personalidades de tipos opuestos se agrupan en extremos de una u otra dimensión, tipos opuestos no siempre patológicos, pero que permiten asignar grados o participación de cada uno de los tipos de personalidad y de sus opuestos.

El análisis factorial sólo podría determinar el número de dimensiones de la personalidad, pero no podría aclarar la estructura causal subyacente, su localización y su rotación en el espacio.

Para muchos autores(14) el sistema dimensional es más confiable que el categorial.

Se observa con mucha frecuencia(24) el hecho de la superposición de varios diagnósticos de desorden de personalidad en un mismo individuo; esta sumatoria de cuadros da muchas veces un perfil donde es posible encontrar mucha más información.

### Factores biológicos

Aquellos que postulan como Cloninger(9), tres dimensiones de la personalidad u otros como Coccaro(10) que estudia rasgos como la agresión impulsiva, pretenden a manos de las nuevas investigaciones neurofisiológicas, establecer las estructuras o los sistemas de neuromediadores del sistema nervioso central que están en la base de esas dimensiones conductuales o rasgos de los desórdenes de la personalidad.

Los rasgos de búsqueda de novedad dependerán de la variación del sistema de activación conductual o sistema de incentivo del cerebro; participarían en él las estructuras ligadas a la dopamina.

Los rasgos de evitación del daño reflejan variaciones en los sistemas de castigo cerebrales, o el sistema conductal inhibitorio que incluye al sistema septohipocámpico, las proyecciones serotoninérgicas del núcleo del Rafe en el cerebro medio y las proyecciones colinérgicas a la corteza cerebral del área tegmental ventral y de los núcleos basales de Meynert.

Se ve que los rasgos de dependencia a la recompensa reflejan variaciones en el tercer sistema mayor del cerebro, que se postula que facilita la adquisición de señales condicionadas de recompensa o la mejoría ante el castigo, así como incrementa la resistencia a la extinción de conductas de recompensa adquiridas.

### El modelo categorial

Uno de los modelos categoriales en





---

*Y luego a otro, a otro, a otro...*

---



investigación es el ICD-10(25), el Manual Diagnóstico de las Enfermedades Mentales de la OMS. (En los apartados F60 a F69 clasifica las anormalidades de la conducta y la personalidad del adulto). Es muy interesante comprobar el proceso de acercamiento que se va produciendo entre los dos Manuales de Clasificación de las enfermedades Mentales más difundidos, el DSM y el ICD.

Un hecho que merece destacarse en el ICD-10(25) es la consideración de niveles de intensidad y duración de los trastornos; la incorporación del concepto de la acentuación y del cambio de los rasgos de personalidad como aspectos a ser considerados. También da lugar a valoraciones de carácter etiológico cuando analiza como factores determinantes de los desórdenes de la personalidad a los factores biológicos, sociales o a ambos.

También considero de enorme significación práctica y teórica el que se hayan incorporado en el ICD-10(25) las formas adquiridas de desórdenes de la personalidad, en épocas más avanzadas de la vida (a diferencia de la clásica consideración que afirma como único origen de los desórdenes de la personalidad las épocas tempranas de la vida), secundariamente a situaciones de amenaza o agresivas, a trastornos psicológicos o a hechos naturales o sociales. Excluye de este apartado los desórdenes de la personalidad que surgen por enfermedad física o daño cerebral.

El examen del DSM III(2) introducido en 1980, revela que básicamente se han mantenido las descripciones clínicas previas de la psiquiatría norteamericana sobre la personalidad.

Pero revista enorme importancia la estructuración multiaxial de este manual diagnóstico donde se ha asignado, junto a los trastornos infantiles del desarrollo y la maduración, un eje específico, el eje II para los desórdenes de la personalidad. Este Manual da un reconocimiento oficial a diversas categorías diagnósticas que no figuraban en descripciones previas como el desorden borderline y el desorden narcisista.

Este tipo de clasificaciones(20) plantea el problema del beneficio de una clasificación jerárquica, por ejemplo la de árboles de decisión diagnóstica y el sistema multiaxial, que posibilita la realización de diagnósticos múltiples y enfoca con mayor acercamiento un amplio rango de factores los que deben ser valorados en la práctica clínica.

La modificación del DSM-III ocurrida en 1987 y que recibió el nombre de DSM III-R(3), describe a los desórdenes de la personalidad poniendo énfasis en las alteraciones conductuales más que en los rasgos y considera necesario para hacer diagnóstico de desorden de la personalidad a un grupo de conductas específicas y no una sola. Cuando una misma alteración de conducta aparece en más de un desorden, se la describe de la misma manera. Se han redefinido en forma más específica las consideraciones del DSM III destinadas a definir las conductas características de una persona en el funcionamiento corriente y a largo plazo. Se conservan todavía en el DSM IV(6) un número de dificultades que impiden un progreso en el área de la clasificación: la continuidad en el uso del modelo categorial,

la persistencia del uso de categorías diagnósticas tradicionales, el énfasis en el acuerdo entre clínicos y no el uso de la validación de constructos y la excesiva preocupación por la aceptación de los clínicos.

La tendencia para el diagnóstico de categorías psicopatológicas es hoy día prototípica, donde un rango de rasgos son incluidos aunque no sean la totalidad considerada para esa categoría(20). Este método justifica mejor la heterogeneidad de pacientes observados en la práctica clínica. Con el método monotético, donde todos los rasgos eran necesarios, había una tendencia a exagerar las similitudes e ignorar las diferencias interpersonales.

Hay quienes sugieren(16) que las diferencias existentes entre los dos sistemas diagnósticos el ICD-10 y el DSM IV es beneficiosa porque ofrecen a los investigadores sistemas alternativos y estimulan a un desafío constructivo en el desarrollo de cada uno de ellos.

#### **Modificaciones sobre aspectos específicos contenidos en el DSM III-R y DSM IV, con respecto al DSM III**

No se requiere el rasgo afectividad restringida para hacer el diagnóstico de desorden paranoide.

No es excluyente el registro de desorden esquizoide y esquizotípico, ambos pueden ser registrados juntos.

La despersonalización y la desrealización han sido eliminados de la descripción del desorden esquizotípico por ser de observación poco común.



Se incorporan, por ser de observación habitual, las conductas o apariencia extraña o excéntrica.

Para una mejor diferenciación del desorden histriónico del borderline se eliminan los gestos, las amenazas o los intentos suicidas en la descripción del histriónico. Se agrega a este último desorden la presencia de una forma particular de expresión.

En el narcisista se agrega la preocupación ligada a sentimientos de envidia. Al desorden antisocial se incorpora el concepto de ausencia de culpa o remordimiento, hecho muy criticado a los redactores del DSM III.

Hay un gran cambio en la descripción del desorden por evitación que se corresponde ahora más con las descripciones del carácter fóbico, pero no se diferencia con claridad del desorden esquizoide.

En el desorden dependiente se elimina la pérdida de la autoconfianza por considerarse un rasgo de poca especificidad para el diagnóstico.

Se vuelve a incorporar el rasgo obsesivo al desorden compulsivo, quedando entonces como desorden obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Se elimina el criterio que imponía la necesidad de excluir cualquier otro desorden de la personalidad para diagnosticar el desorden pasivo-agresivo.

Se hace la propuesta en el DSM III-R de la incorporación de dos nuevos desórdenes de la personalidad, el desorden de autodesvalorización que caracterizaría al tipo masoquista y el desorden sádico.

El DSM IV(4) fue confeccionado realizando una profunda revisión de la literatura publicada y un nuevo análisis de los grupos de datos dispo-

nibles para determinar la *performance* de cada ítem incluido en el DSM III-R. Los ítems con baja especificidad y sensibilidad diagnóstica fueron candidatos a su eliminación y/o reubicación (Desorden Pasivo-Agresivo), a ser objeto de una nueva redacción o a una explicación aclaratoria en el texto. A esto se suma que los ítems diagnósticos se ordenan con respecto a un decreciente valor o eficacia diagnóstica. También se ha trabajado en estrecha colaboración con los que desarrollaron los criterios del ICD-10, para reducir las innecesarias incompatibilidades que existen en ambos manuales.

#### Consideraciones de algunas críticas sobre las escalas categoriales y en especial el DSM

Las distinciones entre algunos desórdenes no siempre son lo suficientemente claras, por ejemplo entre el desorden borderline y el narcisista.

No se encuentra dificultad muchas veces para agrupar a un paciente bajo un rubro diagnóstico, según las descripciones del DSM, pero surgen dificultades cuando se ahonda en las características específicas de cada paciente. Esto se ve, por ejemplo, al analizar el narcisismo y la conducta antisocial, que presentan formas clínicas y psicopatológicas de diversa complejidad. Esto obliga a sub-clasificaciones de estos desórdenes, que muchas veces se basan o derivan de algunos rasgos sintomáticos, como la violencia u otros actos antisociales.

Muchos interrogantes surgen frente al uso de métodos categoriales para el diagnóstico de la personalidad:

¿son categorías válidas y útiles o son un simple "cesto de basura" de rasgos que se usan en forma desmedida o que incluso constituyen un mito diagnóstico que se vuelve iatrógeno?

En el caso del desorden narcisista debemos considerarlo una categoría separada o un subgrupo de los desórdenes borderline. Pero, y si así fuera ¿cómo se conceptualiza esta relación? ¿Se pueden relacionar o se relacionan estas dos categorías diagnósticas con otras como las categorías esquizotípica, antisocial, paranoide o esquizoide?

Tampoco se consideran graduaciones y cambios que se dan en los desórdenes. Muchos borderline se muestran mucho más estables en los contactos diagnósticos o psicoterapéuticos tempranos, que lo que se deduce de la descripción del DSM. Estos pacientes en su evolución se vuelven más estables tanto en la relación terapéutica como con respecto a las personas significativas en sus vidas, e incluso sus características clínicas van variando con el tiempo y se los ve más parecidos a un desorden narcisista.

Los clínicos que intentan usar las descripciones de estas dos categorías diagnósticas pueden tener dificultades para decidir a cuál de ellas pertenece un paciente, o si pertenece a ambas o tal vez a ninguna. En suma, dado que la elección de un cierto número de ítems de diferentes categorías puede ser requerida para un diagnóstico, pueden aparecer dificultades para el recuerdo de un número tan amplio de detalles o las descripciones pueden perder la coherencia organizativa central, que fue la base y el sentido con el que se agruparon esos rasgos.



---

*Y luego a otro, a otro, a otro...*

---



Para Pascalis(26) las escalas actuales, comprendido el DSM III(2), se constituirían en una "superchería" anátomo-clínica en psiquiatría. Este autor considera que enfoca enfermedades y no conflictos interpersonales o sociales. No se refiere a aspectos sociales constantes y válidos. Los índices o escalas psiquiátricas confiables, muchas veces para una o dos poblaciones, facilitan la transmisión de conocimientos entre entrevistadores y transculturalmente, pero dejan en pie el problema de la naturaleza íntima del proceso patológico. Según Pascalis no nos podemos someter a los vaivenes del azar en el proceso de abordaje a un paciente. Entre las consideraciones de una evaluación deben estar el asentimiento al tratamiento, la participación activa del paciente y del entrevistador. Todo esto se hace imposible sin un modelo de análisis de la enfermedad comprensible y utilizable, donde la comunicación y la acción, la vida misma pasen por las palabras y éstas aclaren y designen lo impalpable. Para este autor el dualismo pondría un mínimo de orden en las clasificaciones y agrega: "yo me apoyo en la noción de integración jerárquica de los órganos y las funciones, a través de las personas y su medio, reservando el lugar de causa exterior-lesión a la enfermedad de órgano que está demostrada, lo conocido. Lo probable en mi ignorancia ... con riesgo de ser aclarado parcialmente, comienza por la vigilancia, continúa con la memoria, el lenguaje y la inteligencia. La vida relacional interna y externa con los otros, comporta lo desconocido, sobre todo para la psicosis" (traducido por nosotros).

Algunas limitaciones para el acercamiento habitual descriptivo y diagnóstico con manuales categoriales:

1. Los individuos a menudo deben ser incluidos en más de un desorden de la personalidad, cuando se usan categorías de baja especificidad diagnóstica.

2. Los individuos realmente tienen más de un desorden de la personalidad y se hace difícil clasificarlos con esos manuales diagnósticos.

3. La distinción clínica entre rasgos de personalidad desadaptativos y los desórdenes de la personalidad son algo arbitrarias, debido a la naturaleza gradual de la variación de los estilos cognitivos y sociales, así como la naturaleza gradual en cuanto a la severidad del deterioro adaptativo.

4. El deterioro adaptativo depende de variables situacionales y temperamentales, un mismo temperamento puede alcanzar logros adecuados en un marco social y ocupacional y ser discapacitante en otro.

5. Las conductas que se eligen como criterio de variables típicas de una cultura particular, no son siempre admiradas o deseadas socialmente. En un cuestionario esto puede llevar a formas de respuesta ocultas o defensivas.

6. Las conductas que se usan para investigar la personalidad, sus trastornos y las consecuencias adaptativas a menudo están basadas en el estilo contemporáneo de valorar, más que en la estrictez de los hechos.

Estos problemas, que todavía no se han solucionado, surgen al desarrollar y usar sistemas como el DSM.

Las diferentes categorías de desórdenes de la personalidad sirven como

"prototipos" o ejemplos de grupos clínicos y no como entidades patofisiológicas con límites diagnósticos naturales y precisos.

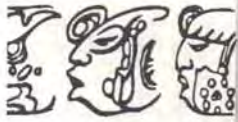
De aquí surge la reaparición de las discusiones a fin de establecer si las variaciones de la personalidad revisiten carácter categorial o dimensional y el intento por una integración de los dos métodos.

La inclusión de nuevas categorías diagnósticas en el DSM III, determinó discusiones de tipo sociopolítico, dado que la elección de las categorías y los criterios es percibida como portadora de límites culturales y etnocéntricos para clínicos de otras latitudes.

### Conclusiones

Clasificaciones categoriales o dimensionales, fenomenológicas o estructurales, de los rasgos de conductas, transculturales, neurofisiológicas o del desarrollo, por nivel de gravedad o por respuestas a los tratamientos, por su evolución o reactividad a hechos o situaciones, son aspectos significativos, en pleno proceso de estudio para su validación y confiabilidad. También hay un permanente proceso de búsqueda de una integración cualitativa de los mismos.

Perfectibles, permanentemente sometidas al cambio y a la crítica, las clasificaciones internacionales, en especial la más difundida, el DSM III, se constituyen en ayudas muy útiles para tener en constante consideración en el diagnóstico de los desórdenes de la personalidad. Los desórdenes de la personalidad pesan significativamente en el diagnóstico, pronóstico



y tratamiento de una enfermedad mental. También deben ser considerados cuando se estudia al deterioro y la discapacidad mental, en la psiquia-

tría de enlace, ante las adicciones, la violencia, el delito, la marginación y la conducta antisocial, la psicoterapia, la rehabilitación, las respuestas al

tratamiento, las reacciones ante las pérdidas y las reacciones del mismo profesional que enfoca estos problemas ■

#### Bibliografía

- Adams, M., (1992) Measurement and methodology: description and classification in psychopathology. *Curr Opin Psychiatry*, 5, 815-819.
- American Psychiatric Association., (1983) DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, S. A.
- American Psychiatric Association., (1987) DSM-III-R Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders., (3rd ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association., (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM IV. (4th ed.) Washington DC: American Psychiatric Association.
- Blashfield, R. K. & Livesley, W., (1991) Metaphorical Analysis of Psychiatric Classification as a Psychological Test. *J. Abnorm Psychol*, 100, 262-270.
- Carson, R. C., (1991) Dilemmas in the Pathway of the DSM IV. *J. Abnorm Psychol*, 100, 308-315.
- Cattell, R. B., (1945) The description of personality: Principles and findings in a factor analysis. *Am. J. Psychol.*, 58, 68-90.
- Cloninger C. R., (1986) A Unified Biosocial Theory of Personality and its Role in the Development of Anxiety States. *Psychiatr Dev.*, 3, 167-226
- Cloninger, C. & et al., (1987) A Systematic Method for Clinical Description and classification of Personality Variants. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44,
- Coccaro, E. F., Siever, L. J., Klar, H. M., Maurer, G., Cochrane, K., Cooper, T. B., Mohs, R.C., & Davis, K. L., (1989) Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. Correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior (published erratum appears in *Arch. Gen. Psychiatry* 1990 Feb; 47(2): 1241. *Arch. Gen. Psychiatry*, 46, 587-599.
- Eysenck, S. B. G. & Eysenk, H. J. (1963). The Validity of Questionnaire and Rating Assessments of Extraversion and Neuroticism and their Factorial Stability. *Brit. J. Psychol.*, 54, 51-62.
- Eysenck, H. J., (1952) *The Scientific Study of Personality*. New York: Praeger.
- Gray, J. A., (1991) Neural Systems, Emotion and Personality. In J. Madden, IV (Ed.) *Neurobiology of Learning* (pp. 273-306). New York: Raven Press
- Heumann, K. A. & Morey, L. C., (1990) Reliability of categorical and dimensional judgments of personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, 147, 498-500.
- Huber, M., (1988) Methodology of the Evaluation of the Personality. *Acta Neurochirurgica, SUDDI*. 44, 48-53.
- Kendell, R. E., (1991) Relationship between the DSM IV and the ICD 10. *J. Abnorm Psychol*, 100, 297-301.
- Koldobsky, N. M. S., (1990) La Personalidad: estado actual de la nosología y la nosografía. (Relato) VI Congreso Argentino de Psiquiatría Rosario, (in press)
- Livesley, W. J. & Schroeder, M. L., (1990) Dimensions of personality disorder. The DSM III-R cluster A diagnoses. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 178, 627-635.
- Maser, J. D., Kaelber, C., & Weiser, R. E., (1991) International Use and Attitudes Toward DSM III and DSM III-R: Growing Consensus in Psychiatric Classification. *J. Abnorm Psychol*, 100, 271-279.
- Millon, T., (1987) *Millon Clinical Multi-Axial Inventory*. Minneapolis: National Compute Systems.
- Millon, T., (1991) Classification in Psychopathology: Rationale, Alternatives and standards. *J. Abnorm Psychol*, 100, 245-261.
- Morey, L. C., (1991) Classification of Mental Disorders as a Collection of Hypothetical Constructs. *J. Abnorm Psychol*, 100, 289-293.
- Nelson-Gray, R. O., (1991) DSM IV: Empirical Guidelines from Psychometrics. *J. Abnorm Psychol*, 100, 308-315.
- Oldham J. M., S. (1992) Diagnosis of DSM III-R Personality Disorders by Two Structured Interviews: Patterns of Co-Morbidity. *Am. J. Psychiatry*, 149, 213-226
- OMS., (1992) CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: FORMA S. A.
- Pascalis, J. G., (1989) Les Classification de Kraepelin a la DSM III. *Ann. Med. Psych.*, 147, 359-362.
- Stone, M. H., (1993) *Abnormalities of Personality. Within and Beyond the Realm of Treatment*. New York London: W. W. Norton & Company.
- Tellegen, A., (1991) Personality Traits: Issues of definition, evidence and assessment. In W. M. Grove & D. Cicchetti (Eds.). *Thinking clearly about psychology*. Vol 11 (pp. 10-35). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Tyrer, P. & Alexander, J., (1979) Classification of Personality disorder. *Brit. J. Psychiatry*, 135, 163-167.
- Widiger, T. A., Frances, A. J., Pincus, H. A., & First, M. B. (1991). Toward an empirical classification for the DSM IV. *J. Abnorm Psychol.*, 100, 280-288.
- Wiggins, O. P., S. (1991) Research into Personality Disorders: the Alternatives of Dimensions and Ideal Types. *J. Pers. Disord.*, 5, 69-81
- Zales, M. R., (1984) *Character Pathology*. New York: Brunner Mazel, Inc.

# SOCIEDAD ACTUAL Y PERSONALIDAD "COMO SI"

Octavio Gallego Lluesma  
Silvia Andrea Morini

*Médico psiquiatra y psicoanalista. Presidente del Círculo de Psicología Profunda de Buenos Aires. Vice-Presidente del Capítulo de Personalidad de APSA. Psicopedagoga egresada de la U. de L. de Zamora. Beruti 2347 2° Buenos Aires.*

La idea central de este trabajo es contribuir a la determinación de las causas sociales, culturales, familiares y personales que hacen posible la creciente aparición de trastornos de personalidad no neuróticos ni psicóticos. Nos referimos a los pacientes narcisistas y a las personalidades fronterizas o "borderlines" y dentro de estas últimas en especial, a la personalidad "como si".

Desde el inicio de la cultura, la simulación ha sido una necesidad del ser humano para sobrevivir en una sociedad donde las exigencias, los valores y las leyes le impiden netamente ser él mismo, serlo auténticamente en todos los aspectos vitales.

En un trabajo sobre Cervantes y Freud, León Grinberg ya hacía notar la influencia de este escritor en la futura vocación de Freud, en la búsqueda de la verdad, en su afán por distinguir los verdaderos y los falsos afectos (lo auténtico versus el "como si"), el impacto del pensamiento individual en su entorno cultural, el rol y las limitaciones del sentido común.

Freud señala asimismo la importancia de volver comprensible "la razón de la sinrazón", cuando explica cómo la locura de Alonso de Quijano le sirve a él para alejarse de sus propias impotencias y melancolías, las de un cincuentón amenazado por sus dolores morales, que él mismo explica: "lea vuesa merced estos libros y verá cómo se destierra la melancolía que tuviere y le mejoran la condición si acaso la tiene mala. De mí sé decir que, desde que soy caballero andante, soy valiente, comedido, liberal bien cuidado, generoso, cortés, atrevido, blando, paciente,

sufrido de trabajos, prisiones y encantos".

Del libro "La simulación en la lucha por la vida" de José Ingenieros, extraemos pasajes que tienen una actualidad tal que parecieran escritos hoy mismo: "...Muy pocos hombres de personalidad firme resisten a la presión colectiva y pueden hacerlo conservando sus rasgos característicos; los más están obligados a imitar las ideas, los sentimientos, las costumbres colectivas, y su éxito en la vida consiste en alcanzar la más perfecta adaptación al medio. Para ello no es necesario ser como los demás; basta con parecer. Eso es lo útil; para ello se simula".

Desde que nacemos, somos inducidos a imitar las costumbres sociales que se nos imponen desde la escuela, la familia, el cine, la televisión, los diarios, las creencias de la cultura a la cual estamos adscriptos. Toda ruptura con el cúmulo de creencias que sustenta cada cultura, es visto como una traición o una trasgresión. Veamos si no lo que pasa en el mundo fundamentalista musulmán, donde la rigidez dogmática religiosa llega a extremos de intolerancia inaudita.

Históricamente, la necesidad de un pensamiento homogéneo, hizo fructificar en España la Inquisición, lo más horrible que haya inventado una creencia religiosa, en su afán de guardar la ortodoxia en la fe católica.

Indudablemente en estos dos mundos tan lejanos históricamente pero tan parecidos en sus métodos de domesticación del pensamiento, el que mejor la pasaba -y la pasa- era -y es- el que simulaba -o simulaba- una adscripción total a las ideas, cre-

encias y pensamientos inducidos desde una minoría teocrática absoluta y totalitaria.

En nuestra cultura argentina actual, se estimula el ser "como si" fuéramos del primer mundo, mientras aparecen en las cámaras de televisión los niños desnutridos del noroeste argentino; ser del primer mundo significa para nuestro gobierno actual y seguidores, ser más papistas que el Papa: hagamos "como si" fuéramos justos, y que los jubilados vivan con ciento cuarenta pesos. (Perdón, esta última semana nos informa un paciente que le fue aumentado su haber a ciento cincuenta, mientras el señor presidente, sus ministros, secretarios, subsecretarios y otros funcionarios se aumentan sus sueldos en un 175%).

Digamos que tenemos un país casi sin analfabetos, pero donde la deserción escolar sólo se puede detener en aquellos lugares en donde todavía funcionan el almuerzo escolar y la copa de leche. Digamos que tenemos un buen sistema de salud, pero en el que cada día existen menos enfermeras nombradas en los hospitales y donde cada puesto de trabajo, necesario y útil, no es sustituido al jubilarse su titular, y todo esto en una sociedad empobrecida en la cual es cada vez mayor la cantidad de enfermos que necesitan ser atendidos en el hospital público dadas las dificultades económicas que afrontan para serlo en forma privada o por los malos servicios de muchas de las obras sociales.

Todo esto sintéticamente nos hace pensar que vivimos en una sociedad "como si". Lo que alimenta al pueblo en las pantallas de televisión, son las



---

*Y luego a otro, a otro, a otro...*

---



telenovelas brasileñas, venezolanas o argentinas, más el cholulismo de los almuerzos periodísticos. La televisión induce el "tener" por sobre el "ser". El que más objetos tiene es el que sería más feliz según la filosofía que transmiten los medios de comunicación. Lo inmediato es vivir lo mejor posible y ¡Ya! No construyendo día tras día como hacían nuestros mayores y según nos enseñaron. Todo esto hace posible una juventud pasatista, que no crea en los mensajes políticos, que se recrea en una nueva contracultura, donde el hedonismo, la protesta, la droga, el alcohol, está todo mezclado en una gran bronca, como la que se expresa en el movimiento del rock actual.

Eloy Silvio Pomenta, en un trabajo publicado en 1985, nos advertía que el paciente borderline es fruto de una manera narcisista de vivir; distintas modalidades de adaptación a nuestra sociedad actual. Rescataré algunas frases de su libro: "Asistimos a la división de los seres humanos en términos de ganadores y perdedores. Los habitantes del planeta, o bien han quedado arrasados por la barahúnda de acontecimientos, dando lo que Rissley ha llamado "perplejidad parental" o bien han salido triunfadores o aspiran a serlo y están contentos con el progreso. Aplauden, se suman e identifican con los valores de la época (grandiosidad, exhibicionismo y omnipotencia) dando lugar a lo que personalmente llamaríamos "narcisismo parental". Sobre estos dos parámetros, perplejidad y narcisismo, se dan los modelos de crianza y educación que pueden ser capaces de generar la patología borderline y

narcisista, en torno a las variables de negligencia, abandono, pobre compromiso afectivo, proyección de tendencias inconscientes y modelaje".

En cuanto a la estructura de personalidad. Marco Aurelio Baggio, coincide con Kernberg y Carlos Paz en considerarlos de la siguiente manera: expresan una riqueza de contenidos derivados del proceso primario, de funcionamiento psíquico articulado en una armadura débil, tosca e insuficiente al modo del funcionamiento secundario, en la medida en que prevalecen las formas derivadas del proceso primario, a lo largo de sus vidas. Deben ser estudiados como cosa en sí, desprendidos de ser considerados fronterizos a la neurosis y a la psicosis.

Inestabilidad afectiva, impulsividad, impredecibilidad de conductas, incapacidad de quedarse solo, tendencia a alguna forma de adicción, ira inapropiada, alteraciones fugaces de identidad, tendencias autolesivas, relaciones tempestuosas, son índices de importancia para un correcto diagnóstico.

Grinker, Werble y Drye diferenciaron cuatro tipos de borderlines:

Grupo 1, denominado "el border psicótico", los pacientes presentaban conductas próximas a la desintegración, sin alucinaciones ni delirios organizados.

Grupo 2, denominado "síndrome bordeline central", el más numeroso, los pacientes presentaban conductas impulsivas, depresión cuando no actuaban, fragilidad en sus propósitos y un penetrante afecto negativo.

Grupo 3, que incluía a las personas "adaptativas", desafectivas, defendi-

das, "como si". semejantes a las descritas por Helene Deutsch.

Grupo 4, llamado "el límite con las neurosis", los pacientes presentaban neurosis polisintomáticas, sin represión sexual; personas deprimidas que tienden a un aferramiento infantil a quien las cuida y no les exige.

César Pelegrín, dice textualmente: "...en mi experiencia, encontré que cada sujeto borderline, en diferentes circunstancias, parecía pertenecer a cada uno de los grupos de Grinker. Por circunstancias exteriores o interiores, cambiaban su organización fenoménica, llegando a salir de brotes psicóticos "como si" no hubiera pasado nada; cambio que podría relacionarse con la adecuada interpretación de la psicosis de transferencia; también podía ser espontánea, sin intervención terapéutica. De la misma manera, neurosis polisintomáticas se transformaban en estados "como si", caracteropáticos o episodios psicóticos".

Helene Deutsch definió las principales características de la personalidad "como si" remarcando los siguientes rasgos:

- a. Etapa primitiva de relaciones de objeto sin constancia objetal;
- b. desarrollo deficiente del Superyó con predominio de ansiedad objetal;
- c. Preponderancia del proceso de identificación primaria;
- d. Superficialidad emocional y pobreza afectiva general, de la que estos pacientes no tienen conciencia;
- e. Falta de sentimiento de identidad y
- f. Falta de *insight*.

Esta falta de *insight*, muy destaca-



---

*Y luego a otro, a otro, a otro...*

---



da por Helene Deutsch, constituye uno de los aspectos del estado narcisista de estos pacientes, así como una consecuencia de su función de realidad subdesarrollada o perturbada, que se transmite al estado de las cargas objetales. La prueba de realidad está suficientemente conservada como para que sea posible distinguirlos de los psicóticos, aunque un examen cuidadoso probablemente corroboraría la opinión de Philip Greenacre, en el sentido de que en el carácter "como si" la prueba de realidad es deficiente.

El primer ejemplo de personalidad como si, lo extraemos de la cinematografía. Woody Allen en la película "Zelig" nos muestra de manera un tanto caricaturesca y quizás exagerada, esta patología:

Zelig, es un hombrecillo de raíz judía, que ha sido descalificado desde que nació, por su padre y una madrastra, siendo el chivo emisario de todos los males familiares.

Adopta la personalidad del que tiene al lado, mimetizándose totalmente con el otro. Cuando es descubierta su condición camaleónica, se lo estudia y se lo trata psiquiátricamente. Su terapeuta lo hace entrar en trance hipnótico y cuando le pregunta por qué imita a los demás, Zelig responde: "Es seguro ser como los demás, siendo bueno agrada siempre".

O sea que ante la inseguridad yoica y falta de identidad, más la necesidad de ser querido, lo más seguro es mimetizarse con el otro y así "no seré descalificado desde lo que soy".

Hemos atendido a un paciente hijo de italianos, cuyo padre había sido marinero, y estaba ausente mucho

tiempo de la casa. Eran dos hermanos, el mayor había hecho la carrera de ingeniería y él completó el secundario. La madre era altamente sobreprotectora, cuidándole como si fuera un chico, despertándolo todas las mañanas, haciéndole el desayuno, preparándole toda la ropa y mimándolo excesivamente, hasta permitiéndole acercamientos físicos, donde él le llegaba a acariciar los senos. Era una mujer agradable, gorda y mucho más grande físicamente que el marido, que era descalificado siempre en las pocas reuniones de familia que realizamos con ellos. R., como no podía asumir su fracaso social frente al hermano, envidiado en sus conquistas femeninas, se hacía pasar por ingeniero, mintiendo en relación a dónde trabajaba y quién era. Su vida era una mentira permanente, no pudiendo llegar a parejas duraderas. Tenía un gran complejo de delgadez, que le impedía ponerse un traje de baño, teniendo un discurso de queja permanente y donde todos sus males siempre eran responsabilidad de los otros. No tenía sentimiento de culpa, ni proyección de futuro, su inferioridad la compensaba con una omnipotencia seductora, puesta en el énfasis de sus conquistas. Era un gran simulador.

Otro paciente, M., quién tiene 26 años recién cumplidos, deambuló por distintos psiquiatras, que lo atiboraron de psicofármacos, y llegó a nuestra consulta prácticamente zombi.

Hace año y medio que lo tratamos. Pareciera haberse detenido en el tiempo, algo le ocurrió alrededor de sus doce años, puesto que hasta ese momento era un buen alumno en la primaria, y disputaba normalmente

con sus compañeros demostrando su agresividad. Después se volvió pasivo, repitió su primer año y no volvió a estudiar más, convirtiéndose en un factor de conflicto y preocupación para sus padres. O se somete al padre, o le grita a la madre a la que ha llegado a golpear. "Todo lo que ve imita, a quien admira ahora es a Bebán", dice la madre, y agrega "imita los gestos, la forma de hablar de los que admira". No tiene conciencia de enfermedad. Siempre pregunta la opinión del otro, como si la propia no valiera nada. "Cuando se muera papá, yo voy a mandar". Dice también: "Mis padres van a vivir 1000 años, no se van a morir nunca". Consciente de su dependencia total con ellos, la resuelve negando la posibilidad de la muerte. Hay una atracción incestuosa hacia la hermana cuando dice "cuando sea más grande me voy a casar con ella".

La familia está integrada por el padre, de 56 años, la madre de 53, ambos inmigrantes de origen italiano, M. de 26 años y su hermana de 20. Tuvieron otro hijo que actualmente tendría 30 años, fallecido a los 4 años, poco antes de nacer M. Esto último jamás fue mencionado durante las sesiones familiares.

La familia se presenta como una estructura endogámica, en donde el adentro familiar es sentido como bueno, y todo lo que venga del exterior es perturbante y por lo tanto rechazado. Existe una marcada oralidad manifiesta en todos sus miembros, siendo fumadores, con tendencia al abuso de alcohol por parte de M., y obesos, salvo la madre que concurrió durante algún tiempo a sesiones de



A.L.C.O., y desde entonces se mantiene con el peso "ideal".

Aparecen, durante las sesiones familiares, significaciones ligadas al "no cambio", con una reiterada negación con respecto a la temporalidad, al paso del tiempo y la muerte, junto a fantasías incestuosas, de parte de M. con respecto a su hermana.

"Yo no le presto atención a los cambios, ellos van a vivir 2.500 años por lo menos, yo me voy a quedar con mi hermana, nos vamos a amar", dice M.

La madre, portadora de un discurso autoritario, aparece como la que sabe con respecto de lo interno familiar, no dando lugar a otras significaciones, sino sólo a aquéllas que provengan desde el lugar de donde lo enuncia. En el discurso autoritario, la voz del interlocutor se acalla, y el texto es producido en forma de monólogo, lo que se refleja en una grave falta de comunicación entre todos ellos, ya que en realidad hacen "como si" dialogaran.

El padre aparece desdibujado en esta vincularidad, a no ser solamente como aquel que sostiene, desde lo material, a la familia. Además, en este momento se encuentran atravesando una difícil situación de caída económica que hace cuestionar, aún más, su lugar en la dramática familiar.

Con respecto a M. el discurso parental lo ubica en un lugar de niño pequeño, impidiéndole todo intento de elaboración personal, resultando descalificador, e incluso ridiculizante. Es constante su pregunta dirigida hacia los otros, sobre qué debo "hacer" y "ser", lo que nos hace pensar en un déficit importante en la consolida-

ción de su identidad; como así también contradicciones reiteradas, producto de su fluctuar y adoptar como propios, los diferentes discursos que se van enlazando en sesión, principalmente el materno y, a veces, esta pregunta va dirigida a la figura del propio analista.

"Yo ¿qué tengo retenido, ma?", "...entonces alfajores ¿no puedo comprar más?", "Yo voy a cambiar ahora ...¿qué quieren que haga?, no sé". "Ahora, ya se terminó la imitación", son frases que se repiten, que van uniendo en su significación el lugar desde el cual M. se vincula en esta trama familiar, como asimismo el lugar que en la misma le ha sido asignado.

La única que parece querer diferenciarse, y por lo tanto denuncia, es la hermana menor, K.; "no es verdad", "eso no fue así", "yo voy a decir la verdad", se repiten a lo largo de las sesiones. En un lugar donde no hay cabida para lo distinto, esto es sentido como una agresión, como un ataque al propio narcisismo. Por lo tanto ante estas palabras de K., suele ser la madre, a veces el padre, y hasta el mismo M., quienes desmienten, descalifican o discuten la pertenencia o no al grupo familiar de dicho discurso.

"Vos me das a pensar que tenés una manera de pensar de cualquier otro", responde el padre en un momento en que ella trataba de explicar algo diferente de lo admitido como propio y familiar.

Para entender la relación de los sujetos con la estructura familiar se puede recurrir al Complejo de Edipo, agregando a sus tres clásicas facetas: ser, tener y hacer, otras dos: parecer y

pertenecer. En estas dos últimas el sujeto basa su inclusión en el hecho de parecerse a la familia, compartir valores y significados con los otros. Estos están impresos en el propio sujeto de donde deberá despegarse para afirmar sus propios deseos y valores, pero cuando son contrarios a los de la familia, se hace, a veces, incompatible vivir juntos.

"Ya te dije lo que tenés que hacer, buscate una dirección, agarrá los trapos y volá", dice la madre a K., no pudiendo escucharla.

O sea la pertenencia deberá estar sostenida por un discurso compartido frente a lo cual la palabra singular siempre comporta un riesgo; riesgo que K. parece dispuesta a soportar.

La pertenencia y la lealtad a la familia pueden infiltrarse de posesividad, convirtiéndose alguien en dueño de los otros, al que hay que pagar con la propia vida física y mental. Nos preguntamos: ¿Será esto lo que está pagando M.? ¿Qué lugar vino a ocupar en la dramática familiar?, ¿El de su hermano muerto?, ¿El del tonto?, ¿Aquél que sostiene la pareja parental?

En "Narcisismo, ideal e identificación en psicoanálisis familiar" de S. K de Gomel, encontramos: "El vínculo de filiación marca el lugar virtual, como proyecto que alude al futuro. Si este vínculo funciona a predominio narcisista, el hijo será sólo una extensión del cuerpo materno o paterno". Podríamos agregar, sin proyecto propio.

Otro significativo materno que se repite, ante situaciones que le llevarían a pensar otra realidad distinta, externa, exogámica, es el de no poder





---

## Y luego a otro, a otro, a otro...

---



mirar. Cabría preguntarse: ¿Qué o a quién no puede mirar?

También, y a la manera de mito familiar, incuestionable, marca correspondiente a los orígenes, como aquello a lo que no puede cuestionarse sin poner en grave riesgo el sentimiento de mismidad, surge la fantasía de un estar mejor ligado a Italia, como madre protectora, omnipotente, que solucionarían todos los conflictos que se visualizan como insalvables en esta realidad en la cual están inmersos y que les toca vivir. "Allá M. conseguiría trabajo, allá estaríamos bien".

Siguiendo esta línea de pensamiento podríamos decir que existen básicamente dos tipos de discurso: uno guiado por el principio de placer y

otro por el de realidad; las creencias familiares funcionan sobre un tipo de discurso regido por el principio de placer, el cual lleva a la sistematización de ciertas ideas totalizantes y globales tendientes a anular toda fuente de conflicto.

Es el discurso guiado por el yo ideal, reinado de ideales incuestionables, desde donde surgen mandatos, prohibiciones, significaciones y destinos. Así observamos a esta familia articulada alrededor de un discurso que se erige como único, rígido y no cuestionable; donde lo distinto es sacado fuera del campo familiar por vivenciarlo como catastrófico y amenazante, otorgándole a cada uno de sus miembros un destino inexorable, destino en el cual M. se ha quedado

entrampado, haciéndose cargo de este discurso que lo inmoviliza.

Para finalizar desearíamos agregar que dentro de la clasificación sistémica de familia, podríamos ubicar a esta que nos ocupa, dentro de la categoría de insatisfactoria estable, ya que para afuera aparece "como si" fuera una familia equilibrada, sin grandes problemas, mientras que metiéndose en ella se observa la rigidez de los roles, la dificultad de aceptar el crecimiento de los hijos, con el consecuente sometimiento de los mismos a la pareja parental, y la gran carga de angustia que acarrea a todos sus miembros el sentir el "fracaso familiar" por no poder sostener este "ideal" que aparece como único e irreductible, siendo M. el síntoma más manifiesto de este fracaso ■

---

### Bibliografía

- Allen, W., "Zelig", producción de la Warner Broth. de 1983.
- Baggio, M. A., "Borderlines: formas no edípicas de constitución del sujeto psíquico" en Rev. Arg. de Medicina Psicosomática N° 54, junio 1990, Buenos Aires.
- Berenstein, I., "Otras dimensiones de la Estructura Familiar Inconsciente" Actas del II Congreso Argentino de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Buenos Aires, 1991.
- Deutsch, H., "Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia" Revista de Psicoanálisis A.P.A., Vol XXV (2), 1968.
- Fairbairn, R., "Estudio psicoanalítico de la Personalidad" Ed. Hormé, Buenos Aires, 1970.
- Freud, S., "Introducción al narcisismo" Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- Gallego Lluesma, O., "Personalidad borderli-
- ne y drogadependencia" Rev. Arg. de Medicina Psicosomática, N° 58, junio de 1992, Buenos Aires.
- Gardner, Ch. y Wagner, S., "Clinical Diagnosis of the As-If Personality Disorder" Bulletin of The Menninger Clinic. Vol. 50, March, N° 2, 1986.
- Gomel, S. K de, "Narcisismo, ideal e identificación en psicoanálisis de familia" Ed. Paidós, Buenos Aires, 1991.
- Grinberg, L. y Rodríguez, J. F., "Cervantes y el psicoanálisis" en *Psicoanálisis* Rev. de la Asoc. Psicoanalítica de Buenos Aires, Vol. VI, N° 2, 1984.
- Ingenieros, J., "La simulación en la lucha por la vida" Ed. Losada, Buenos Aires, 1961.
- Kernberg, O. F., "Trastornos graves de la Personalidad" Ed. "El Manual moderno, S.A." de C. V., 1ª ed., 1990, México.
- Merea C., Picollo A. y Simmerman, E., "Tra-
- ma familiar y su revelado" Actas del Primer Congreso Argentino de Psicoanálisis de familia y pareja. 6 al 9 de mayo de 1987. Buenos Aires.
- Paz, C. A., "Reflexiones técnicas sobre el proceso analítico en los psicóticos fronterizos" Rev. de Psicoanálisis A.P.A. Vol XXI, 3, 1964.
- Pelegrin, C., "Ensayo sobre organización borderline"
- Pometa, E. S., "El paciente borderline o la manera narcisista de vivir" Ed. Científico-Médica, Barcelona, 1985.
- Righetti, D. Ch. de y Segal, P. B. de, "La teoría de Winnicott sobre el desarrollo emocional primitivo" *Psicoanálisis*, Rev. de la Asoc. Psicoanalítica de Buenos Aires. Vol. VI, N° 2, 3-1984.
- Weis, J., "Aspectos técnicos y clínicos de los caracteres como si" Rev. de Psicoanálisis A.P.A. Vol, N° 25 (2) 1968.

# TRASTORNO NARCISISTA, SUSTRATO PARA LA CORRUPCION

Silvia Di Segni de Obiols

*Psiquiatra. Miembro del Capítulo de Personalidad de APSA, Docente del Dept. de Salud Mental, UBA.  
Dorrego 2231. Cap. Fed. Tel.: 771-1272*

## Introducción

“**T**odo poder tiende a corromper; el poder absoluto corrompe absolutamente”. Esta frase de Lord Acton pone el acento en el poder como generador de corrupción, sugiere de algún modo que es el poder el que actúa sobre la persona que lo detenta llevándola por mal camino, no importa quién sea la persona en términos de personalidad, y que esto ocurrirá en mayor grado cuanto mayor sea el poder que concentre. Pero existe otro modo de pensar esta situación, desde una perspectiva darwiniana. ¿Quiénes tienen más posibilidades de ser seleccionados para obtener lugares de poder? ¿Hay algún tipo de personalidad que corra con ventaja en esa carrera? La hipótesis que se sustentará en lo que sigue es que el trastorno narcisista de la personalidad tiene ventajas en la cultura actual para acceder a lugares de poder y que la misma es a su vez, un sustrato adecuado para la corrupción. Desarrollar esta idea supone necesariamente un análisis desde la perspectiva de la personalidad junto a otro desde la perspectiva sociocultural.

## La corrupción

El problema de la corrupción afecta a la sociedad en su conjunto constituyéndose en un elemento que socava la confianza y la seguridad de todos quienes la conforman.

En su libro dedicado al tema, Mariano Grondona(2) define el “acto corrupto” como la solución perversa de un conflicto de intereses que se pro-

duce cuando una persona obligada moral o legalmente hacia un interés ajeno lo pospone en función de un interés propio. Tal el caso del funcionario que obligado ante el Estado, o el ejecutivo obligado ante su empresa, pospone dichos intereses en función de los propios. El mismo autor define también el “estado de corrupción” como aquel que existe cuando los actos de corrupción se han vuelto tan habituales que la corrupción se convierte en sistema. Sostiene que esta última situación se produce debido a dos factores: el economicismo, es decir el dinero encumbrado a nivel de valor principal, y la tentación del poder absoluto.

Por su parte, en el mismo libro, Luis Moreno Ocampo ataca la idea de que quien comete el acto de corrupción sea el malo de la película, diferente a los demás, personas que concentran el mal y que en la medida en que sean eliminadas se terminará el problema. Para combatir esta idea argumenta que muchas veces “los ‘criminales’ o los ‘corruptos’ son personas elegantes o muy simpáticas, pueden ser educadas, tener títulos de la Universidad de Harvard o Stanford y ser respetadas por otras razones”. El otro argumento de este autor es que los actos de corrupción son realizados por individuos que actúan en determinados sistemas de organización, sistemas en los cuales hay “buenas amas de casa que pagan para que su hijo no haga el servicio militar, puntillosos hombres de negocios que coimean para que su teléfono funcione y chicos de ocho y nueve años que se acostumbran a pagar coima en la aduana para pasar sus juguetes

electrónicos”. Es decir que alrededor de los grandes corruptos existe un clima generado por mucha más gente que comete actos de corrupción cotidianos generando el estado de corrupción. Si bien es fácil acordar en que no existe un “corrupto nato” de mirada torva y sospechosa creo que también es cierto que no todas las personalidades tienen igual chance de llegar a ciertos puestos y facilidades para realizar ciertas acciones. Es interesante notar que a Moreno Ocampo le parece imposible que alguien elegante, educado y/o simpático y respetado en otras áreas de la vida pueda ser corrupto. Esa puede ser justamente la descripción de una persona con un trastorno narcisista de la personalidad.

A partir de estas ideas es que considero válido plantear tres factores que parecen confluir con gran eficiencia para generar corrupción:

1. un marco social ambiguo en el cual los valores éticos y las normas legales no tengan la fuerza necesaria, una sociedad capaz de generar un “estado de corrupción”;

2. una cultura que eleve como modelo a través de los medios masivos al trastorno narcisista de la personalidad, una “cultura del narcisismo”, y

3. personas con trastorno narcisista de la personalidad, las cuales no tienen trabas éticas y/o afectivas en su avance hacia el poder y el logro económico, aquello que consideran su “éxito”. Estas serán las más corrompibles dada su sed infinita de poder, fama y dinero.

Cómo se llega a establecer un modelo social ambiguo escapa a los límites de este artículo y ha sido brillante-

## DSM IV - Criterios diagnósticos para 301.81

### Trastorno Narcisista de la Personalidad

Una pauta generalizada de grandiosidad (en fantasía o en conducta), necesidad de admiración y falta de empatía, que aparece desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. Esta pauta se manifiesta al menos por cinco o más de las siguientes características:

1. Tiene un sentimiento grandioso de autoimportancia (ej. exagera logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin logros reconocibles).
2. Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillo, belleza o amor ideal.
3. Cree que él o ella son "especiales" y únicos y pueden ser solamente comprendidos por, o ser asociados con, otras personas (o instituciones) de alto status.
4. Pide excesiva admiración.
5. Tiene un sentimiento de categoría, esto es expectativa irracional de recibir un trato especialmente favorable o complacencia automática con sus expectativas.
6. Es explotativo en lo interpersonal, esto es saca ventaja de los otros para obtener sus propios fines.
7. Falta de empatía: es incapaz de reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los otros.
8. A menudo siente envidia de los otros o cree que los demás están envidiosos de él o ella.
9. Muestra comportamientos y actitudes arrogantes, soberbios.



mente analizado por diferentes autores entre otros los mencionados más arriba. En lo que sigue se analizarán los dos últimos puntos en particular.

#### Un modelo cultural narcisista

Cristopher Lasch ha analizado la sociedad norteamericana de las últimas décadas dándole a la misma el nombre de "cultura del narcisismo" ya que en la misma hay crisis de valores, de ideales políticos, de autoridad y de profundidad afectiva; una cultura en la cual el individualismo llega a su apogeo, en la que los logros personales son lo más importante y no hay prurito en manifestarlo de ese modo. Lo que este autor ha analizado referido a la sociedad norteamericana ha sido desarrollado ampliamente en las últimas décadas por los pensadores y críticos de la llamada "posmodernidad". Pero el aporte de Lasch, que interesa señalar aquí, radica en su análisis de las teorías de Kohut y Kernberg aplicándolas a la comprensión de dicha cultura. Dice este autor: "Cada época desarrolla su forma

peculiar de patología, la cual expresa en forma exagerada su estructura de carácter subyacente. En la época de Freud, la histeria y la neurosis obsesiva llevaron al extremo los rasgos de personalidad asociados con el orden capitalista en un estadio temprano de su desarrollo: disposición a adquirir, devoción fanática al trabajo y cruel represión sexual. En nuestra época, los desórdenes preesquizofrénicos, borderline o desórdenes de la personalidad atrajeron cada vez más atención, junto con la esquizofrenia misma"(3). Al mismo tiempo cita a diversos autores que consideran que el trastorno narcisista ha aumentado en las últimas décadas y describe a los ejecutivos de grandes empresas como personas con características de este tipo.

En un trabajo anterior he desarrollado la idea de que la posmodernidad ubica en el lugar del ideal del yo a los valores del yo ideal y los difunde a través de los medios masivos(6). En dicho análisis se describen como valores del yo ideal: la omnipotencia, la incapacidad de esperar para satisfacer deseos y la no consideración del otro, contrapuestos a los valores que

la educación informal y formal preescolar han intentado llevar adelante tradicionalmente para ser introyectados como valores del yo ideal: capacidad de esfuerzo, reconocimiento y consideración del otro y postergación de los logros. El clima de ideas posmoderno difunde los valores del yo ideal a través de los medios masivos proponiendo al "yo grandioso" propio del narcisismo patológico como modelo social positivo. Esto lo realiza consagrando a personas claramente corruptas a través de notas en las cuales se muestran sus bienes o su frívola vida social cuando es de público conocimiento que tal nivel de vida no lo han podido conseguir por una vía honesta.

También existe un tipo de publicidad que eleva ese "yo grandioso" a nivel de modelo social. Se trata de un tipo particular de publicidad pero es claro que este modelo tiene mucha mayor penetración social estando presente también en las exigencias de la alta competencia deportiva y en la selección de personal ejecutivo.

Para comprobar la presencia de este modelo narcisista se propone el siguiente ejercicio: considerar en el DSM-IV el apartado referido al trastorno narcisista de la personalidad(1) y analizar a la luz del mismo una propaganda de cigarrillos, automóviles o bebidas alcohólicas, tomando en cuenta que para hacer diagnóstico se deben manifestar por lo menos cinco de las nueve características enunciadas por la clasificación. Tomando como referencia el cuadro correspondiente al DSM-IV se analiza a continuación cada punto en referencia a la publicación mencionada.



El sujeto:

1. Este tipo de publicidad muestra siempre exageración de sus logros y espera que sus productos sean considerados "especiales" sin que sea seguro que hayan hecho algo para merecer ese trato.

2. Estas fantasías son justamente aquellas que la publicidad intenta desarrollar en quien la mira. Todo podrá conseguirse si se siguen las instrucciones correspondientes: se usa tal ropa, se fuma ese cigarrillo, se maneja tal automóvil o se veranea en una selecta playa. Lo que resulta importante señalar es que en la publicidad actual no se recurre solamente a la idealización del producto sino que se estimula una superidealización bajo la cual subyace la búsqueda de un poder ilimitado y exclusivo, un tipo de idealización que no considera más al otro o si lo considera es solamente como explotado o servidor.

3. Esa complicidad entre personas "diferentes", "superiores", "especiales", basada en lograr la identificación proyectiva del consumidor del producto con un nivel social al que seguramente no pertenece, es el resorte esencial de la publicidad narcisista.

4. La hiperidealización del sujeto de la propaganda y del producto apunta a la hiperadmiración del consumidor.

5. El sujeto de la publicidad a menudo es trasgresor, egoísta, maltratante, en mérito a que se lo supone superior, especial y todo se le perdona sobre la base de tal condición, a esa "categoría" diferente a la que pertenece.

6. La publicidad busca obtener provecho de los demás entrometiéndose

en sus vidas, con el propósito explícito de vender un producto a quien no lo necesita logrando satisfacer así sus objetivos y no las reales necesidades del consumidor.

7. Es claro que en la publicidad no existe empatía hacia personas del público que por diferentes motivos no puedan acceder al producto. Nadie toma en cuenta que la atractiva propaganda de whisky llegue a un alcohólico, la de cigarrillos a un enfismatoso o bien la de un exclusivo sitio de vacaciones a un desocupado.

8. Los sujetos de estas publicidades suelen mostrarse de ese modo sin la menor molestia, justamente porque se sienten autorizados a tal actitud dada su condición de seres superiores.

El análisis anterior considera ocho de las nueve características, porque la restante se refiere a la envidia que sienten las personas narcisistas la cual no aparece expresada en los sujetos de las publicidades, pero las mismas sobran para un "diagnóstico".

Pensemos ahora en el público consumidor de productos como el analizado. El constante bombardeo de este modelo desde los medios masivos

tiende a consagrarlo como positivo. La posibilidad de criticarlo es baja toda vez que para la posmodernidad son los medios los que consagran los valores sociales. En particular si consideramos a los adolescentes en búsqueda de modelos de identificación, hoy en día quizás tenga más validez un modelo publicitario que una persona real. Como dicen Stone y Church en su estudio clásico sobre la adolescencia, refiriéndose en este caso a la psicopatía: "Hay que señalar también que muchos individuos que viven la vida del psicópata pueden no ser personalidades psicopáticas sino que se aferran a una cultura que les ofrece una identidad que no pudieron hallar por sí mismos".

#### El trastorno narcisista de la personalidad

Además de las características señaladas por el DSM-IV, se debe considerar un aspecto de la descripción que hiciera Otto Kernberg de este trastorno: la deficiente integración super-yoica. Este autor considera que el su-



---

*Y luego a otro, a otro, a otro...*

---



peryo narcisista se habría formado por la introyección de algunos componentes de características primitivas, agresivas y distorsionantes con falta de integración de estos elementos a aspectos amorosos(5). Si, a diferencia de las personalidades antisociales, los narcisistas pueden adaptarse a las exigencias morales de su entorno esto ocurre básicamente porque si no lo hacen temen ser atacados y porque este es el precio que pagan para obtener gloria y admiración. Si bien nos encontramos aquí a menudo ante personas muy exitosas y bien integradas socialmente es interesante recordar que, para Kernberg, existe una secuencia entre esta personalidad y la antisocial. En particular es bueno citar un párrafo en el que dice: "se consideran a sí mismos deshonestos y capaces de verse envueltos en actividades antisociales 'si sólo tuvieran la seguridad de salir bien parados'".

Hemos mencionado que en la sociedad actual parece haber un aumento de patología narcisista ¿Qué habría producido un aumento de este tipo de trastorno? Paulina Kernberg ha estudiado y descrito el trastorno narcisista de la personalidad como ya presente en la infancia(4). Para definirlo utiliza los criterios del DSM III-R para adultos y encuentra que el sentimiento de "yo grandioso" existe ya en esta época de la vida reflejándose en el comportamiento escolar, en el cual si no se encuentra éxito inmediato puede resultar un fracaso total ya que estos niños no toleran realizar actividades que requieran esfuerzo y desprecian a sus maestros. La ley del todo o nada prevalece en estos niños los cuales según la misma autora tienen factores de riesgo se-

gún su entorno familiar. Entre estos me interesa destacar dos:

### *1. El niño mimado o niño rico*

Son hijos de padres que tuvieron sus hijos al final de los treinta o al comienzo de los cuarenta años y que pueden presentar una exagerada necesidad de protegerlos o bien de satisfacer todos sus deseos. Esto no le permite al niño aprender a tolerar frustraciones, ejercitar la tolerancia y hacerse consciente de sus limitaciones. La consecuencia puede ser el mantenimiento del narcisismo infantil y su conversión en narcisismo patológico. La riqueza sólo complica más este panorama proveyendo una confirmación inmediata del control omnipotente que lleva a un estilo de carácter grandioso el cual puede mantenerse a pesar de que las circunstancias externas cambien.

Si bien este tipo de niño pudo existir siempre, en todas las épocas, también es importante señalar que la era postindustrial ha permitido generar todo tipo de productos a diferentes precios lo cual no sólo aumenta la posibilidad de consumo de los ricos sino también -en otra escala- de sectores de menores recursos. Por otra parte la publicidad apunta a generar la idea de que el objetivo de la vida es solamente el logro de placer inmediato y que, lograrlo a través del consumo, es la vía más adecuada. Dentro de este marco social puede suponerse que este tipo de niño haya podido aumentar en las últimas décadas, junto al paralelo crecimiento de todo un mercado destinado al público infantil y adolescente.

### *2. Los hijos de padres divorciados*

Esta situación cobra importancia en la medida en que el niño siente que cubre el lugar del padre que no convive con él, invirtiendo la sensación de dependencia infantil por una satisfacción narcisista de sentirse fuerte y poderoso. Por otra parte también importa el caso de los niños que son disputados en su tenencia sobre los cuales pesan las presiones de ambos padres para lograr la "desidentificación" con el ex-cónyuge de manera de "salvarlo" de las garras del mismo. Para lograrlo se intenta erradicarlo de su historia, de su pasado, del hecho de ser hijo de dos padres. El hijo puede reaccionar paradójicamente erigiendo un *self* grandioso y la desvalorización del padre custodio a quien siente como un enemigo.

Dado que en las últimas décadas ha habido un aumento de divorcios y una consecuente pérdida de estabilidad familiar, esta situación puede también haberse hecho más frecuente sobre todo cuando hay cierta presión social para convertir la tenencia de un hijo en un éxito narcisista más que en una necesidad afectiva.

### **Conclusiones**

Ante el narcisista adulto nos encontramos con una persona cuyo único límite es la posibilidad de perder los "éxitos" acumulados. Si los ubicamos en una sociedad en la cual no se encuentran valores claramente establecidos y que por lo tanto promueve la impunidad y una cultura



que ubica la obtención de logros a cualquier precio a nivel de modelo, se encontrarán en el medio ideal para desarrollarse. Tal sociedad no sólo los protegerá sino que los seleccionará para ocupar sus mejores puestos. La selección se basará en que son altamente competitivos toda vez que no hay ningún otro factor más allá de sus objetivos haciéndoles perder tiempo o capacidad de producir. Una personalidad normal, que necesite equilibrar su rendimiento profesional

con su necesidad afectiva y la de quienes la rodean, necesariamente estará en desventaja. Para quien tenga un trastorno narcisista de la personalidad la publicidad lo avala en su búsqueda de éxito, en su desprecio por la afectividad, en su caminar por la cornisa de lo antisocial. Es más, si se presenta con tales características a la opinión pública puede tener éxito en su carrera hacia el poder en la medida en que cuenta con todo un aparato publicitario que sostiene en otros

campos los mismos valores que él muestra en su accionar. Pocos criticarán que un candidato a un puesto público desarrolle una actividad incompatible con una mínima vida familiar, que considere su carrera política como objetivo excluyente, que exhiba su frivolidad o avidez por el dinero sin el menor pudor. Ante el público estas personas pasan a ser asimilables a los personajes que vende la publicidad y por lo tanto ideales positivos ■

#### Bibliografía

1. American Psychiatric Association, DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington, 1994.
2. Grondona, M., La corrupción. Planeta, Bs.As., 1993.
3. Lasch, C. The Culture of Narcissism, Norton, NY, 1991.
4. Kernberg, P., "Narcissistic Personality Disorder in Childhood", Psychiatric Clinics of North America, Vol 12, N° 3, September, 1989.
5. Kernberg, O., Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico, Paidós, Bs.As., 1979.
6. Obiols, Guillermo, Di Segni de Obiols, Silvia, Adolescencia, posmodernidad y escuela secundaria, Kapelusz Editora, Bs.As., 1992.

# ASPECTOS BIOLÓGICOS DEL TIPO "A" DE PERSONALIDAD

Eduardo A. Mata

Médico Especialista Consultor en Psiquiatría y Psicología Médica. Jefe de la Unidad Psiquiátrica del Centro de Salud "Dr. Leónidas Lucero, Bahía Blanca. Thompson 229 (8.000) Bahía Blanca. Tel. (091) 37017.

Los componentes biológicos del Patrón de Comportamiento de Tipo "A" (PACTA), cuyas características psicológicas han sido descritas en otro artículo(6), son de crucial importancia teniendo en cuenta su sospechada relación con la enfermedad coronaria(2,3).

Resumidamente, en aquel artículo(6), además de hacer su detallada descripción, tomamos como propio el criterio de Eysenck de considerarlo verdaderamente un tipo de personalidad, o sea un patrón estable de actitudes, sentimientos y comportamientos. A manera de introducción de sus bases biológicas, intentaré reunir aquí los principales rasgos de tal personalidad.

Estas se evidencian principalmente frente al trabajo y frente a la familia. Hace falta, previamente, una cierta estructura cognitiva, que los mantiene en un estado de alerta exagerada en relación al trabajo y un proporcional descuido respecto a la familia.

El énfasis puesto en relación al primero conduce a una defensa agresiva de su propio territorio (quizás resabios del "cerebro reptílico" de McLean), lo cual les obliga a una hipervigilancia y a una hiperactividad, que ignora las señales de fatiga –posiblemente a través de la denegación–, fuertemente impulsadas, además, por la falta de aprecio por sus propios logros. Este último factor conduce a varias consecuencias: el pasaje inmediato a otras metas, una vez obtenidas las precedentes; el establecimiento de objetivos superiores a las propias capacidades y, además, una gran vulnerabilidad frente a la apreciación ajena de las performances involucradas en estos emprendimientos. Ante la más mínima sensa-

ción de error o fracaso, aparecen la depresión y la culpa, muchas veces enmascaradas por mecanismos paranoides de proyección. La evaluación cuantitativa de su trabajo (más que cualitativa), la urgencia de tiempo, más la alta competitividad, son todos factores que, conjuntamente con la necesidad de control y poder, les generan parciales aprobaciones de sus superiores (que les proveen más trabajo, dado que son productivos y confiables), y rechazo y resentimiento de sus pares e inferiores (lo que no hace más que confirmar sus proyecciones paranoides). No tolera interrupciones ni demoras. Este conjunto de factores hace que su humor sea predominantemente de hostilidad.

En el área familiar, la incapacidad de goce y del tiempo libre le impiden compartir muchos de los tiempos de su familia; las necesidades narcisísticas de reconocimiento chocan con las reacciones que su comportamiento origina en su entorno, todo lo cual conduce, en muchos casos, a un deterioro de las relaciones familiares. La hostilidad, la necesidad de control y poder, contribuyen a agravar sus problemas relacionales.

No todos aquellos rasgos psicológicos parecen estar vinculados de la misma manera al trastorno cardíaco; la hostilidad, principalmente, la competitividad, la urgencia de tiempo y el alto sentido de responsabilidad, en segundo lugar, han sido considerados los más significativos. También es de hacer notar la mayor vulnerabilidad mostrada por los corazones masculinos (en relación a los femeninos) para estos mismos rasgos. El enojo tiene efectos diferenciales no sólo vinculados al sexo, sino también a la manera

como se maneja y expresa, y al grado de satisfacción laboral y sentido subjetivo de realización personal.

Los fundamentos biológicos que vinculan el PACTA y la enfermedad coronaria están centrados en los siguientes aspectos:

## I. Hiperactividad simpática

Ha sido señalada por numerosos autores(1, 5, 4), y demostrada por la hipersecreción de catecolaminas (CA), estudiadas a través del tamaño pupilar y el contenido de CA plaquetarias, siendo ambos indicadores mayores en los PACTA que en otros tipos de personalidad. Estas correlaciones fisiológicas, más evidentes en el hombre que en la mujer, son negadas y no percibidas involuntaria e inconscientemente(5). Elevados niveles de los catabolitos de las CA, y hasta un 50% más de noradrenalina (NA) se han encontrado en la orina y en el plasma de los PACTA.

Los disparos elevados de CA incrementan la presión arterial y movilizan exageradamente los ácidos grasos libres, aumentan la coagulabilidad de las plaquetas –factor tan importante en la aterogénesis como en la formación de trombos–, y proveen un insulto directo a la membrana endotelial de las coronarias. La adrenalina puede aumentar la inestabilidad de las membranas miocárdicas incrementando el riesgo de despolarización, disminuyendo el período refractario y sensibilizando el betareceptor a través de la hipokalemia. Se han vinculado también los altos niveles de adrenalina con una sensibilidad aumentada del alfa receptor que media la contractilidad ventricular. Se



ha demostrado también el papel de la noradrenalina como factor de riesgo independiente para la hipertrofia ventricular izquierda y la predisposición para una ulterior muerte súbita.

Este aumento de las CA está relacionado con los rasgos de dependencia(4) y de debilidad(6), y actúa en forma crónica, creando las condiciones hemodinámicas para la aterogénesis. La vinculación de la adrenalina con el estrés mental, y de la noradrenalina con el estrés físico ha sido bien demostrada por Howard(4). Los sujetos dependientes están más propensos al enojo, perciben el esfuerzo como mayor de lo que en realidad es, y están bajo estrés más allá de una jornada de trabajo, todos rasgos típicos demostrados a través del seguimiento de las CA urinarias durante un día laborable. Inclusive, pueden tener niveles

más altos de CA y cortisol durante el descanso que en el trabajo, lo que sería una prueba de sus rumiaciones cognitivas disfuncionales, más probables cuando sus mentes no están ocupadas en tarea alguna. Las modificaciones cognitivas y comportamentales inducidas por betabloqueantes en los PACTA(1) son otra prueba indirecta de la activación simpática.

## II. Hiperactividad del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA)

Estrechamente vinculado con el anterior factor, numerosos estudios muestran su activación mayor en los PACTA que en los no-PACTA: los niveles de cortisol salival eran más altos en estudiantes de Medicina antes del examen más importante de su carrera cuando tenían este perfil de persona-

lidad, y tales incrementos eran rendimiento-dependientes, ya que los PACTA con rendimiento más alto tenían también los niveles más altos de cortisol; una relación exactamente inversa se observó en los no-PACTA.

La importancia clínica de estos niveles elevados de cortisol reside en que esta hormona estimula las enzimas sintetizadoras de las CA, inhibe la acción de la catecol-O-metiltransferasa, una enzima degradadora mayor de las CA, así como incrementa la sensibilidad de los receptores adrenérgicos a una concentración determinada de neurotransmisores, pareciendo influir, además, sobre las concentraciones del colesterol sérico. Todo esto, unido a los demás factores, contribuye a aumentar el riesgo.

Fava y col.(1) sostienen que habría una relación inversa entre el sulfato

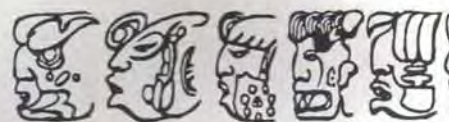




---

Y luego a otro, a otro, a otro...

---



de dihidroepiandrosterona (DHEA-S) y el PACTA, agregando la conjetura de que esta hormona es la mediadora del riesgo biológico de este tipo de personalidad. Es el andrógeno adrenal más abundante (esteroide C-19). Su *pool* circulante no está sometido a variaciones diarias, ni de día en día. El ACTH determina su incremento retrasado, cuando se lo compara con el del cortisol y de la dihidroepiandrosterona (DHEA), probablemente debido a la conversión extraglandular de esta última en DHEA-S.

Algunas comprobaciones respecto de las relaciones de esta hormona con el estrés contribuyeron a sustentar la hipótesis de Fava. Durante el estrés crónico por enfermedades de larga duración las concentraciones de DHEA-S tendían a ser menores que en los controles. Sus niveles basales eran bajos en relación con los del cortisol, sugiriendo un cambio en el metabolismo de la pregnenolona adrenal que iba desde los andrógenos adrenales hasta los glucocorticoides. La misma observación se hizo en grandes quemados y enfermedades agudas. Estos resultados son comparables a los de Zipser y col. quienes encontraron en enfermos crónicos graves un aumento de cortisol con un descenso paradójico de aldosterona. Se especuló que estos cambios córticoadrenales, que afectan a las tres clases de esteroides adrenales (mineralo, glucocorticoides y andrógenos adrenales) podrían servir para maximizar la producción de cortisol necesaria para la supervivencia y para minimizar el uso de la pregnenolona por síntesis de mineralocorticoides y andrógenos, no tan necesarios para la

supervivencia bajo condiciones de estrés severo.

Fava postula que cambios similares en la función adrenal ocurren en los PACTA, cuyas respuestas glucocorticoides ya se ha visto que son exageradas. Esto implica una exagerada secreción de cortisol, con una correlativa tendencia a hiposecreción de la DHEA-S.

Estudios hechos con el MMPI marcan una correlación entre altos puntajes para Personalidad Expansiva (la cual tiene muchos elementos en común con los PACTA) y bajos niveles de DHEA-S, lo cual refuerza la idea de la existencia de una relación inversa entre PACTA y DHEA-S.

Habría también evidencia de un rol protector de la DHEA-S en relación con la enfermedad coronaria cuando esta hormona se encuentra en niveles altos, con consecuencias inversas cuando éstos son bajos. Se ha observado un alivio sustancial del dolor causado por el *angor pectoris* después de la administración oral de DHEA-S. Además, Kask afirma que después de revisar la literatura referida a los 17-cetosteroides urinarios (que reflejan principalmente metabolitos de la DHEA-S), llega a la conclusión de que hay una relación entre los bajos niveles de esta hormona y la arterioesclerosis. Un fuerte apoyo a esta hipótesis surgió de los trabajos de Barrett-Connor y col. en un estudio sobre la muerte por causas cardiovasculares en un grupo de 242 hombres de edades entre 50 y 65 años, en donde se encontró una relación inversa entre ésta y los niveles de DHEA-S. La concentración de DHEA-S era independiente de otros bien conocidos facto-

res de riesgo tales como hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, tabaquismo o historia familiar.

Fava propone varios mecanismos para explicar el rol protector de la DHEA-S en la enfermedad coronaria:

1. La DHEA-S puede convertirse fácilmente en DHEA por la esteroide-sulfatasa y la DHEA es un poderoso inhibidor no competitivo de la glucosa-6-fosfato dehidrogenasa; se ha conjeturado que la falta de DHEA puede estimular la lipogénesis dependiente de la NADPH.

2. La administración de DHEA disminuye el colesterol sérico en ratas y una correlación inversa ha sido observada entre DHEA-S y la lipoproteína de baja densidad en el plasma fetal humano.

3. Se ha visto que la DHEA-S actúa como un andrógeno débil y que actuando como un agonista débil podría funcionar como antagonista del receptor de dihidrotestosterona reduciendo, por lo tanto, el riesgo aterogénico de esta última.

4. La administración exógena de DHEA-S inhibe la agresividad en el ratón aislado, ratas y perros, y el enojo y la agresividad parecen ser predictores confiables de la correlación con enfermedad coronaria y representar componentes "tóxicos" del PACTA.

### III. Eje hipotálamo-hipófiso-gonadal (HHG)

Se ha encontrado cierta relación entre los PACTA varones y los niveles de testosterona circulantes, aunque hay resultados contradictorios en varios estudios. La razón de estas con-



tradiciones puede estar en el hecho de que las CA pueden estimular la secreción de testosterona testicular y el cortisol disminuir los niveles de testosterona plasmática. La falta de evidencia experimental de diferencias en los niveles basales de esta hormona entre PACTAs y no-PACTAs podría deberse a las marcadas fluctuaciones que tiene en un día determinado y a lo largo de varios días. Además, el envejecimiento disminuye la testosterona plasmática, y esto podría complicar los resultados de los estudios que se realizan sobre sujetos de distintas edades.

La relevancia clínica de una posible asociación entre testosterona y PACTA está basada en que esta hormona ha sido frecuentemente vincu-

lada al comportamiento agresivo, y su administración acelera la aterogénesis en las ratas. Se ha demostrado, además, que aumenta la agregabilidad plaquetaria tanto en experiencias animales como en humanos y que produce un incremento en la síntesis de peróxidos de prostaglandinas y en el tromboxano plaquetario.

#### IV. Eje prolactínico

Llama la atención la ausencia de trabajos sobre la correlación de prolactina y PACTA, habida cuenta la conocida vinculación de esta hormona con la agresión y el estrés.

Al parecer, la prolactina se estabiliza cuando el estrés permanece inmodificado: este sería el caso de los pilo-

tos experimentados en relación con los más jóvenes. Sería de valor clínico observar si esta estabilización se da en los PACTAs, que están sometidos a un estrés relativamente constante.

#### V. Eje somatotrófico

Friedman y col. observaron que las concentraciones plasmáticas promedio de la hormona de crecimiento de los PACTA extremos eran significativamente más bajas que en los no-PACTA mientras descansaban y después de la prueba de arginina. La relevancia clínica de estos hallazgos radica en que la hipercolesterolemia se desarrolla invariablemente en ausencia de hormona de crecimiento ■

#### Referencias bibliográficas

1. Fava, M.; Litman, A., Halperin, P., "Neuroendocrine correlates of the Type A Behavior Pattern: a review and new hypotheses". *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 17 (4), 1987.
2. Gallacher, J. E. J. y col., "Type A Behaviour and pressor response in a representative sample of middle-age men". *Journal of Psychosomatic Research*, 32 (1):51-61, 1988.
3. Hooker, K. y col., "Relationship between motivation and hostility among Type A and Type B middle-aged men". *Journal of Research in Personality*, 21:103-113, 1987.
4. Howard, J. H. y col., "Type A Behavior, Personality and sympathetic response". *Behavioral Medicine*, 16 (4):149-160, 1990.
5. Ketterer, M. W., "Emotional cognizance and the Type A Behavioral Pattern: urinary catecholamine excretion and self-reported frequency of emotional signs/symptoms". *Stress Medicine*, 4:69-78, 1986.
6. Mata, E. A., "La Personalidad de Tipo A. Aspectos psicológicos y sociales". *Revista Argentina de Medicina Psicosomática*, 82:8-15, 1994.

# ACERCA DE LOS TECNOPATAS

Carlos E. Caruso

Adscripto a la Carrera Docente. Depto. de Salud Mental. Facultad de Medicina. UBA. Prof. Adjunto de Neurofisiología y Neurofisiopatología, Carrera de Musicoterapia, Fac. de Psicología, UBA. Medrano 1394 (1179) Cap. Fed. Tel.: 862-9832

*Aprendí que en esta vida  
hay que llorar si otros lloran  
y si la murga se ríe  
uno se debe reír.  
No pensar, ¡ni equivocado!  
¿para qué?, si igual se vive...  
y además corrés el riesgo  
de que te bauticen de gil.*

"Las cuarenta" (tango)  
Letra: Francisco Gorrindo  
Música: Roberto Grella

*"Se nos planteará, entonces, la labor de  
adaptar nuestras técnicas a las nuevas  
circunstancias"*

"Los Caminos de la  
Terapia Psicoanalítica"  
S. Freud (1918)

## Introducción

Hacia finales de los años '60, por las librerías de la Av. Corrientes vendían un poster donde se veía la imagen de un chimpancé perplejo, rascándose la cabeza, frente a una calculadora. Al pie se leía el texto: "Cuando me aprendí todas las respuestas, me cambiaron todas las preguntas".

Los drásticos cambios (tecnológicos, políticos, sociales, culturales) operados en los últimos años, nos han dejado como al chimpancé. Muchas de las cosas que sabíamos, no nos sirven. Debemos volver a pensar. La realidad nos interroga con nuevas preguntas, para algunas de las cuales aún no tenemos respuesta.

La práctica clínica ha permitido constatar un incremento, tanto en cantidad como en variedad, de los llamados Trastornos de la Personalidad.

Voy a referirme a un cuadro clínico al que, a falta de una terminología establecida, denominaré Tecnopatía, y que por sus características está vinculado a este tipo de Trastornos y muy emparentado con las Afecciones Psicossomáticas y las Personalidades Autoritarias. No he encontrado descripciones de este tipo de patología en los libros clásicos de psiquiatría y psicopatología. En cambio, referencias a él aparecen cada vez con mayor asiduidad en artículos periodísticos referidos a temas económicos, deportivos, policiales, sociales, etc.

He observado que el aumento de esta patología se da, no sólo en nuestros medios urbanos más importantes, sino que es una tendencia mundial y está vinculada con la implementación de formas particulares de gestión empresarial, así como con los cambios socioculturales operados en los últimos 15 años.

Pensar en la etiología y la terapéutica de este cuadro clínico, lleva a volver a poner en discusión cuál es el límite entre lo normal y lo patológico, y cuál es la vinculación de ese límite con los cambios socioculturales.

## El cuadro clínico

Se considera que *la técnica* es un conjunto de procedimientos de un arte o una ciencia y/o la pericia para el uso de esos procedimientos.

### 1. *Tecnohabilidad*

La primera característica de los tecnopatas es que *dominan una técnica* (y lo hacen con eficacia, capacidad y hasta creatividad) en algún campo específico, generalmente vinculado con

lo fáctico, sea éste empresarial, deportivo, administrativo, comercial, etc.

Por lo general, han sido buenos estudiantes, con altas calificaciones, cumplidores, prolijos y de "buena conducta": "Buenos chicos". Esto se evidencia clínicamente por un aspecto cuidado, pulcro y con modales correctos y medidos.

### 2. *Tecnocentrismo*

La segunda característica llamativa es que *esta técnica que dominan es lo más importante en la vida de estas personas*, y alrededor de la cual gira y se organiza el resto de los vínculos personales y actividades. Todo se pospone, se suspende, se programa, según la actividad específica.

La familia, en los que la tienen, es algo secundario y hasta molesto a veces, porque la esposa o los hijos pretenden comer juntos, salir a pasear, o se enferman y requieren compañía, atención, tiempo o pretenden salir de vacaciones, etc. Los amigos son pocos, por lo general resto de la infancia, porque los vínculos personales se generan en su actividad técnica o convienen para poder desarrollar la misma, o para ir ascendiendo en la escala jerárquica.

### 3. *Anhedonia* (Dificultad o imposibilidad de sentir placer).

Así como el rey Midas transformaba en oro todo lo que tocaba, estos pacientes tienen "el arte" de transformar toda actividad en un trabajo o en una competencia.

No existe para ellos la posibilidad de hacer algo por gusto, porque sí, de "perder el tiempo", es decir: de jugar.

Un paciente que había estudiado guitarra, transformó la belleza y el placer de la música en una *performan-*



---

Y luego a otro, a otro, a otro...

---



ce de vencer sus propios records de horas de estudio.

Otro, convirtió los fines de semana en intentos de ganar interminables enfrentamientos de tenis, en lugar de la diversión, del juego y el descanso con la familia.

Un tercero, en lugar del trabajo físico armonioso para mejor conservar la salud, competía consigo mismo en levantamiento de pesas.

La gracia, la flexibilidad, no está con ellos. Viven dentro de verdaderas "corazas musculares". Como el perro del hortelano "no comen, ni dejan comer". Sus familias y amigos se quejan de que con ellos es imposible emprender nada recreativo y divertido. Son unos "amargos". La sexualidad está más vinculada a la necesidad que al placer. Es más una descarga que un momento de goce. Suele serlo en días y momentos determinados, dentro del "cronograma de actividades".

Muchas veces hallamos frigidez, tanto femenina como masculina, que debe diferenciarse de la impotencia, porque no falla la erección del pene, a veces todo lo contrario; lo que no sienten es goce. Un paciente podía tener relaciones sexuales con tres mujeres consecutivas, pero sintiendo poco y nada con las tres sin llegar al orgasmo.

Clínicamente, esto se evidencia en un cuerpo rígido, al que se considera "un instrumento de trabajo".

4. **Alexitimia** (Dificultad para reconocer y expresar las emociones)

A veces parece una tarea casi imposible lograr que estos pacientes puedan pensar y hablar de sus sentimientos. Suelen contar experiencias muy dolorosas de su vida de la manera más

desapasionada, como si hablaran de otra persona y no de sí mismos. Esta es otra de las características que, junto con los puntos 5 y 6, los emparentan con los pacientes psicósomáticos. Pero el discurso está predominantemente relacionado con su actividad técnica y no con lo personal o lo interno.

Clínicamente, esto está dramáticamente plasmado en un rostro serio o inexpresivo. Tienen suma dificultad para llorar o reír. No gritan. Hablan de manera monocorde.

#### 5. **Pensamiento Operatorio**

Muy vinculado con el punto anterior. Suelen tener una actividad de fantasía y onírica muy pobre o nula. Les es muy dificultoso imaginar otras posibilidades de vida diferente de la que llevan, pese a que en muchos casos la actividad central en sus vidas no les gusta. Están ahí a veces por expectativas y presiones familiares y no por vocación o elección. Lo más terrible de estos casos es que *no saben qué quieren y qué les gusta*. Siempre han respondido a exigencias externas y siguen haciéndolo. Lo que piensan está vinculado a lo que hacen o van a hacer, nunca a lo que sienten.

#### 6. **Pensamiento Maniqueo o Binario**

No hay lugar para "terceras posibilidades" o para dudar y esperar. Las cosas son "blanco o negro", "buenas o malas". Las personas son "amigas o enemigas". La complejidad de la realidad se simplifica al máximo. La riqueza de posibilidades se empobrece.

### Psicogénesis

Todas las características clínicas nos hablan de un Yo escindido, de

una separación casi insalvable entre lo racional y lo emocional, entre lenguaje y sentimientos, entre el deber y el ser, entre el hemisferio cerebral izquierdo y el derecho.

Esto es así, porque esta patología, como todos los Trastornos de Personalidad, se genera en un período muy temprano del desarrollo psicosexual, en el período de la relación simbiótica con la madre. Con una madre narcisística, "no empática", que no decodifica las necesidades del bebé sino que *lo fuerza tempranamente a adaptarse a los deseos y requerimientos de ella*. El bebé aprende rápidamente que o se adapta a esas condiciones impuestas o no sobrevive (recordemos que es un período de total dependencia de la madre).

Dentro de esta estructura narcisística materna, el padre no ocupa un lugar significativo, a lo que debe sumarse, en muchos casos, la presencia de padres con características marcadamente autoritarias, las que contribuyen aún más a su "ausencia", por la dificultad que generan en el acercamiento con los hijos.

Los cambios y separaciones propios del crecimiento y la evolución madurativa, no son graduales sino bruscos. No hay lugar ni tiempo para "objetos transicionales". Esto generará más tarde el pensamiento maniqueo.

### Contexto familiar

¿Porqué son así esos padres? Indudablemente no provienen "de un repollo". La actividad clínica nos muestra permanentemente que a su vez provienen de familias y relaciones pa-



---

*Y luego a otro, a otro, a otro...*

---



rentales similares. Como psicoterapeutas sabemos que tiende a repetirse lo que se conoce y se ha vivido. Sólo un trabajo de comprensión y elaboración psicológica permite modificar las conductas, aunque sea parcialmente.

Sabemos también que los modelos y funciones familiares están estrechamente relacionados con las expectativas sociales y que la familia cumple un importantísimo rol en el proceso de socialización humano. Esto quiere decir que, junto con la educación sistemática, cada sociedad humana, en cada época, ha encomendado y espera de la familia, que forme el tipo de seres humanos que ella necesita para subsistir como tal.

En los últimos 15 años asistimos, además, a un nuevo fenómeno, que es la preeminencia de transmisión de modelos sociales a través de los medios de comunicación de masas. Lo nuevo es *la masividad creciente y la importancia cada vez más acentuada de estos medios en la vida de las personas*, ya que es sabido que siempre la sociedad propuso modelos a imitar desde la literatura y luego el cine. Pero nunca alcanzó el grado de masividad de la TV. La sociedad ha relevado parcialmente de su cometido a la familia y la reemplazó por la TV.

### Los nuevos paradigmas sociales

Podemos considerar, con Kuhn, que un paradigma es el conjunto de creencias y conceptos que determinan el conjunto de problemas y soluciones que una comunidad se propone plantear y resolver.

Nuestra comunidad cree firmemen-

te en el concepto de que *hay que obtener lo que uno quiere en el menor tiempo posible sin importar la manera*. Este es el éxito. Eso es lo valioso. Y se plantea el problema de cómo lograr que los seres humanos se adecuen a esa creencia. La solución parece haberla encontrado en la creación de un número cada vez más creciente de tecnópatas.

Occidente toma como paradigma a Japón, con el más alto índice de suicidio infantil ante el fracaso en exámenes escolares. Donde los empleados de los grandes consorcios se casan cuando los directivos les comunican que eso ya es imprescindible para poder seguir ascendiendo en la escala jerárquica. Donde los obligan a tomarse vacaciones y no saben qué hacer con ellas. Donde la muerte por "karoshi" (estrés de los ejecutivos) se produce en personas cada vez más jóvenes y en vez de legislarse medidas de prevención, se indemniza a las viudas... Apenas simples piezas reemplazables en la inmensa maquinaria social, no seres humanos.

A su vez Japón (¡una burla más a los occidentales!) crea el organigrama de sus megaempresas estudiando la estructura y el funcionamiento del... ¡Vaticano!, al que toma como paradigma: Si la Iglesia pudo alcanzar sus objetivos y persistir en ellos a lo largo de tanto tiempo, el secreto está ahí. Entonces copia la organización jerárquica piramidal y la renuncia a los bienes y placeres de este mundo.

Algunas multinacionales que operan en nuestro país toman, como personal jerárquico, a ex militares o ex cadetes de institutos militares que no siguieron luego la carrera de las armas y que trocan el: "la vida por la

patria" por el: "la vida por la empresa". Y algunos la dan realmente, a una edad temprana, infartos de miocardio mediante.

Es ilustrativo el pensamiento del general norteamericano Abraham Mc Donald, fundador de la conocida multinacional: "Trabajar en Mac Donald's es muy saludable para un hombre joven. Mc Donald's hace de él un hombre eficiente. Si la hamburguesa no presenta el aspecto que debe presentar, se pone al empleado en la calle. Este sistema es una maquinaria que trabaja sin tropiezos y en silencio y que nuestro Ejército debería imitar".

¿Organización empresarial de las FF.AA. o militarización de las empresas?

En el año 1985, en el N° 32 de la Revista "Der Spiegel", hay un reportaje al empresario alemán H. Bhagwen adonde éste afirma: "El egoísmo es cosa natural. No es una cuestión de bien y mal. El más apto sobrevive, y es él, el más apto, quien debe ostentar el poder. Y quien ostenta el poder es el que tiene razón. Como alemanes debieran ustedes saberlo. ¡Me gusta ese hombre! (se refiere a Hitler). Estaba loco. Pero yo estoy aún más loco"... etc., etc.

### Tecnópatas ilustres

- A mediados de 1987, el coronel norteamericano Oliver North adquirió triste fama universal al ser juzgado en el Congreso de EE.UU. por su participación en la operación ilegal de venta de armas a Irán, prohibida por el Congreso, para financiar las operaciones ilegales contra Nicara-



---

*Y luego a otro, a otro, a otro...*

---



gua, también prohibidas por el Congreso, violando leyes del Derecho Internacional. ¡Una triple violación legal en un solo acto!

John Rigdon (un ex compañero de clases) recuerda: "... si Olli obtenía 9 de los 10 puntos posibles en la escuela, el castigo era inevitable. Lo trataban como si fuera un perro. Creo que por ello, siempre estubo a la caza de un padre..." El sacerdote John Laboon comenta: "Era como un hijo para el que fuera su jefe. No distinguía entre la subordinación y la sumisión. Le fascinaba recibir órdenes. Era un muchacho dispuesto a todo por obtener un reconocimiento".

Algunos de los que trabajaron con él lo describieron como "un incansable", que pasaba 12 horas en su oficina y que hubo un fin de semana en que trabajó 40 horas ininterrumpidas.

Una encuesta realizada por "The New York Times" y la "CBS News" indicó que el 64% de los entrevistados consideraba al militar un verdadero patriota "por haber defendido su misión hasta el final" como "un buen infante de marina".

Es decir, un excelente tecnópata que cumple con el paradigma de la sociedad y es reconocido como tal por la misma.

- En tenis femenino, Mary Pierce, a los doce años, soportaba los gritos de su padre refiriéndose a su ocasional rival: "¡Mary, matá a esa puta!". Si la rival ganaba, corría el riesgo de recibir una paliza, como la que el padre de Mary propinó a Lisa Moerner. En el torneo abierto de Italia y en Roland Garros, Mary fue insultada públicamente durante 15 minutos por su padre. Ganar, ¡sea como sea!

Un caso similar es el de Jeniffer Capriati.

- En patinaje sobre hielo. Nancy Kerrigan sufrió un intento de asesinato que la lesionó físicamente en enero de 1994. Por tal motivo no pudo competir en el Campeonato Nacional de Patinaje Artístico de EE.UU.

Los autores del atentado fueron pagados por el marido de su rival, Tonya Harding, quien logró triunfar en ese campeonato donde no pudo intervenir Kerrigan.

La vida de Harding no fue fácil. Cuando tenía 5 años, su madre no le permitía interrumpir la práctica de patín para ir a orinar, y cada vez que erraba en un ejercicio le propinaba una paliza en la misma pista.

Como dice el autor de la nota periodística (E. F. Moores) "Si al rival no se lo puede derrotar, entonces se lo elimina. Se lo elimina físicamente para evitar el duelo físico".

Nuevamente: la victoria a cualquier precio. No hay ley que pueda interponerse.

Tomé deliberadamente ejemplos de EE.UU. porque desde hace 40 años es el país utilizado como paradigma por nuestras clases dirigentes y el que primero y más masivamente propuso modelos sociales por los medios de comunicación de masas.

En la excelente película de James Ivory "Lo que queda del día" se puede constatar una vez más que lo que la ciencia intenta explicar con esfuerzo racional y a veces en un lenguaje poco accesible al gran público, el arte —en este caso con bellísimas imágenes y magistrales interpretaciones actorales— lo hace comprensible para millones de personas, aún anal-

fabetas. Se puede ver en ese film cómo sufre y hace sufrir un tecnópata.

#### Lo normal y lo patológico

¿Los tecnópatas son patológicos o excesivamente normales?

¿No cumplen con creces con los requisitos paradigmáticos de obtener lo que uno quiere en el menor tiempo posible, sin importar la manera? ¿No es ese el éxito y lo valorado socialmente?

Si para lograrlo hay que ignorar el propio ser, los propios deseos, las propias emociones, subordinar toda la vida al dominio específico de una técnica particular, no preguntarse jamás si lo que uno hace está bien o mal y pasar por encima de cualquier ley, es decir convertirse en un tecnópata, ¿es eso patológico, o serán los primeros ejemplares de la normalidad posmoderna? ¿Habrán que tratarlos a ellos o a los que todavía no son como ellos?

Es bueno plantearse estos interrogantes ya que las ideas sobre lo normal y lo anormal son construcciones sociales que se organizan en un contexto histórico dado. Es el medio social el que facilita y promueve valores y modos de acción.

Es bueno que los psiquiatras nos interroguemos sobre nuestra posición ética ante estos hechos que la labor clínica nos pone por delante. ¿Podremos actuar con nuestros conocimientos, preventivamente, para evitarles sufrimientos a los seres humanos, o haremos como los japoneses y contribuiremos a legislar para que indemnicen a los tecnópatas, sus familiares y sus víctimas? ■



## el rescate y la memoria

Gregorio Bermann  
(1894-1970)

Palabras del doctor Alberto Sassatelli, en ocasión del Acto recordatorio de los 100 años del nacimiento del Dr. Gregorio Bermann realizado el 23 de octubre de 1994 en la ciudad de Córdoba.

**S**i la historia es una forma superior del recuerdo, evocar a Gregorio Bermann en los 100 años de su nacimiento es rescatar a un protagonista. Contrastada por las ausencias actuales su figura surge con perfiles vigorosos.

No es el caso desempolvar crespones o como él diría "Salvar de las cenizas del tiempo los restos de una obra, para tejer una orla fúnebre más".

Nació Bermann con el siglo, no lo digo en el rigor de la cronología, más bien acudo a la dimensión fecunda del concepto, un tiempo generador de hombres nuevos.

En 1918 la Reforma Universitaria gritó su hora, e interrumpió para siempre la siesta de la tribu feudal gobernante de Córdoba "de demoradas voces de tras-mundo y sigilosa conjura" al decir de González Tuñón. De la gesta reformista Bermann, protagonista inicial, diría años más tarde "Tuve el privilegio de ser actor de la primera hora y después espectador, con la ventaja, que habiendo dejado atrás los años de mocedad, no he dejado de amarla y acompañarla sin desfallecimientos ni halagos. No sólo por que fue un factor importante en el destino continental, sino por su peculiar belleza y dignidad, por esa angustia e inquietud que la conmueven y dinamizan y es la vida misma que va creando futuro".

Bermann era río de vocación torrentosa. De su alta vertiente intelectual no podían esperarse aspiraciones mediocres ni pequeñeces formales. En un apasionante juego de contrapunto va tentando sus propios límites profesionales y científicos. Médico del Hospicio de las Mercedes, Presidente de la Asociación de Psiquiatras de América Latina, Consejero estudiantil y Director de la Biblioteca Mayor. El estudioso de la filosofía y el joven Profesor universitario. Más de un centenar de publicaciones científicas, viajero incansable, hombre de los primeros planos de la psiquiatría mundial. En fin, no es la mera enunciación curricular lo que preocupa, sino la esencia subyacente, un saber renovado y palpitante, que alejado de los arrabales metafísicos se nutre en la convulsa esencia de su medio y su tiempo.

El conocimiento del hombre, confiaría a sus íntimos, fue la vocación de su vida, desplegada en una

trama de intereses que compartiera entre otros con Alejandro Korn y José Ingenieros. Mas no es suficiente el saber teórico "Si nuestra existencia comienza con su nacimiento, no termina con su muerte. Nada extravía tanto como este engrillamiento en los escasos límites de lo individual. Es indisoluble la compenetración del destino individual con el acontecer colectivo, hasta en lo que parece más íntimo y personal. Los días de nuestros años cuentan en tanto somos parte de este proceso de superación". Este era Bermann y en su reflexión define la esencia.

Candidato a gobernador en 1932 por la Alianza Democrática Progresista y Socialista. Luego España, voluntario al servicio de la República, conocerá las cárceles por su militancia antirracista y antifascista.

Gregorio Bermann, como todo hombre de bien, vive aún después de muerto, en el recuerdo de cada uno de nosotros; su nombre levanta polémicas aún; la Universidad por la que tanto hizo, lo mantiene elegantemente proscrito, seguramente a la espera que un nuevo y poderoso viento de la historia, barra nuevamente como en el 18 tanta mediocridad acumulada y encuentre en la figura de Gregorio Bermann el paradigma intelectual y moral. Para ello hará falta una nueva Universidad capaz de contener a su egregia figura; la actual de tan pequeña le queda tan chica que no es siquiera capaz de recoger su nombre. Y si algo faltaba para completar la vigencia de Gregorio Bermann es que un hombre pequeño, pese al mandato de los Representantes del pueblo, refugiado detrás de un expediente, se resiste a cambiar el nombre de esta calle que lleva el nombre de un Obispo traidor a los ideales de Mayo por el de Gregorio Bermann\*.

Simbolismo final de una vida de luchas, por eso Bermann a 100 años de su nacimiento tiene trascendencia, es más que un recuerdo. Integrado su destino individual al destino colectivo, Bermann pertenece al futuro ■

\*Psiquiatra, Presidente del Consejo de Médicos de la Prov. de Córdoba.

\*\* (N. de la R.) El acto de homenaje se realizó en el Instituto "Dr. Gregorio Bermann" sito en la actual calle Obispo Videla del Pino.

*Presentación del Prof. Gregorio Aráoz Alfaro  
a la disertación de Gregorio Bermann*

**L**os médicos, en general, como que cultivan una disciplina científica especial y objetiva, tienden a encerrarse definitivamente en ese campo, a restringir así sus horizontes intelectuales, desinteresándose de las ideas generales y desentendiéndose de las otras ramas del saber, de las letras y de las artes.

Siempre he creído que era este un grave mal para ellos y para la colectividad. Para ellos porque los disminuye mental y moralmente y porque se privan innecesariamente de los más nobles goces intelectuales. Para la colectividad, porque siendo la medicina cada día más una ciencia social útil, y debiendo para mucha gente asumir el médico el papel de consejero y director espiritual, esa influencia benéfica se pierde o se dificulta por falta de conceptos generales, de conocimientos del mundo y del alma humana y también por deficiencia en los medios de expresión. Es común, en efecto, que los médicos —aun los profesores— hablen y escriban mal y lo peor es que en el público hay una tendencia a creer que así debe ser y que hay que desconfiar del médico que ama la literatura o el arte y habla o escribe sobre temas al margen de su profesión.

Entre nosotros, este mal se agrava aun con lo deficiente y precario de la instrucción secundaria, estrechamente utilitaria, lamentablemente pobre en humanidades y letras clásicas.

Por fortuna, ha habido siempre excepciones, honrosas excepciones para usar la expresión corriente. Médicos que han hecho honor al país como estadistas, como letrados, como publicistas, como propagandistas de ideas, han sido Rawson, Wilde, Ingenieros, Ramos Mejía, Juan B. Justo, Juan R. Fernández, Antonio Piñero, para no nombrar sino algunos de los ya desaparecidos.

A ese pequeño grupo de excepción pertenece Gregorio Bermann; médico y profesor sobresaliente, es también hombre de pensamiento, de cultura general, de amplios horizontes intelectuales, hombre que sabe hablar bien y escribir galanamente, al mismo tiempo que profundizar las cuestiones, que penetra en la médula de las cosas para desentrañar enseñanzas útiles a la sociedad y a sus discípulos.

Ya desde estudiante mostró esas cualidades poco comunes y más de una vez sus profesores debimos sentir en nosotros mismos la punta acerada de su pluma, incisiva, irónica, impregnada de gracia mordaz, nunca grosera ni vulgar.

No hace muchos años que dejó las aulas universitarias dando buena prueba de sus aptitudes filosóficas en su tesis sobre "El determinismo en la ciencia y en la vida", trabajo médico y de pensador, y ya lo vemos hoy profesor titular en la Universidad de Córdoba, colaborador frecuente de revistas científicas nacionales y extranjeras, habiendo publicado además entre tanto varios libros y monografías importantes como "Conceptos en la psiquiatría forense", "Toxicomanías", "La teoría del conocimiento en el relativismo contemporáneo", etc.

Es, pues, un hombre joven, talentoso y erudito, un alma inquieta, ansiosa de saber y de escudriñar, un espíritu ávido de progreso y de acción social, el conferenciante a quien vais a escuchar hoy. Y ya veréis cómo, tratando una cuestión que a primera vista aparece abstrusa y desprovista de interés para un público profano, se sirve de ella hábilmente para llevaros al amplio campo de la sociología y de las ideas generales en que se deleita su espíritu investigador, penetrante y ágil.



# Psicogénesis de la "locura moral"

Gregorio Bermann

*Disertación en el Instituto Popular de Conferencias de Buenos Aires, pronunciada en agosto de 1928. Editado posteriormente por El Ateneo, 1934, en dos ediciones y luego por E. Paidós en sus "Problemas psiquiátricos", 1965*

## Una patología de la moralidad



**R**esta aún mucho por explorar y delimitar en los dominios de la patología de los sentimientos antisociales.

Los sentimientos morales no son ingéritos. No se viene al mundo con el instinto natural y universal de que nos hablan Voltaire y los filósofos del siglo XVIII determinante del sentimiento de justicia o con el tacto para distinguir el bien del mal. Son un producto de la humana actividad anímica—aunque condicionada por la filogenia—, y como tal sujetos a las correspondientes contingencias.

Esta misma fluidez y subjetividad del juicio moral, éste su constante variar, impiden una severa demarcación científica. Las deformidades de los sentimientos, las actividades antisociales, toda la gama del crimen, del vicio, de la maldad, de la fantasía morbosa, las formas incompletas en el niño, y los conflictos en el neurópata, las pasiones y sentimientos más inferiores en la jerarquía moral, engendran con derecho una patología de la moralidad. Fuera del inmenso valor del conocimiento, puede contribuir a una fundamentación de la ética, dar elementos a la sociología, ayudar a la reforma educativa. La psicología ha progresado notablemente, en esta dirección, en los últimos años.

Fuertemente sugestivos para mí, he querido traer al Instituto los primeros resultados de mis estudios sobre la patología de la moralidad, no desglosada de la realidad clínica y social, en su aspecto más impresionante y discutido. Harto complejo y erizado de obstáculos,

marchando a veces entre dudas, sólo podrán apuntarse algunas direcciones<sup>2</sup>.

## Desarrollo de los sentimientos morales

Tal es la experiencia de la locura moral de los adultos hasta el presente. Nos hemos encontrado en último término ante esta valla al parecer insalvable. ¡El loco moral está ya maldito en las entrañas de la madre! Vamos a intentar forzar esta valla.

En primer lugar se tropieza con una palabra: lo instintivo, lo innato, la degeneración. Palabras terribles que infligen derrota antes de toda lucha. Y, sin embargo, es de advertir que los instintos morales son los menos congénitos, no sólo por su formación más reciente, como es sabido, sino por su extraordinaria variabilidad. No es posible hablar de los instintos morales como de algunos instintos animales, rígidos e implacables en la realización de sus propósitos biológicos.

Debemos conocer la vida afectiva y moral para comprender su perversión. Aquí está el núcleo del problema. ¿Cómo estudiarla? Precisamente uno de los caracteres de la locura moral es su precocidad. Ningún medio mejor que investigarla en el niño en el momento mismo en que nace en él y cómo se desarrolla hasta la pubertad. Sabemos que las concepciones éticas se constituyen en la infancia, de la misma manera que van integrando y contribuyen al desarrollo del cuerpo infantil el alimento que ingiere y el aire que respira. En un principio frágiles y superficiales, terminan por fijarse con más o menos intensidad en el adulto y formar parte de su temperamento y carácter. Por eso ya a priori podemos concebirlas como no innatas. Antes de considerarlas como tal, veamos cuál ha sido la contribución de la psicología experimental al conocimiento de las emociones, afectos y sentido moral de los niños. En lo que se refiere a las emociones debe recordar-

<sup>2</sup> La primera parte, dedicada a la discusión del síndrome locura moral y de su etiología, está suprimida por su extensión.

se el método seguido por Binet para la fidelidad de los testimonios; luego las pruebas emocionales mediante los elementos fármaco-dinámicos, el reflejo psico-galvánico o las reacciones de asociación mediante las palabras estímulos que se utilizan para golpear una determinada emoción. Se las ha querido medir mediante las alteraciones del pulso, de la tensión arterial, de la respiración, producidas por estímulos emocionales, y asimismo en los cambios verificados bajo su influencia en los movimientos, voz y escritura. Más nos interesa en lo que se refiere a los sentimientos morales. Para medirlos se han propuesto decenas de dibujos o problemas de faltas y delitos, cuyo orden de preferencia se conoce por las pruebas estandarizadas de numerosos problemas morales, a la manera de Binet-Simon y las muchas que las subsiguieron. Las preguntas que se utilizan para clasificar el temperamento de los menores se han empleado también para fijar las calidades éticas. Pero como bien dice Terman, el uso de estas pruebas para los rasgos morales ha probado que valían bastante menos de lo que se esperaba, pero asimismo han dado un resultado semejante a las pruebas de la inteligencia de hace unos 20 años.

Con toda evidencia, se ha mostrado en este sentido la impotencia creadora de la psicología experimental. Poco nos revela hoy acerca de la vida moral misma de las criaturas. Perfeccionados los métodos, servirán sin duda cuando se hayan descubierto para conocer aproximadamente el nivel de la vida afectiva y moral. Esto es para la psiquiatría de un gran valor, pues ya se sabe cuánto la ha beneficiado en este sentido la modesta escala de Binet-Simon.

### Inocencia o perversidad original

Debemos emplear otros medios para conocer la vida afectiva y moral: la observación y la intuición. Dos hipótesis se abren al tratarse de la naturaleza moral de los niños. Sabido es que Rousseau sostenía que no hay perversidad original en el corazón humano, no hay un solo vicio del que pudiera decirse cómo y por dónde ha entrado. El niño, un ser angelical, en el cual sólo la vida y las relaciones con los hombres sembraban los vicios que lo hacían malo y perverso.

En cambio, Lombroso consideraba al niño como un ser dotado de perversidad original. "Los gérmenes de la locura moral y de la delincuencia se hallan —cito textualmente— no por excepción, sino normalmente en la primera edad del hombre, como se encuentra constantemente en el feto ciertas formas que en el adulto son monstruosas; de manera que el niño puede representarse como un hombre privado del sentido moral, lo que es llamado por los psiquiatras un loco moral, por

nosotros un delincuente nato". Y menciona casos de cólera, venganza, celos, mentira y otros graves defectos en criaturas de la más tierna edad. Pero hay excepciones, agrega, y en plena demostración de la perversión innata del niño en "L'uomo delinquente" estalla en sollozos el dolorido corazón paterno: "e tu eri fra quelli, angiole mio, i suoi occhi dolci, vivaci, mi splendone ancora dal sepolcro, e che non sembravi godere che del compiacere altrui".

En el mismo sentido Emile Laurent considera al niño inferior al animal joven, por sus caprichos, suciedad, insubordinación y vanidad. Nace perverso, dice, prefiere el mal al bien, y repite la afirmación el doctor Rassier: "que una inclinación natural lo lleva al mal, y que si nada lo reprime, es accesible a todas las



pasiones que atormentan al adulto". Colocado el niño como Hércules, en el camino del vicio y de la virtud, sus instintos naturales lo llevarían al vicio.

### Enseñanzas del psicoanálisis

El psicoanálisis ha llegado por otro camino a un conocimiento de la naturaleza moral de la infancia que me parece tan superior a los hasta ahora conocidos que no vacilo en seguirlo. No es del caso describir ni los principios en que se funda, ni su técnica, ni los resultados sobre todo obtenidos por ese genial explorador de las oscuras vías del alma que es Freud. Lo principal para el caso es saber que, dejando de lado las nuevas y viejas maneras de la psicología, ha alcanzado sus

brillantes resultados partiendo del estudio de las neurosis. Gracias a los riquísimos elementos de conocimiento que ofrece la vida anímica de los neuróticos pudo salvar la doble dificultad hasta ahora desconocida, y penetrar hondamente el espíritu del niño: la primera consiste en que el niño aprende a disimular muy tempranamente sus pensamientos más íntimos; no se lo confiesa a él mismo, y es casi siempre incapaz de formularlos, tanto más cuanto más compleja es su trama; en segundo lugar, la resistencia inconsciente de los adultos, tan grande, a la penetración de su vida infantil, y que les impide revelarla, pues no se evoca a la conciencia por un esfuerzo voluntario.

Me ocuparé de su vida afectiva y moral —debo acentuarlo— sólo para el fin que me interesa, dejando todos sus demás aspectos anímicos de lado.

### El mundo afectivo y moral del niño

Una sola ley rige para el niño en su primera época: el placer. El placer constituye la causa primera de toda actividad y de toda conciencia

## Psicogénesis de la "locura moral"

cia en la criatura. De él deriva una manera que inspira sus actos y se manifiesta por el instinto de poder. Todo el mundo es suyo, pues no alcanza a distinguir entre lo suyo y lo mío. Todo le pertenece, el mundo entero es su dominio. La voluntad de poder es la de convertir en propio inclusive lo que es de los demás, y así el egoísmo se convierte en norma. El niño es el verdadero "único" en el sentido de Max Stirner, es el señor del mundo, el dueño de la vida y bienes ajenos, a los que sacrifica para lograr su gusto y capricho. Como no lo puede hacer materialmente, lo realiza por sus fantasías en las que suele reconcentrarse. Subordina con seductora y alegre risa todos los fines sociales superiores a sus deseos y gustos. Y si la educación en sus diversas formas y los instintos gregarios desarrollados a través de milenios no se lo impidieran, se enseñorearía del mundo conforme a su poder.

Si en el orden moral se caracteriza la criatura por ser egoísta, autoritaria y anárquica, es en el sexual, según Freud, "polimórficamente perversa". En "Una teoría sexual" demuestra cómo el niño pasa del difuso interés libidinoso por las propias zonas erógenas a convertir las personas que lo cuidan tierna-

mente —padres, parientes, personas del servicio— en el objeto de sus intenciones sexuales, con sentimientos de celos e impulsos, los que son reemplazados después o co-existen con sentimientos tiernos. Pero de esto no podremos ocuparnos con la detención que merece, no por escabroso, sino porque nos llevaría lejos.

Al cabo, estas queridas personas egoístas, autoritarias y anárquicas, que son nuestros hijos, deben ceder ante la acción del hogar y del ambiente. Así, la noción de justicia y propiedad se forman después de sufrir el dolor de ser expropiado, sufrimiento que identifica con el calificativo malo tantas veces repetido con ese motivo. En un principio las nociones éticas se nos imponen obligatoriamente, para ser luego aceptadas como deberes que emanan de la conciencia. La colectividad aspira a socializar y a encauzar las tendencias vitales de sus individuos. Por la fuerza del interés, de la simpatía, de la imitación, de la represión y de la inteligencia, del miedo y del hábito, se va precisando la distinción del bien y del mal, base del sentido moral, desde sus formas elementales hasta el imperativo categórico y la estima de sí mismo.

Esta represión de los instintos de dominio y del erotismo no se realiza sin dificultad. Y si la existencia de tales instintos en el niño sorprenden al desprevenido, más debe admirar que sentimientos agresivos dotados de tal poder se encaucen tan presto por las vías de la cultura o del bien, o simulen estarles subordinados. Y esto se debe a que los instintos altruistas elaborados por la convivencia social a través de largos milenios han llegado a ser tan poderosos como los de agresión. Ya lo sostuvo Kropotkine al complementar la teoría darwiniana. Gracias en parte a un proceso de transformación natural, la instintiva energía de dominación y la sexual se desplazan a fines sociales, cada vez más elevados. Porque hay que decir lo que es: el hombre no es únicamente el lobo de la teoría. Pascal lo decía tan bien: "Il est dangereux de trop faire voir à l'homme combien il est égal aux bêtes, sans lui montrer sa grandeur. Il est encore dangereux de lui trop faire voir sa grandeur sans sa bassesse. Il est encore plus dangereux de lui laisser ignorer l'un et l'autre. Mais il est très avantageux de lui représenter l'un et l'autre. Il ne faut pas que l'homme croie qu'il est égal aux bêtes ni aux anges, ni qu'il ignore l'un et l'autre, mais qu'il sache l'un et l'autre".

Pero lo más extraordinario de la investigación psicoanalítica ha sido la revelación del poder y significado del inconsciente, en el que viven, reprimidos, los primitivos instintos, cuya fuerza se mantiene firme desde la niñez. Lo inconsciente es el signo del psiquismo infantil; se caracteriza, como se ha visto, por su contenido principalmente sexual y por su egocentrismo cruel y absoluto. Lo inconsciente ignora los códigos morales, y como si

no existieran las consideraciones lógicas y altruistas. Lo contrario, precisamente, de lo consciente, y de ahí que están en perpetuo conflicto. En manera alguna los niños son originalmente "inocentes", pero tampoco inmorales, como afirmaba la escuela lombrosiana. Son amorales, pues no tienen la conciencia de la culpa y su actividad antisocial es sobre todo imaginaria.

Precisamente lo instintivo es el núcleo de lo inconsciente, con lo que volvemos al punto de partida. Vamos a analizar ahora algunas de las manifestaciones de este psiquismo inconsciente en cuanto origina las llamadas perversiones de los instintos.

### Génesis de la "locura moral"

Frente al concepto de innato e incorregible, en muchísimos casos debe reconocerse que el mecanismo psicógeno de la locura moral se efectúa después del nacimiento por causas propias del ambiente, por errores de educación, por faltas en el desarrollo del instinto sexual, es decir, por causas múltiples que la brevedad de la disertación nos obliga a poner en el mismo plano.

Prescindamos por ahora de las afecciones orgánicas y de toda otra causa engendradora o predisponente del mal que nos preocupa, y limitémonos a su mecanismo psicopatológico. En la imposibilidad de penetrar hoy los diversos aspectos, complejíssimos, de la génesis de la locura moral debo sólo dar un esquema, señalando únicamente algunos rasgos, desprovisto todo de la experiencia de los casos que he observado y que tanto vivifican una teoría. La mayor parte de los afectados provienen de familias desgraciadas, son niños abandonados, hijos de bebedores o de padres imposibilitados por diversos motivos para el trabajo y dirección del hogar. Los menos provienen de hogares acomodados y sufrieron fallas graves en su educación. Hablo, como se comprenderá, de los casos considerados innatos, y no de los adquiridos por la influencia de infecciones, procesos tóxicos o traumatismos.

En los llamados congénitos he notado —como queda dicho— que falta el padre o la autoridad paternal, es decir, la dirección de la casa y la fuerza, aquel que impone respeto y obediencia. Se ha dicho mucho con levantadas palabras del rol del cariño maternal en la formación de los hijos, pero se ha olvidado en las disertaciones del muy importante que tiene el padre. Es el que no sólo da la vida, sino también el que trae el sustento y no sólo el que ha dado la vida una vez por todas, sino el que continúa alimentándola día a día, y la fuerza que la orienta y la impone, sin perder autoridad como la madre, por causa del contacto permanente. Si atendemos a la concepción freudiana del origen de las religiones, la

imagen de Dios se forma a semejanza del padre carnal, jefe y señor, y la actitud personal del hombre con respecto a Dios, depende de su relación con la persona del padre. Es decir que Dios, a quien los fieles llaman padre celestial, no sería más que una sublimación del padre.

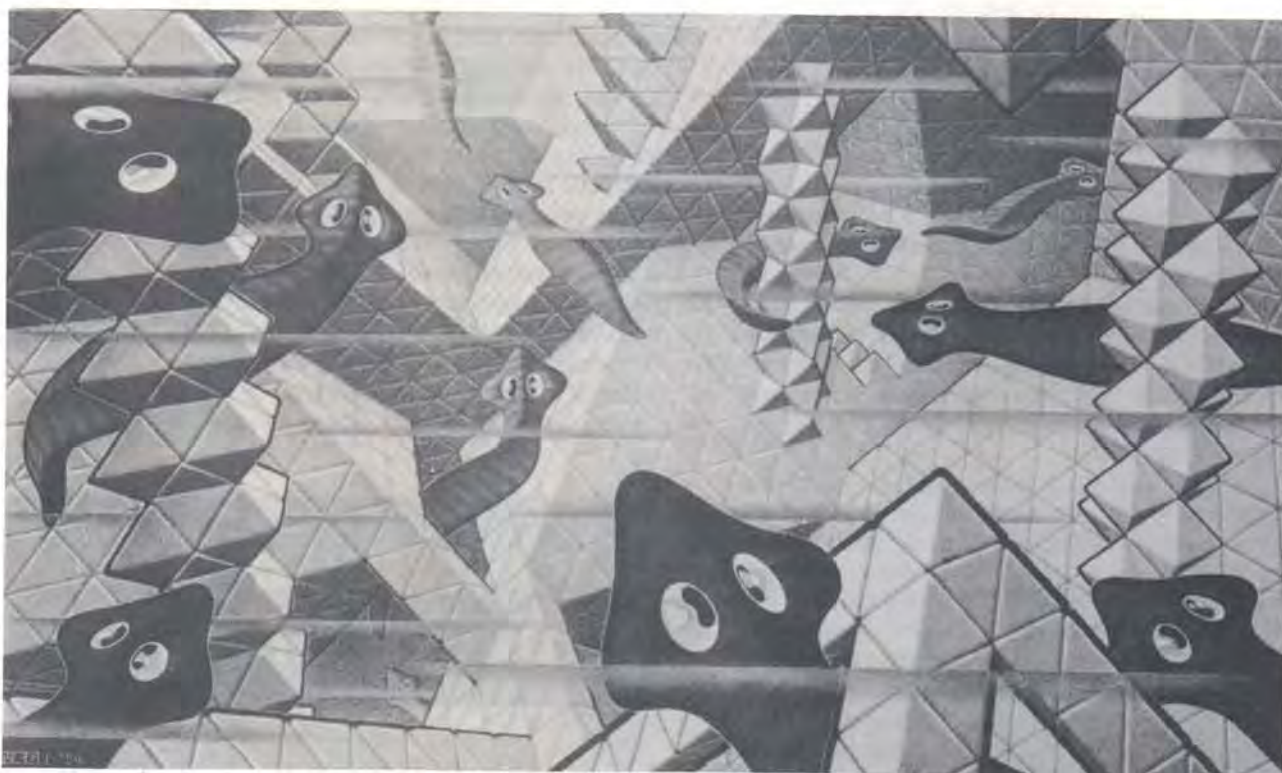
El hijo que se siente abandonado, sin que nada sustituya a la autoridad del jefe, se hace precozmente independiente, pero a menudo sin la suficiente aptitud para enfrentarse con el mundo y conquistar la parte de dicha a que se cree con derecho. Esto despierta odio contra los demás que se oponen a sus deseos y lo dota de un sentimiento de inferioridad, de un amargo sentimiento de impotencia, largo tiempo cultivado, y constantemente torturado por el temor de que se descubra su incapacidad. Es más visible en los débiles que tienen un oscuro sentimiento de su inferioridad —por el que sufren incesantemente— fuente de odio y rencor contra los demás, más afortunados. Es realísimo que sean los débiles los más llenos de odio. Y si el infeliz niño sufre por causa de otros hombres, o aun cuando les atribuya la causa sin justificarla, se torna cruel y hay en él su secreto deseo de que los

## Psicogénesis de la "locura moral"

demás sufran como él. Acompaña entonces a toda manifestación de su voluntad de poder, con actos por los que hace padecer a los demás. A veces es cruel sin necesidad aparente; entonces es cuando llega el acmé de la crueldad. Después el placer inicial, el deseo de la sangre o del sufrimiento ajeno puede convertirse en obsesión. El dolor de los otros es su placer y alegría. El análisis psicológico ha demostrado acabadamente cuán unida va esta crueldad a perturbaciones del instinto sexual; los casos de sadismo y masoquismo son formas del infantilismo psicosexual, y en último término, una fuga por vías morbosas ante relaciones sexuales normales. En otras ocasiones, cuando la educación es mal conducida, la criatura reacciona agresivamente contra el ambiente al cual no logra imponer su voluntad. Si el niño no consigue la satisfacción o al menos la satisfacción sustitutiva de sus deseos, comienza la lucha contra la armonía familiar, niega la obediencia y sigue su propio camino. A este respecto, como lo ha demostrado sobre todo Adler y su escuela de la Psicología del Individuo, deben juzgarse como condicionadas por el ambiente estas diversas manifestaciones que alteran la armonía del

niño en su hogar al principio, después con la escuela y el ambiente social, entre las que debemos mencionar la ira y la envidia, el carácter cruel la precocidad, la timidez y la corteidad, la cobardía y la mentira. Lo mismo se comprueba cuando hay un exceso de represión, o de desarrollo supernormal —como lo ha demostrado Cyril Burt con hermosos ejemplos—, o cuando el niño ha perdido la estimación por su hogar al ver a sus ascendientes caer repetidamente en el error, la mentira

destino. El proceso, muchísimo más complejo de lo que se enuncia, muestra que una desgraciada represión sexual puede impedir el pasaje del estadio infantil anterior a uno superior, y detener así el desarrollo moral y aun el intelectual, engendrando neuropatías, actividades antisociales, enfermedades mentales y otras anormalidades. Un desarrollo sexual deficiente provoca formas de infantilismo psicosexual, con crueldad y perversión, o trae una inhibición de la libido, convirtiendo al



o en el misonéismo. En vez del abierto enemigo que el hogar se crea, en vez de acentuar sus caprichos hasta la mala fe y la inquina, el niño busca en ocasiones la satisfacción de sus instintos mediante la pasividad; entonces pasa ante todos por un niño excelente, sin pensar que en tantos casos la vida con sus azares, el amor, el trabajo, los arrojan al costado del camino hundidos en la nerviosidad o el fracaso. Estos niños tempranamente nerviosos, en quienes es notoria la inestabilidad emocional, son el punto de iniciación de los fracasados, pero también pueden serlo de los genios. En este sentido el estudio psicológico del genio deberá nutrirse también en la fina observación infantil.

#### Algunos rasgos más

En este primer período del desarrollo, las actitudes de obstinación, crueldad, timidez y otras que sólo mencionamos asoman entonces para después constituir verdaderos rasgos permanentes del carácter que suele señalar el

huérfano de cariño, al abandonado, al hostigado por la fortuna, en un narcisista. La ineptitud y el fracaso los hace que inconscientemente se fijen en su niñez, el período de su vida en que conseguían el máximo de satisfacciones con un mínimo de responsabilidad. Es común que su maldad, al parecer ingénita, no sea más que una fuga a su lejana Arcadia, donde no hay terrible lucha por la vida y el amor, en la que todos sus deseos se cumplían en la realidad, o imaginariamente. Persiste en el deseo de hacer su voluntad, moverse en un mundo en que reine el placer y el capricho; se resiste a ser grande y se prende desesperadamente a su niñez, o sea una manera de vida egoísta y anárquica, que en el adulto ya no es amoral, sino que se traduce en actos y es inmoral. Entonces, ya no existe la represión maternal, siempre suave. Una vez crecido, la sociedad, la policía, lo repara en cada esquina. Y así tiene que marchar a la fuerza, a encontrones, a golpes. Por la fuerza adquiere los rudimentos de un sentido moral, no como un resultado casi orgánico de su experiencia vital, sino por la constante coerción y el sufrir-

miento. No una obligación interior, sino exterior, que ha de ser más o menos permanente para ser eficaz. Las estadísticas demuestran que la gran mayoría de los reincidentes ya lo son antes de los 20 años.

Así se originan los síntomas de la locura moral aunque no tan simplemente; a la falta de placeres propios de la edad, corresponde el odio, el rencor, la crueldad, la venganza; a un acendrado amor propio, un feroz egoísmo; a la falta de represión, el vicio y el cinismo y a la poca inteligencia e inestabilidad emocional, la anarquía de la acción, los impulsos, la violencia. Los niños formados sin padres caen en el cinismo porque ya "lo saben todo", y en la osadía y en la rebelión, porque desde temprano han aprendido a prescindir de toda autoridad. Los pudientes tienen mil recursos para ocultar estos vicios y huir de la represión exterior, pero la gente de pueblo, la de los dramas vulgares, que acontecen a diario rozándonos a todos, terminan en el arroyo o la cárcel, el hospital o el suicidio.

Es inexpresable la influencia que ejerce sobre el adulto la vida afectiva y las experiencias infantiles, que duran para toda la existencia y que tanto contribuyen a formar el temperamento y el carácter. Las afinidades afectivas y las antipatías, la actitud ante la vida y el amor, toda la misteriosa trama de nuestro temperamento obedece a estas corrientes subterráneas que provienen de las primeras experiencias. Precisamente uno de los resultados más extraordinarios del psicoanálisis, ha sido la comprobación de que el espíritu infantil persiste durante toda la vida, y permanece en una forma casi inalterable junto al espíritu del adulto que lo enmascara y lo ignora. Los instintos animales que fueron reprimidos durante la niñez, condenados por la cultura, y rechazados en las profundidades de lo inconsciente, permanecen en éste latentes, y forman su núcleo y parte más característica. Curioso es que estos instintos y deseos, lejos de permanecer inactivos, continúan siendo dinámicos en alto grado, tentando siempre romper las vallas puestas por la lógica y la moral.

Esta visión muy sumaria del desarrollo del sentido moral en el niño y de las desviaciones que puede sufrir nos permitirá comprender mejor la importancia de la educación, o mejor dicho de la formación del niño en la profilaxis de la locura moral.

### El gran rol psicopedagógico del médico

Entro a un campo grato a la medicina. Las ciencias y el espíritu médico poseen gran poder para orientar la formación normal como para corregir la patología de niños y adultos. Ya sostuvo Descartes que en el porvenir la medicina sería, entre todas, la ciencia normativa por excelencia, y Cabanis creyó, con excesiva

ambición, que correspondía buscar los medios directos y enseñorearse de las generaciones futuras trazando directivas al género humano.

El interesante movimiento por la renovación educacional que se exterioriza en las múltiples corrientes de la "escuela nueva", y tiene en el país inteligentes intérpretes en el doctor y la doctora Rezzano, surgió del interés médico-pedagógico por los anormales. Para no recordar sino Europa, y sólo en parte, médicos fueron Binet y Simón que estudiaron la inteligencia de los niños e intentaron medir su nivel, médicos de anormales en Francia, Roubinowitch y Boncour; y lo es Montessori, cuyo método se inspiró en el conocimiento de los retardados; también Demoor, Decroly y Vermeulen en Bélgica, que tanto han hecho por los anormales; en Suiza el gran Claparède, Pfister, Bovet y muchos otros están íntimamente vinculados a los psiquiatras de su país; Freud y Adler en Austria, a quienes debe tan grandes servicios la psicoterapia y la educación infantil, grandes educa-

## Psicogénesis de la "locura moral"

dores que no deben hacer olvidar, sin embargo, a los esposos Bühler, a Fürtmüller, a Allers y otros. En Europa Central el movimiento por la comprensión del niño enfermo y su correcto desarrollo cuenta con intérpretes de la importancia de Czerny, Ziehen, Oppenheim, Bernfeld, von Feer, Finkelstein, Nassau y tantos otros, sin olvidar el grandioso movimiento médico -tan difundido también en Estados Unidos- a favor de la higiene mental y de una buena educación. Es evidente cómo de la psicología y psicopatología de la infancia ha surgido la presente reforma educativa. La educación vuelve a hallar su centro en la psicología.

### Consecuencias de la medicina psicogenética en la educación y tratamiento de nerviosos y delincuentes

El interés de médicos y pedagogos céntrase en la mejor manera de aprovechar las ricas energías psíquicas infantiles, sin menoscabo de su personalidad y legítimos intereses, para que hallen, en la medida de lo posible, los valores de carácter y de la cultura en armonía con los altos fines de la época. Se reconoce, por fin, la importancia capital de la vida anímica de los primeros años.

Fuera de lo indicado para la profilaxis so-

cial de los menores abandonados y delinquentes precoces, de los medios económico-colectivos para evitar el dolor y la miseria, la consolidación de la familia sana, el tratamiento de las dolencias, la profilaxis de las enfermedades hereditarias, faltan aún medidas para evitar que los niños caigan en la maldad y la perversión.

Adler vio bien que el Estado y los filántropos llegan a menudo tarde en auxilio de los menores abandonados —¡cuando llegan!— pues comprobamos que muchos engrosan después las filas de la delincuencia adulta, del vicio,

nes.. Así lograremos el dominio decisivo del que puede ser enemigo interior: el inconsciente. Una aclaración sexual (nunca la mentira) es necesaria en época adecuada.

La fórmula debería ser: interiormente limpio y exteriormente independiente, para que pueda dedicar con máximo beneficio sus energías bajo la afectuosa mirada de padres y maestros, a un aprendizaje feliz, el fin biológico de su edad.

No hay que olvidar, por otra parte, que la civilización con sus peligros, la vida familiar con sus mentiras y luchas, parecen especial-



del alcoholismo, de la neurosis o de la psicosis. La escuela misma agota los castigos o las medidas disciplinarias sin lograr remedio y en ella se exteriorizan las faltas que engendró el hogar o la falta de hogar. Viven muchos bajo un exceso de autoridad o de disciplina que les hace perder la confianza en sí mismos. El retorno a Rousseau, sentidamente reclamado, es indicio de que se ha comprendido al niño. No hostigándolo con una dirección excesiva se evita la obstinación, la rebeldía, la agresión y el orgullo, la exaltación del amor propio, ni abandonándolo del todo a su albedrío. Es necesario a veces aclararles los motivos que los mueven, descubrir, con la consiguiente delicadeza, las causas de sus impulsos, timidez, maldad, agresiones y malos hábitos. Especialmente importante es la liberación de las inhibicio-

mente creadas para envenenar la atmósfera del niño y del joven, y llevarlos al odio y a la agresión. Junto a las nuevas fórmulas educativas corresponde la lucha por un tipo superior de cultura y de civilidad.

En los niños o menores que sufrieron por causas interiores o ambientales una detención de su desarrollo, que se manifiesta por una delincuencia precoz, hay que favorecer la derivación de las cargas afectivas. Debe dárseles ocasión para que encuentren algo en la vida que querer y no odiarlo todo. Hay que proporcionarle placer, satisfacer el inextinguible anhelo de bienestar que le ofrece un aumentado sentimiento de vitalidad, la mejor arma contra la debilidad moral, el escepticismo en sí mismo. Esto es lo que ha hecho de manera admirable y adelantándose con humana intuición a toda

teoría, la comisión asesora en la colonia R. Gutiérrez. No habla de asilo, sino de hogar, que lo es, y alegre, sano y vivo. Desvanece su odio, su reconcentrado rencor, sus malos hábitos, sobre todo porque da ocasión a los menores de llenar su función biopsicológica y entrar con alegre paso en la vía del aprendizaje y de la cultura.

En los últimos años se han agudizado entre nosotros las polémicas en torno del problema de la educación y reeducación de los menores, abogándose por un tipo de colonia-escuela para los abandonados, y otro de estricta disciplina y régimen militar para los reincidentes. No es exacta esta división, pues hay menores reincidentes a los que un régimen militar y de castigo actúa excitándolos a la rebelión, como la camisa de fuerza sobre los agitados. La experiencia del reformatorio de Olivera es a este respecto terminante. Es en este sentido que von Liszt pudo decir que nuestras penas no mejoran al delincuente, ni ejercen sobre él función preventiva, lo que es verdad, sobre todo para los anómalos. Antes que resolver la segregación y la dura disciplina hay que ofrecer al menor mil ocasiones de sublimar sus tendencias convertidas en antisociales, ayudarle a franquear las etapas que no pudo vencer, proporcionarle los medios de desarrollo para que salve las fases en que ha quedado detenido. Es necesario reconocer, empero, que hay menores —a los que un cuidadoso examen médico-psicológico puede despistar— que ya están perdidos; para éstos no hay más medios que la segregación, al menos por un tiempo.

Desgraciadamente, no me es posible emitir en esta conferencia todo mi pensamiento sobre esta cuestión tan compleja e importante.

De intento he prescindido hasta ahora de los factores orgánicos y otros que predisponen a la eclosión de la locura moral. Como médico no desconozco todo lo que un organismo o un cerebro tarado o enfermo puede significar en la formación de esta enfermedad moral, y le doy toda la trascendencia que se merece. Sobre algunas causas orgánicas heredadas o adquiridas ha tratado finamente Adler en su difundida teoría de la *Minderwertigkeit*, o sea la minusvalía física. El especialista en niños reconoce esta relación de lo físico con lo anímico y comprueba mejor que otros esta impresionante verdad: que el perverso o el malo es tantas veces un débil, un enfermo. Tampoco es posible desconocer que en muchos de los anormales hay una insuficiencia más o menos notable del instinto de simpatía, o sea del que está en la base de los sentimientos sociales y de una vida solicitaria. En fin, no echo en olvido ninguna de las taras físicas o espirituales.

Pero de intento he procedido hasta ahora como si el espíritu del perverso fuera una tabla rasa. He querido remontarme con toda decisión hasta las más profundas raíces psíquicas que han engendrado su maldad. Y he comprendido que si hay locos morales por naturaleza, los hay otros por debilidad, por oculto

agravio contra el ambiente, por inhibiciones afectivas y sexuales que impiden su desarrollo normal. Como se comprende, entre ambas categorías hay un abismo que el sociólogo, el educador y el criminólogo deben contemplar cuidadosamente. Y todo nuestro esfuerzo se ha dirigido en tal sentido. A veces llegamos al término de la exploración, se agota la explicación del fenómeno morboso, sin que podamos hacer gran cosa. Queda, así, el íntimo goce de comprender, y prácticamente también puede servir para dilucidar otros misterios similares.

### Vencer la trágica Moira

Las ciencias médicas van logrando un maravilloso dominio del cuerpo: transforma despojos en seres humanos, prolonga la vida, restablece o mantiene funciones aparentemente muertas, resucita criaturas que parecen destinadas a la tumba y las transforma en hombres aptos, y nada podrá contra los males morales. No se va a salvar al demente y al toxicómano, al suicida y al perverso, cuando ya ha terminado el proceso de su perturbación. Tampoco lo con-

## Psicogénesis de la "locura moral"

sigue ningún clínico con el cardíaco, el renal o el tuberculoso en vías o al término de su mal. En su iniciación y en el desarrollo, en cambio, ¡cuánto no se puede hacer! Es bien sabido que cuando se trata de males morales, la cuestión es mucho más difícil que si son físicos. Pero ¿qué es la ciencia? ¿para qué el esfuerzo? ¿por qué la inexhausta pasión por lo mejor? ¿cómo se ejercita el valeroso poder del hombre?: aclarando el misterio, conquistando el mundo, persiguiendo implacablemente las fatalidades, venciénolas. Cada vez debemos conceder menos a las fuerzas ciegas y más al poder humano.

Gracias a este esfuerzo ya no podremos repetir frente a todo "loco moral", que había nacido con indeleble estigma, con un sino inexorable e infausto para sí y para los demás. Gracias a la labor analítica hemos logrado disociar los instintos, remontarnos a sus orígenes, mostrar cómo la culpa no es siempre original, sino tantas veces de los padres, educadores o del ambiente, y por tales medios aclararlos y dirigirlos. Con ello evitamos la Moira trágica para el supuesto condenado y un peligro para la sociedad.

Aquel nuestro compañero de infancia y de juventud, el mejor, más ágil y capaz de nuestro grupo, el que parecía destinado a los más altos fines, ¿debió caer después inevitablemen-



te en un alcoholismo abyecto y morir degradado? ¿Pudo haberse salvado!... Con la sentida modestia del que sabe hasta dónde llega su poder, es posible negar tantas veces al Pantchalantra indio cuando afirma, abandonándose a

la fatalidad: el destino escribe sobre nuestra frente una línea compuesta de letras; el más sabio ni con la inteligencia puede borrarla.

Los hombres podemos también combinar algunas letras sobre la frente del niño ■

## Bibliografía

- Adler-Furtmüller, *Heilen und Bilden*. 2ª ed. 1922.  
 Adler A., *Entwicklungsfehler des Kindes*.  
 — *Trotz und Gehorsam*.  
 — *Zur Erziehung der Eltern*.  
 — *Wo soll der Kampf gegen die Verwahrlosung einsetzen?*  
 — *Le tempérament nerveux*, Payot ed. 1926.
- Allers R. y Freund E., "Über einige Fälle von Schwerkinderbarkeit und von kindlicher Kriminalität". *Zeitschr. f. die ges. Natur. un Psych.* 1926.
- Arenaza C. de, Trabajos al Vº Congreso Panamericano del Niño. Buenos Aires, 1927.
- Bermann G., *Toxicomanías*. El Ateneo, Bs. Aires y Córdoba, 1926. *Una nueva familia psicopatológica de envenenadores*. "La Sem. Méd.", 1928.
- Blanchard Phillips, *The Adolescent Girl*. N. York, 1924.
- Bonaparte M., *La Prophylaxie infantile des Névroses* ("Revue Fr. de Psychanalyse", T. IV Nº 1).
- Burte C., *The Young Delinquent*, 1925.
- Cady V. M., *The estimation of juvenile incorrigibility*, "Journal of Delinquency". "Monograph", 1923.
- Castellano N., *La locura moral ante la capacidad civil*, 1921.
- Chesser E., *Health and Psychology of the Child*. London, 1925.
- Claude y Vervaeck, *Mesures méd. administratives*, etc. "Ann. de M. Légale", 1927.
- Courbon P., *De l'influence de la guerre sur la délinquance juvénile en Alsace-Lorraine*. "L'Encéphale", 1920.
- Credner L., *Verwahrlosung*, in *Handb. der Individualpsychologie*. Leipzig, 1926.
- Czerny, *Der Arzt als Erzieher des Kindes*. 6ª ed. Deuticke, 1922.
- Delgado H. F., *El psicoanálisis en la escuela*. "Rev. de Psíqu. y Disciplinas conexas", Lima, junio 1919.
- Delgado H. F., *El des. psíquico del niño*, id., julio 1919.
- Delgado H. F., *Significado genético prospectivo de la experiencia infantil*. id. febrero 1920.
- Dupré, *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*. Payot, 1925.
- Febé Ch., *Dégenérescence et criminalité*.
- Fernández H., *Segundo Cong. N. de Medicina*. Octubre, 1922.
- Ferri, *Sociología Criminal*.
- Ferriani L., *Delinquenti astuti e fortunati*.
- Fray Mocho, *Viaje al país de los matrones*.
- Freud S., *Obras*.
- Freudenberg S., *Erziehungs — und Heilpädagogische Beratungsetellen*. Leipzig, Hirzel, 1928.
- Fribourg Blanc, *Les réactions antisociales au cours de l'enceph. epidém.* Ann. de M. Légale. Julio, 1928.
- Georget, *Discussion médico legale sur la Folie*. 1826.
- Healy W., *The individual Delinquent*, Little, Brown, Boston 1915.
- Heller Th., *Über Psychologie und Psychopathologie des Kindes*, Springer, 1925.
- Heuyer y Badonnel, "Nécessité de l'examen médical pour tous les enfants délinquants". Ann. de M. Légale. 1926, pág. 392.
- Lazar E., *Medizinische Grundlagen der Heilpädagogik*, Springer, 1925.
- Le Fort, "La protection de l'enfant contre l'abus de l'autorité paternelle en Médecine". Ann. de M. Légale. 1928, pág. 30.
- Levi Bianchini M., "Educazione e psicologia individualistica in rapporto ad alcuni tipi di bambini difficili". "Infancia anormale". II Congreso Med. Pedag. Nazionale.
- Lombroso, *L'uomo delinquente*. 4ª ed. 1887.
- Lombroso, *Pazzi ed anormali*.
- Lósoy I., "Krankung u. Verwahrlosung". (En Symposium de Adler y Furtmuller.)
- Mandolini, *Concepto de la locura moral*. Tesis F. de Med. de Buenos Aires, 1917.
- Maudsley, *Patología de la inteligencia*. Trad. esp. 1880.
- Maxwell, *Le crime et la société*.
- Memorias del Patronato de Menores, Com. H. de Superintendencia de la C., Hogar R. Gutiérrez. Bs, As. 1923-8.
- Mergendorffer Fr., "Klimigche und genealogische Untersuchungen über" "Moral Insanity". *Zeitschr. f. a. ges. Newologie and Psychiatrie*. T. LXVI, 1921.
- Moreno A., *Niñez abandonada y delincuente*. Bs. As, 1921.
- Pascal, *Pensées*.
- Pfister O., *La psychanalyse au service des éducateurs*. Berna, 1921.
- Porto Carrero J., "O caracter do escolar segundo a psychanalyse". *Rev. Brasil. de Psychanalyse*. San Pablo, junio de 1928.
- Prichard, *A treatise on insanity and other disorders affecting the mind*, London 1835
- Proal L., *L'éducation et le suicide des enfants*, Alcan 1907.
- Redlich y Lazar, *Über kindliche Selbstmörder*. Springer 1914.
- Kobin G., *Les haines familiales*, Docum. bleus, 1926.
- Roubinovitch, Boncour y Heuyer, "Examen Neuro-psych. des enfants délinquants". *Ann. de M. Légale*. 1927, pág. 442.
- Rousseau J J., *Emile, ou de l'Education*.
- Schmidt V., *Psychoanalytische Erziehung in Sowjetrusland*. Berich. Intern. Psych Verlag. 1924.
- Seelmann K., "Das nervöse und schwererziehbare Kind" (in *Handl. d. Individual-psychologie*, 1926).
- Stern E., *Gesundheitliche Erziehung*. V. Braun, Karlsruhe, 1928.
- Tanzi y Lugaro, *Psichiatria*. T. II. 1916.
- Terman, *La Medición de la inteligencia*. Trad. de A. Samonati., Montevideo.
- Wexberg E., *Individualpsychologie* Heizel ed. Leipzig 1928.

## L'ÉVOLUTION PSYCHIATRIQUE

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

*Rédacteur en chef: Yves Thoret*

**4 Números por año**

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

# La locura en Córdoba Desde la Colonización a la Organización Nacional

José Luis Fitó

Médico Psicoanalista. Miembro de la Comisión Directiva de la Asociación de Psiquiatría de la Pcia. de Córdoba. Miembro del Grupo de Salud Mental y Sociedad. Itzaingó 670 9° "C". Córdoba.

*El pasado es como el sol durante la noche: no se deja ver, pero está y es seguro que va a volver.*

*Y si no estas preparado, te cegara.*

Mempo Giardinelli.

(Santo Oficio de la Memoria).

## I. El dispositivo sanitario

### El Hospital Santa Eulalia

El primer Hospital que se abrió en lo que es hoy la Provincia de Córdoba data del 8 de febrero de 1576. Así consta en el Folio 123 de las Actas Capitulares del Cabildo, Justicia y Regimiento de la Ciudad de Córdoba, Provincia de la Nueva Andalucía correspondiente a esa fecha(1). Hay que señalar que están recopiladas las Actas desde el 5 de Julio de 1573, es decir un día antes de la fundación de la Ciudad, el día 6, por Don Jerónimo Luis de Cabrera.

No habían transcurrido entonces 3 años desde la fundación y Córdoba tenía hospital y sería "en memoria de la bienaventurada Señora Santa Eulalia" y "al servicio de Dios Nuestro Señor y amparo de los pobres". Se le asignó según la misma Acta "una cuadra de cuatro solares como aparece en la traza de esta Ciudad".

De acuerdo con la traza proyectada por el Fundador el 28 de agosto de 1573(2), y que quedó definitiva el 11 de Julio de 1577, la ciudad quedaba limitada al norte por lo que hoy es Santa Rosa y Lima y al este Santiago del Estero y Paraná y al sur Boulevard Illia y San Juan y al oeste Bolívar y Jujuy; o sea diez cuadras de este a oeste por siete de norte a sur. La manzana que correspondió al Hospital estaba ubicada entre lo que es hoy Paraná, Obispo Salguero, Corrientes y Entre Ríos. (Ver anexo).

Cuando en 1615 se funda el

Hospital de San José, el Santa Eulalia queda incluido en el San José. A principios del 1700 el estado del Hospital es descrito como "caído y maltratado" por lo que el 29 de septiembre de 1704, el Cabildo dispone que el Mayordomo, Don Gabriel García, debía realizar trabajos de reconstrucción(3).

Hasta 1737 la orden de Los Hermanos de San Juan se hizo cargo de la atención de los enfermos.

### El Hospital San Roque

Este Hospital fundado en 1762 por el Obispo Doctor Diego de Salguero y Cabrera empezó a funcionar en un sitio distinto al actual hasta el 1800, año en que fue levantado al lado de la Iglesia de San Roque.

Sólo queda del viejo Hospital parte de un claustro y la Iglesia.

El investigador Abdulio Trucco y el arquitecto Buschiazzo citado por Fernán Rueda han aportado datos interesantes sobre la famosa "sala de los nichos"(4) o enfermería de hombres con capacidad para 30 pacientes. En 1799 se aprueban los planes para la construc-





ción de la enfermería de mujeres. El antecedente es que en 1775 se había instalado una similar en El Pilar.

El fundador puso el Hospital a cargo de los Betlemitas quienes sostuvieron su misión hasta 1850(5). Se les llamaba "Barbones" por la barba que llevaban; eran médicos, enfermeros y boticarios y parece que se destacaban en estos menesteres. Esta orden es la única considerada Americana y se extendió desde México a Argentina ocupando cargos médicos en los Ejércitos Libertadores de San Martín y Bolívar.

Las instalaciones sirvieron como Hospital Militar hasta 1905. Abdulio Trucco ha relatado en forma pormenorizada la internación de heridos y enfermos de batallas desde la época del Virrey Ceballos en 1777, pasando por las Invasiones Inglesas de 1806 y 1807 hasta soldados del Ejército Restaurador en 1840 y de la batalla de Las Playas en 1863(6).

### Los médicos

A comienzos del siglo XVII, el barbero Martín Fonseca pide permiso al Cabildo (1607) para ejercer funciones de médico, por no haber profesores de esta ciencia en la ciudad, fundamentando su solicitud en haber hecho

muy buenas curas y además que no hay cirujano con mas experiencia que él. Esta solicitud fue aprobada el 7 de noviembre de 1607.

En 1612 Pablo de Bide presenta los títulos correspondientes y el Cabildo le otorgó permiso para ejercer el oficio de Cirujano.

En 1620 se firma un contrato con J. de Luque, Licenciado en Medicina para atender la curación de pobres en el Hospital como así mismo de Españoles e Indios y proveerlos de medicina.

En 1640 el Doctor Gaspar Cardozo Pereyra con título de la Universidad de Coimbra, en Portugal, se presenta ante el Cabildo y éste dispone el 30 de Julio que en adelante no curará sino él en la ciudad.

En esta época la población estaba en alrededor de 240 españoles más indios y negros.

La escasez de médicos es un problema crónico y en 1826 la Sala de Representantes autoriza al gobierno a contratar un facultativo en Buenos Aires y en 1843

el Gobernador Manuel López designa Protomédico al Dr. Luis Tomini ya que era de imperiosa necesidad el tener un facultativo y de reconocidas aptitudes.

La población de la Provincia alcanza los 90.000 habitantes(7).

## II. El dispositivo jurídico administrativo

En 1622 ya existía la cárcel, y esto lo sabemos porque una inundación ocasionada por el arroyo La Cañada el 24 de octubre de ese año ocasiona entre otros daños el deterioro del edificio. Como estas inundaciones se repiten, en 1675, se inicia la construcción del Calicanto, muro que aparte de contener las aguas desbordadas, sirvió en una época para el fusilamiento de reos sentenciados a muerte(8).

Como la fuga de presos era un hecho común hacia 1691-92, el Cabildo dispone la construcción de cepos para los condenados por causas graves. Estos cepos fueron los primeros en instalarse y ya veremos qué importancia cobran en esta reconstrucción histórica de la locura en Córdoba.

Por la época (1695) hay una resolución que ordena que no haya "bullas de gente, en especial con guitarras, debido a los continuos alborotos en las pulperías", destinada sin duda a los sectores populares y una carta del Obispo Mercadillo al Rey que data de 1699 en la que consigna el excesivo caudal de libros circulantes y la necesidad de impedir la propagación de algunos contrarios a las buenas costumbres.

No puede pasar desapercibida la evidente política represora y moralizante del poder dirigida a las clases sociales populares por un lado y a los pensadores o intelectuales por otro.

El siglo XVIII permite seguir paso a paso la preocupación primordial: la lucha contra los indios y su posesión a través de las encomiendas, sumándose a este sistema productivo la introducción de negros esclavos traídos de Africa por los Ingleses.

Al mismo tiempo se incrementa aun más el poder del clero y es frecuente la visita de altas autoridades de la Iglesia que llegaban a la ciudad.

Se prohíben las corridas de toros y se prohíbe el uso de armas cortas, cuchillos, bolas, macanas u otras, so pena de 200 azotes y 2 años de destierro. Tales medidas se justificaban por "...Los muchos desórdenes e insolencias de los Criollos, Indios y Yanaconas".

En 1752 se construye la nueva cárcel y había en la provincia alrededor de 22.000 habitantes, de los cuales 1.500 eran españoles. La ciudad contaba a mediados de siglo con 8.000 habitantes.

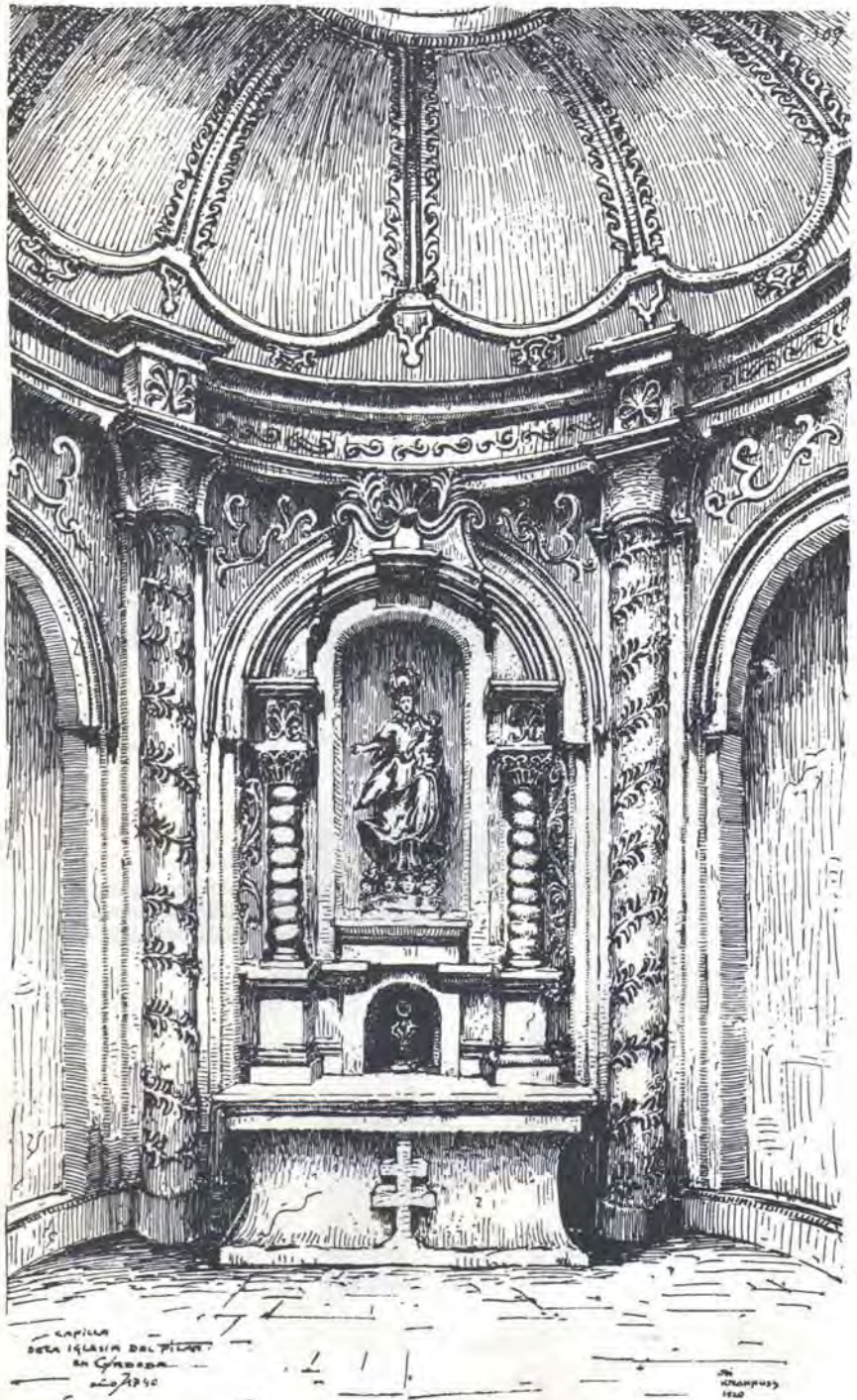
En 1780 se prohíbe "el uso de fuegos artificiales" "que perturban en muchas partes la paz y la quietud pública".

En 1784 llega el Marqués de Sobremonte, primer Gobernador Intendente; al año siguiente dicta el Reglamento de Policía, dividiendo a la ciudad en 6 barrios, estableciendo las primeras comisarías, la prohibición de armas, molestias nocturnas, contralor de vecindad y atención de menores. Cuatro años después, en 1789, reglamenta los gremios de Córdoba, contemplando la situación de los huérfanos y jóvenes ociosos.

En esta línea de organización y control social, y en una actitud moralizante en 1790 prohíbe los juegos indecentes o provocativos en carnaval y arrojar agua desde las casas a los que transiten.

Al mismo tiempo, la caridad cristiana aparece en la escena local, en forma organizada en 1796 a través de la Hermandad de la Caridad de Nuestro Señor Jesucristo, primera Sociedad de Beneficencia de Córdoba.

Como ilustración anecdótica en ese mismo año (1796) el negro Pedro Bracamonte se casa con la española María Mercedes Heredia. Desde Madrid llega un oficio al Gobernador ha-



ciéndole presente que no es conveniente que se mezclen familias desiguales.

Cincuenta años antes, en 1746, Juan Bruno, vecino de alguna fortuna se casa con una mulata. Las señoras principales de la ciudad elevan al Cabildo una solicitud pidiendo que se prohíba a la joven salir a la calle o ir a la

Iglesia con vestidos de seda, mantón, alfombra ni sirvienta y así lo aprueba el Cabildo bajo pena de 500 pesos y pérdida de las prendas enunciadas y de la sirvienta.

En la primera mitad del siglo XIX se siguen en Córdoba las alternativas del resto del país: Invasiones Inglesas, Revolución de Mayo, Declaración de la Independencia y Guerras Federales.

En 1824, bajo el gobierno de Bustos termina la vida política del Cabildo y aparece la Administración de Justicia con Jueces Letrados en lo Civil y Criminal, Defensores de Pobres y Menores y Procurador General.

### III. La locura: Un secreto o crónica de un encierro anunciado

Tendrán que pasar casi 250 años desde la Fundación para que podamos encontrar el primer dato registrable que dé una pista cierta sobre el tratamiento que recibían los enfermos mentales. Será gracias a un inventario del Hospital San Roque que data del 1 de marzo

de 1813 que consigna que hay *lugares secretos* en un pasaje que va al corralón(9). Pero habría que esperar todavía hasta 1819 para que un informe deleve el secreto: "había un corralón al que conducía un pasadizo secreto, en cuyo trayecto había entre otras dependencias los *lugares secretos* y el *cepo* con herrajes para locos"(10). Este instrumento subsistió hasta 1863(11).

Sin embargo pareciera que todos estos esfuerzos por contener y esconder lo indeseable no fueron suficientes.

La locura y el loco irán imponiendo un orden administrativo que divide tajantemente a los enfermos de los que no lo son y la locura queda atrapada en los *cepos* al igual que la criminalidad, nociones erigidas sobre el vector de la peligrosidad real o imaginaria, que hay que hacer desaparecer de cualquier manera.

Esta división apunta en realidad a mejorar la atención de los pacientes que no padecen trastornos mentales. De hecho esta discriminación hunde sus raíces profundamente en valores sociales y culturales ligados a una filosofía y una ética desde la que se margina, se desecha, se excluye.

Vendrá aquí la caridad cristiana a llenar el espacio que el poder le asigna en la organización social de una provincia y un país que ponen proa al futuro y al progreso. Cuando el 27 de abril de 1856 se inaugura la Sociedad de Beneficencia el Ministro del Gobernador Roque Ferrera, Doctor Fenelón Zuviría les diría a las abanderadas de la filantropía: "... vais pues a ocupar el puesto que Dios, el mundo civilizado, el Superior Gobierno y el Pueblo os designan"(12).

A mediados del siglo XIX, organizar la nación y la provincia con todo un proyecto de ilusión y optimismo implica acabar con la "barbarie" como contrapartida de la "civilización"; de un lado quedaban los locos (extravagantes, vagos, mendigos, violentos) y por el otro los cuerdos (trabajadores, cristianos y con familia fundada). Así la en-



fermedad mental es más un problema social que médico. Puede seguirse el recorrido trazado por la noción de locura desde aquello oscuro, secreto, de lo que no se puede hablar sino en los claustros confesionales, pasando por los enfoques político-sociales hasta la creación de los aparatos institucionales que forman el dispositivo organizado ideológica y políticamente para dar cuenta de aquello que no encajaba en el modelo de organización nacional a que la burguesía de la época aspiraba.

Para eso habrá que profundizar y modernizar la reforma del sistema sanitario y judicial que se da en la segunda mitad del siglo XIX.

Si bien en un primer momento, la culpa y la locura fueron una misma cosa (culpa de estar poseído por el demonio, culpa por ser un "gaucho alzado" o un "gaucho malo") la organización social lleva lenta pero inexorablemente a través de tres siglos a que la culpa quede en manos del dispositivo jurídico y la locura en las del dispositivo sanitario. Como dije en otro trabajo "el loco se ve privado de la libertad, esa libertad que la Declaración de los Derechos del Hombre finalmente ha reco-

nocido; pero estar alienado de hecho implica quedar alienado de derecho"(15).

El Código Civil Argentino, redactado por un cordobés, el Doctor Dalmacio Velez Sarsfield y que es Ley en la República desde el 1 de enero de 1871 lo consagra en el artículo 54:

"Tienen incapacidad los dementes", frase que corona, parafraseando a García Márquez, la Crónica de un encierro anunciado.

A pesar de esto las cosas no fueron mucho mejor. Las Damas de la Sociedad de Beneficencia, en 1870, hicieron un convenio con la misma de Buenos Aires para internar enfermos en los hospitales de la Capital(13). Existía desde 1854 el de mujeres y desde 1863 el de hombres. Aún habiéndose fundado en Córdoba el primer Asilo de Dementes en 1888 y el definitivo en 1880, se seguían enviando los pacientes a Buenos Aires por falta de recursos; se los abandonaba en Plaza de Mayo o en la del Retiro o Paseo de Julio, de donde los recogía la policía para su internación. En Córdoba era también la policía la encargada de arrestar a estos pacientes para ir a encierro(14) ■

#### Notas bibliográficas

1. Actas Capitulares. Libro Primero págs. 225-228, Archivo Municipal de Córdoba, Córdoba, 1974.
2. Actas Capitulares. Libro Primero, Apéndice, Archivo Municipal de Córdoba, 1974.
3. Historia de Córdoba. Rodolfo de Ferrari Rueda, Bifignandi Ediciones, Córdoba, 1968.
4. Córdoba Colonial y Poética. Rodolfo de Ferrari Rueda, Edición del Autor, Córdoba, 1945.
5. La Medicina en Córdoba Félix Garzón Maceda, Buenos Aires, 1917, Tomo II.
6. Abdulio Trucco. Conferencia pronunciada en 1942 en el museo histórico de Córdoba y citado por Ferrari Rueda.
7. Historia de Córdoba. Rodolfo de Ferrari Rueda, Bifignandi Ediciones, Córdoba, 1968.
8. Rodolfo de Ferrari Rueda. Obra Citada.
9. La Medicina en Córdoba. Félix Garzón Maceda, Tomo II, Buenos Aires, 1917.
10. Idem.
11. Citado por Efraim V. Bischoff. Cuando nacía una esperanza, Edición Conmemorativa del Hospital Neuropsiquiátrico, 1990.
12. Idem.
13. La Medicina en Córdoba. Félix Garzón Maceda, Tomo II, Buenos Aires, 1917.
14. Historia de la Policía de Córdoba. Víctor Retamoza, Córdoba, 1982.
15. Juicio de Insania. Rol del Médico. Algunos Antecedentes Históricos, Doctor José Luis Fitó, Vertex Nro. 6, Vol. II, Diciembre 1991, Enero y Febrero de 1992, Buenos Aires.

## L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE

Revue mensuelle des psychiatres des hôpitaux

L'INFO  
PSY

10 Números por año

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



## Hay sobreadaptaciones y sobreadaptaciones

Roberto Gómez Fernández

Médico Psiquiatra.

Yerbal 6384 1° "4" (1408) Buenos Aires.

Tel.: 642-0490 - 781-3554.

---

*"Por la vigencia en la memoria de las obras de David Liberman y de Enrique Pichon-Riviére"*

### Nota preliminar

Probablemente, cada uno habrá de encontrar casos y pormenorizaciones que contribuyan a efectuar salvedades a las formulaciones generales del siguiente trabajo.

El autor propone algunas excepciones en el epígrafe.

---

Luego de repasar rápida y sucintamente la evolución de las ideas en el mundo de la psiquiatría, habremos de señalar y especular teóricamente acerca del contraste que se observa entre el desarrollo de la *productividad* y la *creatividad científica* entre los países del norte con respecto a los del sur de América.

Una vez hecha la salvedad acerca del respeto por la evidente policausalidad del fenómeno y por la consideración de las interesantes hipótesis (económicas, sociales, políticas, etc.), que diferentes disciplinas efectúan sobre estos tópicos, intentaremos aportar algunos desarrollos explicativos a partir de una perspectiva psicosocial.

### Algo de historia

Si logramos aceptar que la historia es de algún modo el conjunto de los cambiantes universos culturales y simbólicos que produjeron las sucesivas comunidades y civilizaciones humanas, estaremos muy próximos a admitir que la idea de salud cambió, por que cambió la historia. Si hablamos de la idea de salud para los griegos de la época de Hipócrates, o la idea post-cartesiana o post-freudiana de la salud, es debido a que el universo simbólico de la persona es el que ha cambiado. Según su teleología la idea de salud ha ido mutando.

Nuestra especialidad, pero especialmente la *idea de un hecho psicopatológico* nace con la Era Moderna; claramente a partir de que las civilizaciones de Occidente le van negando aceptación a la "Ciencia Demonológica", y desde que los embrujados y poseídos son resignificados socialmente como enfermos mentales.

En general, podemos estar de acuerdo en que una mejor y progresiva comprensión y tratamiento de las psicopatologías devino con el transcurrir de los tiempos. Pero también es cierto, que es dable observar un cierto movimiento pendular en la conceptualización a lo largo de la historia de lo que es hoy para nosotros la enfermedad de la mente: si los regímenes sociales y culturales avanzaron en el sentido del estímulo de las "libertades individuales" y en la dirección del incremento de la actividad del pensamiento individual y crítico, fue entonces cuando se pudo *distinguir e identificar* dentro del vasto horizonte de la exclusión social a quienes eran carentes de una eficacia en la organización de sus procesos psíquicos (nuestros enfermos de hoy en día). En cambio, cuando las sociedades tuvieron una apreciación forzada y uniforme de la realidad, fue cuando se comprendió a los enfermos mentales como a unos *pares de otras maneras de la marginalidad* (delincuencia, vagancia, prostitución, pobreza, in-

digencia, desahuciados varios, etcétera).

### América Latina Algunas preguntas

Si se está dispuesto a examinar seriamente la evolución de las ideas psiquiátricas en latinoamérica, y no a observarlas como a una "singular curiosidad folklórica regional", podríamos detenernos en una época axial: a principios del siglo XIX.

El tratamiento médico que recibía un paciente en los manicomios de París o de los Estados Unidos, era igual que en Argentina, por dar un ejemplo. La menor parte de las veces la indiferencia, y muchas veces la asimilación de los alienados a las otras formas de desintegración social, era todavía por aquellos días el común denominador en todas las geografías. El desarrollo posterior sería espectacularmente diferente.

Pero, si durante los ochocientos comienza a aparecer un surco que en forma cada vez más ancha divorcia al Norte del Sur de América en lo industrial y en lo tecnológico, es en el ámbito de la productividad y originalidad para la creación de ideas e hipótesis científicas donde también (¿o fundamentalmente?) se empieza a generar una enorme brecha, ... aún tan difícil de suturar ... ¿Qué sucedió? ... Retomaremos este interrogante más adelante.

### Consideraciones acerca del sentimiento de identidad

El sentimiento de identidad de los grupos de una comunidad suele estructurarse alrededor de ciertos factores culturales y sociales. Este sentimiento de identidad brinda pertenencia y a la vez un confort básico a la personalidad de cada uno de sus miembros. Puede además tomarse como fun-



damento y esencia para el estímulo de la creatividad y del espíritu científico, según podríamos inferir a medida que avancemos en las siguientes reflexiones.

A continuación, aspiramos a mostrar algunas consideraciones teóricas donde el interés está puesto en la intención de buscar y detectar una serie de escollos que dificultan la unidad y la estructuración de aquellos factores culturales y sociales necesarios para una identidad, latinoamericana en el caso que estudiamos. *Identidad positiva, necesaria y constituyente del terreno primario y propicio para una mayor creatividad y productividad científica.*

### Un eje orientativo para el análisis

Más arriba habíamos dejado suspendida una indagación.

Si el caso fuera que no acepta-





mos las explicaciones desde disciplinas únicas, y tomando en cuenta el enfoque psicosocial: ¿Que diferentes motivaciones pueden haber contribuido a la separación norte-sur, en el sentido enunciado?

Hemos creído necesario remontarnos a épocas que nos aportasen puntos de partida para el análisis. Y es indudablemente antes del proceso independentista en las Américas, donde hallamos un eje referencial para la lectura de algunos eventos psicosociales.

Dado que indudablemente la trama cultural de sendos grupos sociales norte-sur, ya era diferente antes de las divergencias que se presentaron desde el siglo dieciocho ¿cuáles fueron las distinciones que se presentaron en las fases de la conquista y la coloni-

zación en cada una de las regiones?

Esa red intersubjetiva de normas, que determina los comportamientos con respecto a los valores compartidos entre los miembros de una comunidad, ya era distinta para entonces en cada una de las sociedades, la del norte y la del sur de América.

América del Norte fue habitada por colonos holandeses e ingleses imbuidos del espíritu de la Reforma, y muchos llegaron escapando de la represión y opresión religiosa. Los motivaba fuertemente el deseo de libertad en un nuevo contexto.

El conflicto en la Europa de entonces, entre las ambiciones de la clase media surgente y los ideales religiosos ascéticos, es aceptado por los historiadores como una de las causas de gran envergadura del nacimiento del Protestantismo; y un factor subterráneo medular, y vigente desde entonces desde allí en más, como semilla de las futuras democracias liberales y capitalistas. De manera que los colonos del norte que emigraron con sus propias familias, pudieron permitirse fomentar desde un principio las ideas de trabajo lucrativo, ahorro e inversión.

Latinoamérica fue colonizada por los hijos del absolutismo monárquico. Militares, hombres solos (sin sus familias)... en los mejores casos. Perseguían el tan mentado poder del oro, la plata y las piedras preciosas.

Lo de América del Norte puede considerarse de alguna forma, como una trasposición social, en contraste con lo ocurrido en el Sur con los colonos de la península ibérica. Españoles y portugueses generaron un doble sentimiento material y moral, que habría de producir un tipo de mestizaje producto de la violencia física, y cargado de rencores, odios, frustraciones y envidias.

Estas redes culturales que fuimos describiendo, subyacen a la organización y a las instituciones que se dan los pueblos a sí mismos.

Así, mientras el Norte avanzó en general, hacia una sociedad orgánica y económicamente abierta, el Sur lo hizo hacia formas autoritarias y centralizantes.

Merece un abordaje más deta-

llado el proceso de la conquista y de la colonización en América Latina.

### El Sur

La derrota militar de las civilizaciones nativas y de los pueblos nómadas pre-colombinos produjo la supresión violenta de sus códigos y de sus valores, y el derrumbe de las tramas de significación que le daban un sentido trascendental a la existencia de sus miembros. El bien y el mal, sus sueños y sus desvelos dejaron de ser lo que fueron desde siempre, y no lo volverían a ser jamás.

Con la pérdida de la vigencia universal de los ancestrales mitos y tradiciones, aparecería la ausencia brusca del sentimiento de confort y amparo que se suele obtener de una comunidad cuando el rendimiento de la conducta de la persona está en relación con los ideales de la misma.

Si bien hay un primer momento en el que los códigos de la cultura dominante y la dominada pueden coexistir, más adelante la necesidad adaptativa de supervivencia de los sometidos, constituye en éstos un tipo de personalidad compatible con lo que hoy conocemos como "*sobreadaptación*", generándose un "falso yoismo".

A partir de aquí el colonizado está obligado a verse a sí mismo desde la mirada del colonizador. Se ve a sí mismo y se identifica, de acuerdo a cómo lo ve la mirada prejuiciosa y rígida de quien lo coloniza: inferior, dependiente e imprevisible. De esta manera los nativos al introyectar este "falso yo" le dan un "como sí de verdad" a la relación vincular estructurada en la conquista y en la colonización. Como un esquema fundacional quedará una impronta autoritaria en el imaginario social.

Así como las aristocracias nativas imitaron a la sociedad española, los grupos libertadores se equiparon ideológicamente con el espíritu de la Revolución Francesa con el mismo modelo incorporativo. Y cada vez que se importaron ideas relacionadas con "el modernismo o el progreso" se hizo bastante a-críticamente.

Aunque mucho menos, todavía



hoy perduran los rasgos de personalidad dependiente de la autoridad, fuertemente idealizada al comienzo de un vínculo lleno de ilusiones. Aquella autoridad, luego de la inevitable frustración de tamañas ilusiones y demandas, es sentida como todopoderosa y explotadora. Persiste una suerte de goce-ante-el-fracaso-propio- que- hace-sentir-la-impotencia-al-otro, al gobernante, sucedáneo de los colonizadores en el imaginario social.

Postulamos la riqueza del concepto que en la literatura conocemos como "*sobreadaptación*", por lo que intentaremos atravesar con él algunas situaciones referentes a la identidad de los grupos comunitarios.

Lo de "falso o pseudo" quizá tenga que ver con que la conducta operativa manifiesta de la persona no se integra con los contenidos nucleares de su identidad

(los que permanecen en el inconsciente).

El hecho de idealizar a la persona que lo sojuzga, se debe a que en el circuito vincular se homologa el ser-sometido con el ser-amado (identificación con el agresor temido).

En esta situación, la persona sobreadaptada-colonizada procura satisfacer a un Ideal del Yo patológico y fusionado o poco diferenciado del Ideal del Yo de la nueva organización social de la que pasó a formar parte. Muchos ajustes a la realidad, son "pseudo-ajustes", en el sentido de que no han sido adaptaciones producto de un proceso de elaboración de un duelo, por una depresión, que pudo haberse debido a la pérdida de un anterior estado comunitario.

Así, con esta sobreadaptación, se evita la angustia que se ocasionaría si se enfrentasen las contradicciones. Como estas últimas no se elaboran ni se procesan, se inhibe la función de capacidad sublimatoria y crítica para muchos procesos psíquicos. Se cierra así el circuito que dificulta los proyectos y los emprendimientos creativos.

Al estudio del "splitting" cuerpo-mente que es frecuente describir en la sobreadaptación del paciente psicossomático, es probable que progresivamente se le vayan sumando indagaciones, que desde un enfoque múltiple (histórico, psicossocial, antropológico), investiguen a esa otra disociación: "el splitting cultural", que nos deviene a partir del post-cartesianismo.

Las relaciones de los grupos comunitarios, ya sea en forma más o menos mítica y mágica o de un modo más o menos técnico y científico, seguramente serán reformuladas en un nuevo nivel a partir de la detección de los "tributos" que cada uno de los "somos" le rinde a la eficacia del progreso (enfermedades psicossomáticas, depresiones narcisistas, estrés y otros).

### Finalmente

Hemos querido aportar nuestro enfoque sin afán de cerrar el camino a toda otra explicación posible a las problemáticas tratadas.

Por otra parte, es evidente que cuando estén presentes las dificultades psicossociales descritas, y cuando la voráGINE ocupacional sea tal que deje poco espacio para el pensamiento reflexivo, probablemente no se compita por investigar más y mejor, sino entre quienes puedan ser los pioneros en importar conocimientos.

También es cierto, por otro lado, que la Psiquiatría en su faz comunitaria no debe hacerse cargo de solucionar problemas sociales más allá de lo que le es posible.

Muchos coinciden en que, en los últimos años, los contactos científicos más frecuentes, el auxilio de modernos medios masivos de comunicación y algunas otras mejoras, han dado la oportunidad de agregar visiones más abarcativas e integrativas, que

pueden ayudar en la búsqueda de soluciones a partir de una progresiva identificación de los verdaderos problemas en cada campo de la ciencia.

A medida que la Psiquiatría madura en Latinoamérica se verá que toda adquisición de una identidad positiva tiene sus riesgos.

Pero seguramente, la disposición para la apertura y la capacidad para tolerar la tensión dialéctica entre los distintos capítulos del quehacer asistencial, y entre las diversas teorías y "escuelas", conduzca quizás a la ausencia de atavismos dogmáticos, y pueda transformarse en un signo positivo para la identidad latinoamericana en nuestra especialidad.

De modo que el alivio de los sectarismos y reduccionismos científicos, puede en última instancia perseguir la integración de los conocimientos interdisciplinariamente, a los efectos de la cura del paciente. Y quizás este aspecto integrativo y sincrético se constituya en el futuro en un rasgo positivo del carácter de las tendencias de la psiquiatría en América Latina ■

Trabajo leído por el autor en el XIV Congreso Mundial de Psiquiatría Social. Hamburgo, Alemania, 5-10 junio 1994.

El punto "Sur" fue leído en el X Congreso Argentino de Psiquiatría. Mesa: "Aspectos clínicos y terapéuticos de la Sobreadaptación", Río Hondo, Argentina, 12 junio 1994.

### Bibliografía

#### y otras fuentes de consulta

1. Aulangier, P., "El aprendiz de historiador y el maestro de brujo". Amorrortu, Buenos Aires, 1986.
2. Castoriades, C., "La institución imaginaria de la sociedad". Tausquets, Barcelona, 1989.
3. Dorner, K., "Ciudadanos y locos. Historia Social de la Psiquiatría". Taurus, Madrid, 1979.
4. Ferrali, J. C., Gómez Fernández R., Griselli S., "Consideraciones acerca de la Identidad y el rol del psiquiatra frente al hecho psicopatológico" Rev. Psiquiátrica Práctica N° 2, año 2, págs 1-3, Buenos Aires, 1994.
5. Foucault, M., "Historia de la locura en la Epoca Clásica" Fondo de Cultura Económica, México, 1979.
6. Lardiez González J., "Historia de la Psiquiatría Universal y Argentina" Promedicina, Buenos Aires, 1991.
7. Liberman D., Grassano de Piccolo E., Neborak de Dimant S. y otros, "Del cuerpo al símbolo" Ananké, Chile, 1993.
8. Loudet, O. y Loudet E., "Historia de la Psiquiatría Argentina" Troquel, Buenos Aires, 1971.
9. Mc Nall Burns E., "Las civilizaciones de Occidente" Siglo Veinte 12a edición.
10. Mariátegui J. (compilador a cargo), "La Psiquiatría en América Latina" Losada, Buenos Aires, 1989.
11. Montevechio, B., "Metáfora de la Conquista" Kargieman, Buenos Aires, 1991.
12. Pichon Rivière, E., "El Proceso Grupal. Del psicoanálisis a la psicología social" Nueva Visión, Argentina, 1984.
13. Ribeiro, D., "Las Américas y la Civilización" C. E. de América Latina, Buenos Aires, 1988.
14. Saurí J., "Historia de las ideas psiquiátricas" Lohlé, Buenos Aires, 1969.
15. Vezzetti H., "La Locura en la Argentina" Paidós, Buenos Aires, 1985.



## LECTURAS SEÑALES

*Fernández Couto, Rogelio. La operación psicoanalítica.* Edit. Xavier Bóveda, Bs. As., 1994, 264 páginas.

El presente texto surge de la compilación de diez trabajos del autor –casos clínicos y conferencias– enmarcados en la tarea comenzada conjuntamente con un grupo de psicoanalistas en el ex-Centro de Salud Mental N° 2 M.C. B.A. y continuado en la Fundación Centro Psicoanalítico Argentino hasta la actualidad.

Los trabajos presentados muestran el desarrollo de una experiencia clínica de diez años de evolución que se integra y articula en lo expresado en el prólogo y la conclusión.

N. A. C.

**La ciudad del discurso, Psicoanálisis e Instituciones.** Nueva Serie, N° 1, Bs. As., 1994.

En esta Revista se intenta recuperar la discusión, hace ya mucho tiempo planteada, acerca de la posibilidad de la práctica del Psicoanálisis en las Instituciones públicas o privadas y los interrogantes que esta práctica suscita.

En esta primera entrega encontramos trabajos de psicoanalistas argentinos y extranjeros entre los que se destaca un artículo de Germán García y una entrevista al Dr. Ricardo Soriano, Director de Programas de Salud Mental de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

N. A. C.

### acta psiquiátrica y psicológica de América latina 40° Aniversario

La continuidad de un emprendimiento cultural en nuestro país es una hazaña digna de realzar. Mayor aún es nuestra felicitación si se tienen en cuenta las borrascosas aguas, sociales y políticas, que debió atravesar Acta desde su aparición como Acta Psiquiátrica y Neurológica Argentina en 1954.

El piloto férreamente persistente de esa nave editorial, cuyas páginas recibieron las contribuciones de generaciones de trabajadores de la Salud Mental de nuestro país y de Latinoamérica, fue y es el Dr. Guillermo Vidal, decano de la prensa médica argentina en nuestra especialidad. Lo acompañaron y acompañan lúcidos y destacados colegas como Directores Asociados y miembros de su Comité de Redacción.

Acta, como todos sabemos, ha sido hito de referencia bibliográfica en la formación de todos nosotros y, proyectándose al continente, en la de innumerables psiquiatras de países hermanos.

El hilván de artículos, crítica de textos, comentarios de eventos científicos, etc., que han desgra-

En el número anterior de Vertex, se consignó a Introducción al diagnóstico de las psicosis de Goldar, Rojas y Outes como edición de Ed. Galerna, cuando en realidad pertenece a Editorial Salerno.

nado sus páginas constituyen un tesoro testimonial de las últimas décadas de nuestro quehacer, una fuente inapreciable de la memoria colectiva abierta a investigaciones futuras. En secuencia histórica con otras memorables publicaciones de nuestro medio tenemos a Acta. Aunque a diferencia de aquellas, cuyas colecciones reposan, terminadas, en los anaqueles de las bibliotecas, Acta se proyecta con un renovado ímpetu hacia el futuro.

En ocasión de nuestro primer año de existencia tuvimos el orgullo de recibir el aliento del Dr. Vidal desde las páginas de Acta, apoyo que se renovó en posteriores comunicaciones personales. Tal espaldarazo no pudo menos que contribuir a renovar nuestra decisión de seguir creando este otro aporte que sigue la estela de publicaciones que los psiquiatras argentinos nos merecemos y que Acta lleva adelante con la gallardía de las naves capitanas ■

Juan Carlos Stagnaro

### “Nuevos desafíos: Clínica, Neurociencias y Psicoterapias”

Simposio Regional de la  
Asociación  
Mundial de  
Psiquiatría y XI  
Congreso  
Argentino de  
Psiquiatría



Organizado por  
Asociación de Psiquiatras  
Argentinos  
(APSA)

Si usted necesita información adicional o asistencia, conectarse con Roger Montenegro, o Miguel Angel Materazzi, APSA, Asocia-

ción de Psiquiatras Argentinos, San Martín 579, 2° Piso, (1004) Buenos Aires, Argentina

Telefax: 54-1-393-3059/3381/3129

*Fechas importantes:*

30 de noviembre de 1994: Límite para el envío de resúmenes.

31 de diciembre de 1994: Fecha límite para registrarse tempranamente con tarifa reducida.

### "El cuerpo en psicoanálisis"

El pasado 20 de agosto el Dr. Dominique Wintrebert, Director Asociado de Vertex para Europa, médico psiquiatra y miembro de l'Ecole de la Cause Freudienne dictó, en ocasión de su reciente viaje a nuestro país, una Conferencia sobre el tema: "El cuerpo en psicoanálisis" en la Biblioteca Freudiana de Santa Fe.

El acto organizado por Espacio Las noches clínicas y la Biblioteca Freudiana de Santa Fe fue auspiciado por la Universidad Nacional del Litoral (UNL), el Ceride (Conicet, UNL) y la Secretaría de Cultura de la Municipalidad de Santa Fe.

### II Congreso Mundial de Estados Depresivos



*Simposio Internacional de Ansiedad y Pánico*

*Organizado por el Depto. de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo*

Desde el 12 al 15 de octubre se realizó en Mendoza este evento científico presidido por el Prof. Dr. Jorge Nazar. Lo acompañaron en la Comisión Organizadora distinguidos colegas quienes recibieron a más de mil participantes entre los cuales varias decenas de invitados extranjeros de primer nivel. Estuvieron representados países latinoamericanos (Chile, Uruguay, Brasil, Paraguay, México y Venezuela), los EE.UU y países eu-

ropeos (España, Alemania e Inglaterra) y africanos (Marruecos).

Divididas e Conferencias, Sesiones Plenarias, Paneles, Workshops y Simposios satélites, las Actividades Científicas permitieron la presentación de alrededor de 150 trabajos seleccionados por el Comité del Congreso. Vertex publicará en breve un Suplemento con una selección de ellos y otras publicaciones harán lo propio par difundir entre quienes no pudieron asistir al evento las ponencias que se presentaron.

El clima mendocino, de fiesta, acompañó cálidamente este encuentro que contó con una organización precisa y un marco de excepcional calidad técnica audio visual prestado por los Salones del Centro de Conferencias utilizado para tal fin.

Dos cursos previos al Congreso fueron dictados por el Prof. José Luis Ayuso Gutiérrez (Clínica y Terapéutica de la Depresión en la Tercera Edad) y el Prof. Héctor Pellegrina Cetrán (La Depresión desde la perspectiva de Xavier Zubiri) respectivamente.

Las Conferencias fueron desgranándose alrededor de las temáticas siguientes:

"Aspectos biológicos de la ansiedad" Prof. Dr. Helmut Beckmann

"Aspectos sociales de la depresión" Prof. Dr. Jorge Alberto Costa e Silva.

"Clasificación antropológica de la depresión" Prof. Dr. Driss Mous-soui.

"Clasificación de las depresiones basadas en la composición y el consenso: Implicancias para la práctica, educación e investigación" Prof. Dr. Thomas Ban.

"Depresión e identidad" Prof. Dr. Alfred Kraus.

"Depresión y ansiedad en la adolescencia" Prof. Dra. Amelia Musacchio de Zan.

"Desde la angustia vital al pánico disorder" Prof. Dr. Juan José López Ibor.

"El malestar en la cultura y los estados depresivos" Prof. Dr. Abel Orlando Pugliese.

"La depresión en el contexto de la clínica médica" Prof. Dr. Pascual Ballus.

"Modernismo, postmodernismo y la angustia del hombre" Prof. Dr. Armando Roa.

"Sintomatología psicopatológica

y fenomenológica de los estados depresivos" Prof. Dr. Gerd Huber.

Intercaladas con las conferencias se produjeron las 17 Sesiones Plenarias, 14 Paneles, 3 Simposios satélites y 2 Workshop antes mencionados.

En suma, un esfuerzo considerable, un saldo muy positivo y otro hito en la rica historia de la Psiquiatría mendocina que contribuye una vez más a enriquecer el acervo de nuestra especialidad. El dinamismo protagónico y la calidez de anfitrión del Profesor Nazar fue incesantemente evocado en las conversaciones de los participantes. Elogio merecido por quien generó, junto a sus colaboradores, un evento que validó ampliamente la calificación de mundial que llevó por título ■

J. C. S

### Primeras Jornadas Atlánticas de Psiquiatría

*Sociedad de Psiquiatría y Psicología Médica de Mar del Plata*



*Capítulos de Psiquiatría Biológica, Psiquiatría Forense y Psicoterapias*

*Primer Encuentro de las Sociedades de Psiquiatría de Mar del Plata, La Plata y Rosario Mar del Plata*

*24 al 26 de Noviembre de 1994 Torres de Manantiales Apart Hotel Alberti 445*

### Comité Organizador

*Presidente: Dr. Diego Otamendi*

*Vice Presidente: Dr. Carlos Guevara*

*Secretario General: Dr. José Curia*

*Tesorero: Dr. Marcelo Eiras*

*Secretarios: Dr. Pablo Bagnati, Dra. Elizabeth Chiclana, Dr. Norberto Gargiulo, Dr. Guillermo Luján, Dr. Gabriel Moro, Dr. Marcos Podruzny, Dr. Juan Carlos Paquez, Dra. María del C. Sáenz, Dr. Juan C. Turnes, Dr. Roberto Villalón*

*Co-organizadores:*

*Dr. Roberto Fernández Labriola (Capital Federal)*

*Dr. José L. Carrera (La Plata)*

*Dr. Osvaldo Salvarezza (Rosario)*

*Comité de Honor*

*Dr. Alberto Bertoldi, Dr. Rubén*

Córsico, Dr. Otto Dörr-Zegers, Dr. Horacio Etchegoyen, Dr. Vicente Galli, Dr. Carlos Maragoto, Dr. Roger Montenegro, Dr. Manuel Suárez Richards, Dr. Guillermo Vidal, Dr. Héctor Warnes.

#### Comité Científico

Dr. José Luis Carreras (Presidente de la Sociedad de Psiquiatría de La Plata), Dr. José Curia, Dra. María Julia Dentone, Dr. Marcelo Eiras (Capítulo de Psiquiatría Biológica), Dr. Roberto Fernández Labriola, Dr. Alejandro Lagomarsino, Dr. Jorge Nazar, Dr. Diego Otamendi (Presidente de la Sociedad de Psiquiatría de Mar del Plata, Capítulo de Psiquiatría Forense), Dr. Marcos Podruzny (Capítulo de Psicoterapias), Dr. Osvaldo Salvarezza (Presidente de la Sociedad de Psiquiatría de Rosario), Dr. Juan Carlos Turnes.

Secretaría: S.C.R. Carlos Pellegrini 3775 (7600) Mar del Plata. Tel/Fax: 023-517191.

### Perspectiva Psiquiátrica

Es el nombre del Boletín Informativo de la Asociación de Psiquiatría de la Provincia de Córdoba que ya va en este año por su séptima entrega.

Su director es José Luis Fitó y la Secretaría de Prensa está asegura-

da por Norma Acuña y Claudia Manzo (ver en recuadro adjunto). El conjunto de la gestión de los colegas cordobeses no puede sintetizarse en estas breves líneas. La importancia de lo que está desarrollándose en Córdoba, de a poco, seriamente, será objeto de una nota central de Vertex en nuestra próxima entrega. Digamos, mientras tanto, que se pronuncia desde allí y se plasma en el Boletín (eufemismo: la diferencia entre Boletín y Revista no la da la tecnología que subyace a su presentación sino la densidad de los conceptos que desgranar sus páginas, y Perspectiva Psiquiátrica ya está anunciando lo que es: una revista de opinión en la especialidad). Hay toques de talento, tomas de posición, respeto por la diferencia, seriedad científica, continuidad histórica...

En un tiempo de escepticismos fáciles, en el que sostener una posición ética ante la incertidumbre es muy duro, Perspectiva Psiquiátrica nos dice que desde Córdoba, (no nos sorprende) se pueden esperar cosas... de las buenas...

J.C.S.

### Carrera de Posgrado en Psiquiatría y Psicología Médica

Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de La Plata

Departamento de Graduados

Se inicia en mayo de 1995

La Carrera de post-grado de Especialista Universitario en Psiquiatría y Psicología Médica tiene como objetivo general, con la tradición y en el amplio marco de influencia de la Universidad Nacional de La Plata, la formación universitaria, a lo largo de tres años de intenso trabajo diario teórico práctico, de Médicos Psiquiatras capacitados para desarrollar acciones en las tareas de la prevención, asistencia y tratamiento de los problemas relacionados con la Salud Mental.

#### Cuerpo Directivo

Director: Prof. Dr. Néstor M. S. Koldobsky

Sub-Director (Psiquiatría): Prof. Dr. Manuel Suárez Richards

Sub-Director (Psicología Médica): Prof. Dr. Luis Dapino

Coordinador Interdisciplinario: Prof. Dr. Alberto Bertoldi

Coordinador Pedagógico: Dr. Jorge Folino

Coordinador Asistencial: Dr. Pedro Gargoloff

Secretario: Dr. José Carrera

#### Plan de Estudios:

##### 1er año:

1. Historia de la Psiquiatría I: Mundial
2. Bioestadística
3. Neurobiología- Neuropsiquiatría
  - 3.1. Neurofisiología y Neuroquímica
  - 3.2. Genética
4. Psicología Médica I - Psicofisiología; - Neuropsicología; - Psicología Médica
5. Semiología - Semiología Psiquiátrica; - Semiología Neurológica
6. Terapéutica Psiquiátrica I
  - a) Psicofarmacología a.1. Fundamentos de Neurobioquímica y Farmacodinamia . a.2. Psicofarmacología clínica. b) Psicoterapias

##### 2º año

1. Historia de la Psiquiatría II: Nacional
2. Metodología de la Investigación
3. Psicología Médica II - Psicofisiología; - Neuropsicología; - Psicología Médica
4. Psicopatología I
5. Psiquiatría Clínica I General
6. Psiquiatría Forense I
7. Terapéutica Psiquiátrica II a) Psicofarmacología a.1. Fundamentos de Neurobioquímica y Farmacodinamia. a.2. Psicofarmacología clínica. b) Psicoterapias

##### 3er. año

1. Psiquiatría Clínica II a. infantil; b. del adulto; c. del geronte
2. Terapéutica Psiquiátrica III a. Psicofarmacología a.1. Fundamentos de Neurobioquímica y Farmacodinamia. a.2. Psicofarmacología clínica. b. Psicoterapias
2. Psicopatología II
3. Psiquiatría Forense II
4. Psiquiatría Social y Comunitaria
5. Administración en Servicios de Salud Mental

#### CURSOS OBLIGATORIOS

Los alumnos cumplirán con las siguientes actividades implementadas por el Departamento de graduados:

Asociación de Psiquiatras de la Provincia de Córdoba  
Comisión Directiva APsPC

Presidente Dr. Carlos Ahrensburg

Secretaria Dra. Graciela Lucatelli

Tesorero Dr. Horacio López

#### Vocales Titulares:

Dra. Raquel Icksonas

Dr. Miguel A. Bonetto

Dra. Cristina Mosca

Dr. Osvaldo Navarro

Dra. Norma Acuña

Dr. Mario Sassi

Dr. José Luis Fitó

#### Vocales Suplentes

Dr. José M. Willinton

Dr. Carlos Guijón

Dr. Lenadro Dionisi

Dr. Roland Colina

Dra. Claudia Manzo

Dra. Silvia Cardozo

Dra. Ana M. Alberti

Revisores de cuentas

Dra. Rosa Sorzana

Dra. Susana Will

Dr. Carlos Pico

Av. Maipú 269 - Tel./Fax: 051-231290

1er. Año:

*Bioestadística y epidemiología*

2do. Año:

*Inglés Técnico I y II.*

3er. Año:

*Humanidades Médicas. Medicina Legal. Med. Sanitaria.*

#### Sede

La Carrera de Post Grado de Especialista Universitario en Psiquiatría y Psicología médica tendrá como sede central de sus actividades al Pabellón para Enfermos Agudos del Hospital "Dr. A. Korn" de Melchor Romero, que cuenta con una educación moderna, con espacios adecuados para la actividad docente, ambientes de fácil acceso y comunicación. El pabellón es lugar de consulta externa, admisión y tratamiento en la fase aguda o subaguda de sus desórdenes, por un altísimo número de pacientes provenientes de muy variados lugares de residencia.

Se están implementando convenios para posibilitar la concurrencia, intercambio o pasantía, por diferentes instituciones del país o del extranjero.

#### Actividades Teóricas

Se desarrollarán clases con la tendencia permanente a tener las características de una orientación teórico práctica, con una activa participación de los alumnos durante la clase, en la preparación del material didáctico, búsqueda bibliográfica y en la presentación de los pacientes. Se usarán métodos audiovisuales (videos, retroproyección, diapositivas). Serán invitados docentes nacionales y extranjeros. Se estimulará la participación y los aportes en todos los eventos científicos que se desarrollen en el país o en el extranjero. Se harán ateneos clínicos, ateneos bibliográficos y seminarios.

#### Actividades Prácticas

Los alumnos tendrán una activa y creciente participación en los servicios de internación, consultorios externos y servicios de tratamientos especializados (familia, grupales, infantiles, toxicomanías, etc.). Participarán en los pasajes de sala, en discusión de casos clínicos, en la confección de historias clínicas, en el seguimiento de pacientes y en toda otra reunión clínica que se realice en los

diferentes servicios. Se los estimulará para tener una integración en cada lugar de trabajo, que no solo le permita cumplir con las etapas del aprendizaje, sino que les permita a la vez tener un conocimiento de las actitudes, pensamientos y metodología de cada unidad terapéutica en el enfrentamiento de los problemas diarios que allí surgen.

Los alumnos realizarán pasantías por servicios nacionales y extranjeros.

#### Evaluación

1. Periódicamente se realizarán evaluaciones de las asignaturas propedéuticas con las siguientes pruebas:

1.a. Pruebas prácticas

1.b. Lista de cotejo

2. Los cursos complementarios contarán con sus propios métodos de evaluación. Tales cursos deben ser aprobados para que su peso horario sea considerado válido.

3. Anualmente se realizará evaluación sumativa de las asignaturas propedéuticas con las siguientes pruebas:

Prueba escrita mixta con ítemes de base semiestructurada y de base estructurada:

#### Evaluación Final

Para optar al título de Especialista Universitario: se realizará un examen final con Profesores invitados, nombrados por el Departamento de graduados de la Facultad de Ciencias Médicas, conforme con las reglamentaciones.

#### Trabajo de Investigación

Al finalizar el tercer año el graduado presentará un Trabajo de Investigación, cumpliendo con las Reglamentaciones de la Facultad, el cual deberá ser aprobado en primera instancia por el Director del Curso, y posteriormente frente a un Tribunal examinador designado por el Departamento de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas.

#### Ingreso

La selección se realizará conforme con las Reglamentaciones vigentes en la Facultad.

La selección incluirá los siguientes requisitos:

- Prueba escrita de conocimientos básicos

- Evaluación del "Curriculum Vitae" y de los antecedentes de rendimiento académico.

- Entrevista individual.

Para informes dirigirse a: Prof. Dr. Néstor M. S. Koldobsky Tel /fax (021) 24-4706, Dr. José Carreira: Tel (021) 51-7134; Cátedras de Psiquiatría y Psicología Médica, Hospital A. Korn, Calle 520 y 173, Melchor Romero.

### II Congreso Argentino de Psicoanálisis

25 al 28 de mayo de 1995

Mendoza

*Fundamentos de Psicoanálisis - Revisión y Confrontación*

Fragmento del Mensaje del Presidente del Comité Organizador, Dr. Simón Zogbi

"Es un hecho conocido la notable extensión que han adquirido en nuestro medio las fronteras donde se ha asentado el conocimiento y la práctica de nuestra disciplina. De este II Congreso Argentino esperamos que sea el encuentro donde se pueda hacer observable este creciente desarrollo de nuestro mundo científico y poder efectivizar lo que deseamos sea un fructífero intercambio de ideas.

"El tema central "Fundamentos de Psicoanálisis - Revisión y Confrontación", elegido para esta circunstancia, reúne los descubrimientos que conforman los pilares fundamentales del psicoanálisis y pretendemos que en relación a ellos se puedan desarrollar e intercambiar los aportes de diversos esquemas referenciales teóricos que posibiliten el enriquecimiento mutuo y el surgimiento de nuevas ideas.

"Proponemos como forma para desarrollar el trabajo, tomar como base un material clínico, previamente seleccionado, a partir del cual se pueda generar el intercambio de ideas, desarrollar el pluralismo y las discusiones creativas.

"Está programado asimismo la posibilidad de presentar trabajos libres, la organización de Work Shops y trabajos aplicados al tema central, en donde pueda expresarse la productividad individual".

Convocan, auspician y organizan:

Asoc. Psicoanalítica Argentina

Asoc. Psicoanalítica de Bs. Aires  
Asoc. Psicoanalítica de Córdoba  
Soc. Psicoanalítica de Mendoza  
Secretaría del Congreso: Lisandro de la Torre 355 (5500) Mendoza, Argentina  
Telefax: 54-(061)-340029.

## Psicoanálisis y Psicoterapia

En las últimas semanas han tenido lugar tres eventos que, a mi juicio, merecen ser publicitados. El Centro Racker de la Asociación Psicoanalítica Argentina realizó dos días de "Jornadas sobre el tema 'El Psicoanalista en la Comunidad'" y la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires organizó, por una parte el "Seminario Nacional sobre el Ejercicio de la Psicoterapia" y, por la otra sus Segundas Jornadas de "Salud Mental, Psicoanálisis e Instituciones", sobre el tema "La Experiencia Psicoterapéutica en la Asistencia Institucional y la Formación del Psicoterapeuta".

En los tres casos lo que ha estado en juego, premeditadamente o no, es la profundización de la influencia de la teoría psicoanalítica en el ejercicio de una actividad psicoterapéutica vinculada a marcos institucionales: los tres eventos contaron con el apoyo de organismos públicos como la Dirección de Salud Mental de la Municipalidad de Buenos Aires y otros auspicios institucionales importantes. La concurrencia mayoritaria fue la de los colegas del campo de la salud mental no pertenecientes a ambas asociaciones psicoanalíticas.

Al Seminario Nacional se le plantearon como interrogantes para el debate:

1. La importancia de que la psicoterapia, de la cual se trate, tenga fundamentación teórica y empírica científica, explícitamente articulada;

2. La cooperación y el intercambio científico acerca de: a. La necesidad de un estudio "epidemiológico" sobre la atención psicoterapéutica en la Argentina, b. la investigación en procesos psicoterapéuticos y resultados de tratamientos psicoterapéuticos, c. estudios clínicos sistemáticos sobre

la población que es atendida institucionalmente;

3. Los problemas de la evaluación y el contralor de la formación de profesionales de postgrado; y

4. Los requerimientos mínimos generales del ejercicio de las psicoterapias en los sistemas de no financiamiento directo por parte del paciente y/o su familia.

El tema del futuro de la psicoterapia como instrumento al servicio de la curación del padecimiento mental es una cuestión que surge una y otra vez como una preocupación social, aparentemente asentada en cuestiones de organización económico-social. Lo que esta postura oscurece reiteradamente es que tanto la teoría psicoanalítica como la inclusión de lo psicanalítico en el campo de la cultura y la salud, abonan un concepto de la prevención del padecimiento mental, y no sólo su curación.

Esta es toda una cuestión –si nos queremos ocupar de lo económico-social– que no encuentra paralelo alguno en las posturas sustentadas puramente en lo biológico-psicofarmacológico, a pesar de toda la investigación genética, que no acierta a avanzar más allá de presunciones, por falta de diferenciación entre lo hereditario y lo congénito.

Es así que eventos como los mencionados –sobre los que habrá que hacer un relato más detallado después de analizar el vasto conjunto de información que significó el trabajo de tanta gente en fructíferas reuniones, incluidos visitantes extranjeros– son de gran importancia para la promoción de una atención y prevención en salud mental que no dependa de lo circunstancial sino que vaya proveyendo desarrollos reales ■

René Epstein (APdeBA)

## De nuestra corresponsalía en Honduras

Con gran orgullo, no desprovisto de sorpresa, recibimos en nuestra redacción una publicación, manuscrita, con el índice Sistemático de toda la colección de Vertex realizada como trabajo práctico por los alumnos Bertha Haydé Carbajal Martel, Jessica Miliptza Zelaya y Mercedes Ortega Silva de la cátedra

de Medicina Psicosomática, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). Su titular es el Dr. Daniel Herrera Salinas, quien nos honra como corresponsal de Vertex en América Central. Daniel nos informa, en carta adjunta, que nuestra publicación es muy utilizada en Tegucigalpa. Un puente para comunicarnos con los colegas de esa parte de América Latina y un compromiso de trabajo a profundizar.

Vertex

## 1ª Conferencia Nacional de Salud Mental

*"Del Hospital Psiquiátrico a la atención comunitaria"*  
*Por la plena vigencia de los derechos de las personas, la promoción de la salud y una efectiva rehabilitación*

Se realizó en Viedma, Río Negro, la Primera Conferencia Nacional de Salud Mental, los días 9 y 10 de octubre, contando con el patrocinio de la oficina Panamericana para la Salud, la Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial y la Federación Mundial de Salud Mental.

El Comité Ejecutivo estuvo constituido por: Lic. C. Antonioli (Director de Salud Mental de la Pcia. de Misiones), Lic. O. Avelluto (Presidente de la Asoc. de Psicólogos de Bs. As.), Lic. F. Barcala (Cátedra de Salud Pública, Fac. de Psicología, UBA), Dr. J. Cialle (Director Salud Mental Prov. de Santa Fe), Lic. J. Carri (Jefe de Servicio Salud Mental Hosp. Neuquén), Dr. H. Cohen (Jefe Dpto. Salud Mental Pcia. de Río Negro), Dr. L. Ellerman (Director Hosp. Neuropsiquiátrico de Rosario de Tala, Pcia. de Entre Ríos), Lic. D. Frenkel (Sec. Asoc. Argentina de Rehabilitación Psicosocial), Dr. A. Navarro (Director Salud Mental Pcia. de Mendoza), Lic. A. Neder (Subdirectora Salud Mental Pcia. de Córdoba), Dr. J. Nicola (Foro Concordia de Salud Mental, Pcia. de Entre Ríos), Lic. I. Saez (Facultad de Psicología U. N. Rosario), Dr. R. Soriano (Director Salud Mental M.C.B.A.) y Lic. Vaisbein (Jefa Dpto. Salud Mental, Pcia. de Salta).

Contó con la participación de



los siguientes invitados internacionales: Dr. Isaac Levav (Asesor Regional de Salud Mental para las Américas, OMS), Dr. Valentín Barreblit (Consultor de OMS, Barcelona), Dr. Víctor Basauri (Director de Salud Mental de Asturias), Dra. Diana Mauri (Prof. Universidad de Milán), Dr. Franco Rotelli (Director Centro de Estudios en Salud Mental de Trieste), Lic. Sandra Fagundes (Directora de Salud Mental de Porto Alegre) y otros destacados profesionales.

Más de mil participantes de distintos puntos del país, se dieron cita en Viedma; estudiantes de Psicología, psicólogos, médicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros, pacientes, operadores comunitarios, enfermeros y demás trabajadores de Salud Mental, participaron activamente en esta conferencia, cuyo objetivo final fue la elaboración de un documento destinado a la orientación y compromiso en la transformación ineludible de la atención psiquiátrica.

Isaac Levav representante de la Oficina Panamericana para la Salud, nos hizo el siguiente balance final:

"Una de las cosas interesantes de la Conferencia de Viedma fue que el paciente psiquiátrico y la atención psiquiátrica se presentaron como un grupo que demanda su lugar en la sociedad toda; la participación masiva de pacientes, familiares y miembros de la comunidad es digna de destacar. Fue muy emotivo el desfile de antorchas y la fiesta popular del último día, donde participaron no sólo profesionales sino múltiples sectores sociales, donde el arte jugó un rol de satisfacción y de posibilidad de comunicación. En ese sentido fue algo inusual, merecedor de estudio y seguramente de multiplicación.

"Otro tema importante es el haber logrado que la Salud Mental sea un valor reconocido dentro de la escala de valores de la sociedad; en esta conferencia hubo una jerarquización de esos conceptos.

"El balance es altamente positivo, experiencias como ésta deben multiplicarse a fin de extender la atención, hacerla participativa, continua, equitativa, tal como lo determina la Declaración de Salud

Mental de Caracas, para marchar hacia el objetivo propuesto: Del Manicomio a la Atención Comunitaria".

La Conferencia demostró un alto nivel de participación popular, con características deliberativas. Se discutieron varios ejes temáticos:

- Análisis crítico de políticas, planes y programas de Salud Mental; se analizó la situación actual del Hospital Psiquiátrico, entendiéndose que deben alentarse políticas transformadoras del mismo, acordes con los avances técnico-científicos. Se discutieron modelos alternativos de atención psiquiátrica tendientes a promover la participación comunitaria.

- Estrategias para promover la transformación de recursos humanos: Se consideró que la actual formación de recursos en Salud Mental no es acorde con las necesidades de la población, se discutieron alternativas para la modificación de la enseñanza de la Psiquiatría, la Psicología y la Salud Mental.

La Conferencia, en definitiva, mostró el crudo momento por el que atraviesa la Salud Mental en nuestro país y elaborará propuestas para su transformación.

Los que participamos en ella, regresamos a nuestros lugares de trabajo con entusiasmo, enriquecidos por la experiencia compartida. Entusiasmo que volcaremos en dignificar la vida humana y la Salud Mental de toda la comunidad, y específicamente en la transformación del actual sistema asistencial en uno más moderno, más científico, más digno y más humano ■

Daniel Navarro  
Jefe de Residentes  
Hosp. Munic. "J. T. Borda".

- Congreso Regional de la Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica
- XIII Simposio Latinoamericano de Psiquiatría Biológica
- IV Congreso Brasileño de Psiquiatría Biológica

Tendrá lugar en San Pablo, Brasil del 7 al 10 de mayo de 1995

Para toda información comuníquese con Secretaría: Av Rebouças 600 - CEP 05402-000 - São Paulo, SP, Brasil. Tel.: (0055) 11-881-1344. Fax: (0055) 11-881-1125.

#### X Congreso Mundial de Psiquiatría

##### "Un mundo, un lenguaje"

Con la Presidencia Honoraria del Rey Juan Carlos I de España, la Asociación Mundial de Psiquiatría, en colaboración con la Asociación española de Neuropsiquiatría y la Sociedad española de Psiquiatría, organizará su Xº Congreso del 23 al 28 de agosto de 1996.

Su actual Presidente Felice Lieh Mak (Hong Konhg) señala, entre otras consideraciones, en su mensaje invitación: "El tema elegido para este encuentro es "Un mundo, un lenguaje". En un mundo con una parcelización creciente debida a la creación de especializaciones, aspiraciones ultranacionalistas, guerras civiles y carencia de metas comunes, los psiquiatras y demás profesionales de la Salud mental deben avanzar juntos para encontrar caminos que sirvan al enfermo mental y promuevan la salud mental. Para alcanzar dicho objetivo necesitamos en lenguaje común que haga posible entre nosotros una comunicación efectiva y eficiente.

En las décadas pasadas, la psiquiatría ha realizado significativos avances y nos ha legado el momento de ver cómo pueden ser integrados en forma de enriquecer el modelo biopsicosocial".

El Secretariado de este evento ya ha sido establecido. Para recibir mayor información escribir a Tilesa, O.P.C. Princesa 81 2º izq. 28008 Madrid, España. Tel.: (43-1) 544-8854 Fax: (34-1) 544-9875.