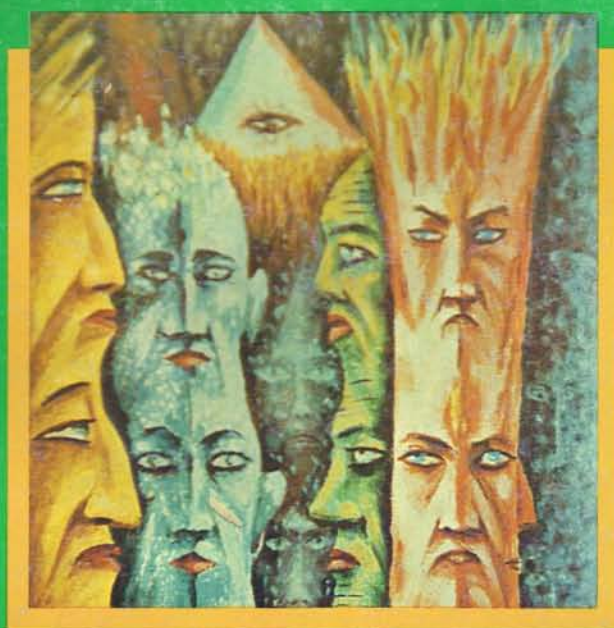


VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

12



HOSPITAL DE DIA DE ADULTOS

Epstein / Feijoo
Fernández Bruno
Gabay / Millas
Moizeszowicz

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

Volumen IV - N° 12 Junio - Julio - Agosto 1993

Directores:

Juan Carlos Stagnaro
Rodolfo Daniel Spiguel

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

Corresponsales en:

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: N. Conti (Hosp. J.T. Borda); R. Epstein (AP de BA); S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); A. Mantero (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); A. I. López Acosta (RISAM); L. Milano (Hosp. J. Fernández); P. Gabay, H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); H. Levy (Hosp. T. Alvear); L. Millas (Hosp. Rivadavia); N. Stepansky (Hosp. R. Gutierrez); E. Wahlberg (Hosp. Español); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); M. Podruzny (Mar del Plata).
CORDOBA: M. Cortes, 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. **NEUQUÉN:** E. Stein.
RIO NEGRO: J. Pelegrini. **SANTA FE:** M. T. Colovini.

Corresponsales en el Exterior:

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **CHILE:** A. San Martín.
ESPAÑA: J. Giménez Avello. **FRANCIA:** D. Kamienny.
INGLATERRA: C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas.
SUIZA: N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar.

Informes y correspondencia:

VERTEX, Callao 157 P. B. "C", (1044), Capital Federal, Argentina,
Tel. 72-8262 - 953-2353 - 49-0690.

En Europa Correspondencia, Informes y Suscripciones: Dominique Wintrebert,

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"

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

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX VOL IV N° 12, JUNIO - JULIO - AGOSTO 1993.

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

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

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

Se agradece a la Prof. María L. Gigli su colaboración para la ilustración de tapa; a su colección pertenece la reproducción que la ilustra. En estos días se inauguró el local de la Fundación Xul Solar. A modo de participación y en homenaje a ese singular artista argentino presentamos su obra "Símbolos" que despliega sus enigmáticos personajes en la apertura del Dossier y en el detalle de tapa.

PIRACETAM

NOOSTAN

NOOTROPICO

La comunicación restablecida



Respuesta favorable a corto plazo

Mejora la actividad metabólica cerebral

Excelente tolerancia

Sin interacción con otros fármacos

PRINCIPALES INDICACIONES

- Déficit de la capacidad de atención, memoria, aprendizaje.
- Stress.
- Trastornos del carácter (indiferencia, desinterés).
- Alteraciones de la personalidad y del comportamiento social (aislamiento, mutismo, agresividad)

POSOLOGIA SUGERIDA

La dosificación de NOOSTAN debe adaptarse a las características de cada caso.

En la gran mayoría de los casos se administrará en las personas adultas de 2,4 a 4,8 g de piracetam diarios, repartidos en 2-3 tomas.



NOOSTAN Piracetam 800 mg refuerza la resistencia de la célula cerebral frente a la hipoxia y facilita su recuperación post-anóxica.

Aumenta las reservas energéticas de la célula y las moviliza en el momento oportuno. Facilita la transferencia de información entre los dos hemisferios corticales.

PRESENTACION

Envases con 40 comprimidos

ELVETIUM - RHODIA

Licenciataria U.C.B. Pharma

EDITORIAL

L

a Argentina tiene alrededor de treinta y cuatro millones de habitantes. Tradicionalmente —y las cifras no han variado mucho— el 60% habita las grandes ciudades. Esto deja un 40% para los demás centros urbanos medianos y pequeños y para el medio francamente rural.

A poco que se recorra el interior del país y se tome conciencia de las distancias y de las disponibilidades profesionales existentes se podrá comprobar que en lo atinente a la Salud Mental, al menos un tercio de la población argentina no tiene acceso inmediato a ella (expresamente no consideramos aquí las necesidades de la población de las grandes ciudades que son muchas e insatisfechas como señalamos permanentemente). ¿Cuántas ciudades de menos de cincuenta mil habitantes cuentan con algo más que el consultorio privado o de Obra Social de algún psiquiatra o psicólogo aislado? ¿a qué distancia de la "gran ciudad" más cercana se encuentran? ¿Cuántos hospitales zonales o regionales cuentan con Servicio de Psicopatología a cargo de psiquiatra de planta? El panorama es grave, complejo y nada se hace, o casi, desde las esferas oficiales para resolverlo. Es un problema esencialmente político y presupuestario pero también técnico. En esta última dirección se ha insistido en diversas oportunidades sobre la posibilidad de abordar esta problemática, al menos en parte, con la creación de unidades de Hospital de Día adaptadas al pequeño y mediano centro urbano y a su periferia rural, próximas al lugar de vivienda del paciente, evitando así el desarraigo provocado por las internaciones en los lejanos hospitales de las grandes ciudades y permitiendo la participación de la familia y la comunidad en los tratamientos. El espacio de este Editorial no permite mayor abundamiento sobre este polémico tema que será desarrollado en un número próximo.

En el Dossier de esta entrega hemos seleccionado como tema "El Hospital de Día de adultos" a manera de contribución a la conceptualización actual de ese dispositivo terapéutico. En Confrontaciones incluimos un meduloso trabajo de R. Harari, la presencia del Prof. Kammerer entrevistado por L. Solano y una polémica filosófica (Putnam-Ferenczy) analizada por J. J. Ipar. El Rescate y la Memoria presenta la escritura del monólogo interior y la entrada en la locura de un señor común, como sólo Schnitzler pudo mostrar. El comentario de I. Vegh se coloca en el contrapunto necesario entre psicoanálisis y literatura ■

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.

SUMARIO

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- "Toxicomanía: Acción, sexualidad y riesgo", Marc Valleur, pág. 87
- "Comunicación, persona y conducta", María de los Angeles Quiroga, pág. 93

DOSSIER

- HOSPITAL DE DIA DE ADULTOS, Introducción, J. C. Stagnaro, pág. 103; Instituciones de internación psiquiátrica intermedia, Hospital de Día-Hospital de noche, A. H. Feijoo, pág. 104; El psicoanálisis en la clínica del Hospital de Día, D. Millas, pág. 113; La psicofarmacología en el Hospital de Día, parte integrante del proceso terapéutico, J. Moizeszowicz, pág. 116; Algunas ideas sobre el Hospital de Día. Su estructura y su especificidad como espacio y dispositivo terapéutico, R. Epstein, pág. 121; Hospital de Día geriátrico en 1993, M. D. Fernández Bruno y P. M. Gabay, pág. 128.

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- "Introducción", por Juan C. Stagnaro, pág. 133
- "Yo", por Arthur Schnitzler, pág. 134
- "Un hombre normal", por Isidoro Vegh, pág. 138.

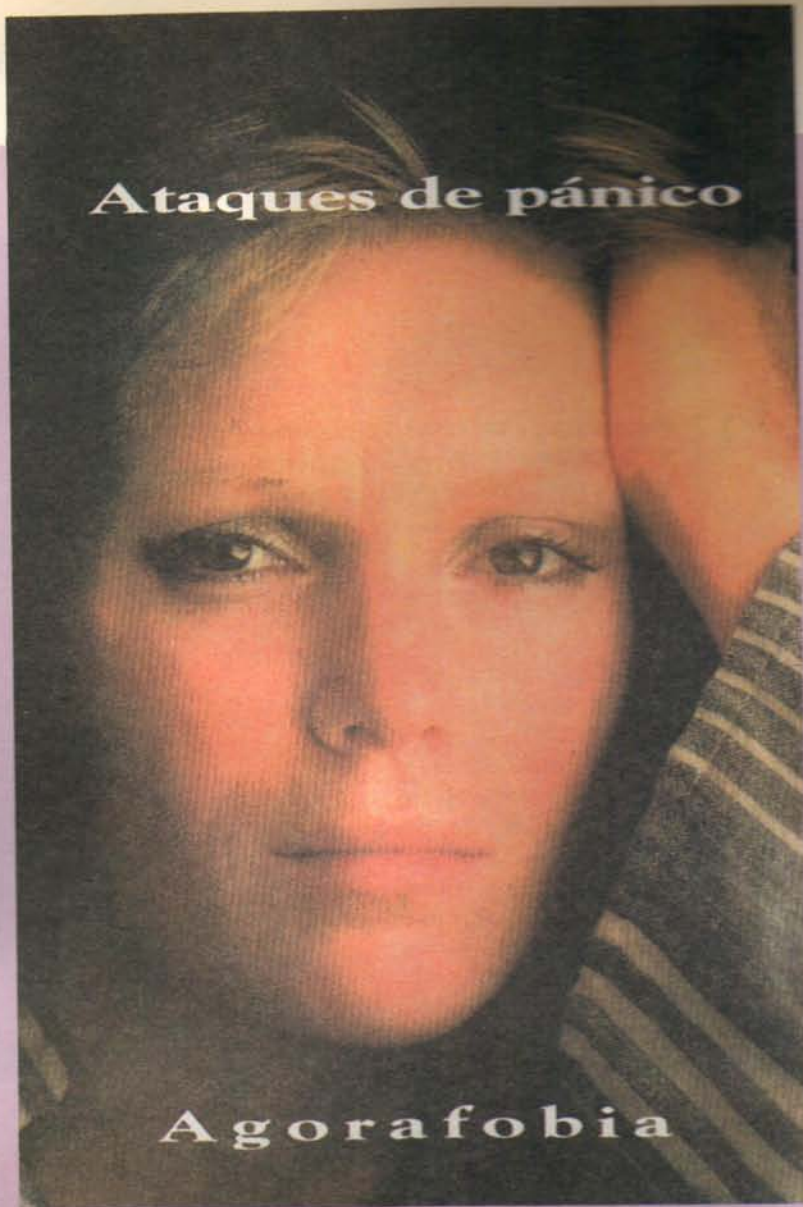
CONFRONTACIONES

- "El porvenir de la psiquiatría: chances y peligros", Entrevista al Prof. Thèophile Kammerer, por Luis Solano, pág. 140
- "Semblante de a", Roberto Harari, pág. 144
- "La polémica Putnam-Ferenzi; la relación entre filosofía y psicoanálisis", Juan J. Ipar, pág. 152

LECTURAS Y SEÑALES

- "Lecturas" pág. 157; "Señales", pág. 158; "Noticiero de APSA", pág. 159.

Ataques de pánico



Agorafobia



TRANQUINAL

Alprazolam Bagó

2mg

*Resuelve las distintas dimensiones
de la ansiedad*

Presentaciones:
Envases conteniendo
50 comprimidos.



SNC
Bagó



Toxicomanía: Acción, sexualidad y riesgo

Marc Valleur

Médico psiquiatra. Centro Medical
Marmottan. 19, rue d'Armaillé. 75007.
París. Francia

La importancia de la pandemia del Sida empuja, como es lógico esperar, a que las autoridades y los equipos médico-sociales den prioridad a las campañas en gran escala en el ámbito de la Salud Pública.

En ese marco se tiende cada vez más a abordar a la toxicomanía simplemente como uno de los modos de transmisión del virus HIV, y no como una entidad específica, lo cual conlleva un riesgo de confusión entre registros lógicos muy diferentes:

- En primer lugar, confusión entre el uso de drogas y toxicomanía: no deberían ser considerados como toxicómanos más que

aquellos sujetos cuya existencia está subordinada a la búsqueda de la droga y que se sienten aliena-

entre el campo médico (el del Sida, el de la hepatitis viral, etc.) con el de los trastornos de conducta e inclu-

sive con el de las dificultades del vivir ya que el uso de drogas o aun la dependencia son tentativas de resolver dificultades existenciales. El vasto campo de las "addictions" abordadas en el marco de un "modelo adaptativo" (2) debe ser distinguido de las enfermedades somáticas con la que está relacionado sólo de manera metafórica (15) (la vinculación de

Resumen:

Si bien existen puntos comunes en la prevención y tratamiento de personas enfermas de Sida y toxicómanos el autor señala los riesgos de confusión entre el campo médico y el de los trastornos de conducta y entre el de la toxicomanía con el del simple uso de drogas. Se analizan también las conductas de acción y la dimensión metafórica de las conductas de iniciación y de orfala. Se señala la conducta de los heroínomanos ante la seropositividad VIH y su sensibilidad a las campañas de prevención.

Palabras clave: Toxicomanía - Drogadependencia - Sida - Heroína.

TOXICOMANIE: L'AGIR, LA SEXUALITE ET LE RISQUE

Résumé:

Même s'il y a des points communs entre la prévention et le traitement des personnes atteintes du Sida et les toxicomanes, l'auteur signale les risques de confusion entre le domaine médical et celui des troubles du comportement, entre celui de la toxicomanie et du simple usage de drogues. Il analyse aussi les conduites de l'agir et la dimension métaphorique des conduites d'initiation et d'orfala. Il remarque la conduite des heroïnomanes face à la seropositivité VIH et leur sensibilité aux campagnes de prévention.

Mots clés: Toxicomanie - Dependance aux drogues - Sida - Heroïne.

TOXICOMANIE: ACTING-OUT, SEXUALITY AND RISK

Abstract

Despite common factors between prevention and medical treatment of Aids and persons with drug abuse, confusions in consideration physicians area and conductal area are punctualized by the author. Acting-out and orglastic fantasies are analyzed in respect to the presence of a metaphoric sense. The conductal response of heroin-abusers to HIV positivity is correlated to prevention campaigns.

Key Words: Toxicomanie - Drug Abuse - AIDS - Heroin.

dos por su relación con ese producto.

- En segundo lugar confusión

las adicciones con las "enfermedades mentales" es, en sí misma, extremadamente complicada).

Para ilustrar esta complejidad de registros podemos utilizar la indicación del Prof. Rozenbaum, uno de los más grandes especialistas franceses en Sida: "Es muy fácil no contraer el Sida, basta con tomar las precauciones adecuadas". Utilizar preservativos y no compartir jeringas es efectivamente muy simple si lo analizamos desde una óptica racional. Pero la pasión amorosa y la toxicomanía no constituyen conductas racionales.

Que el deseo escape, esencialmente, a la conciencia y a la voluntad es premisa básica de todas las teorías del psiquismo a partir de Freud. Que la adicción toxicomaniaca, por definición, no se pueda controlar voluntariamente ha sido condición primera de todas las teorías de la habituación(6, 7, 10), desde el trabajo de B. Rush en 1785(14) hasta los dogmas que rigen a Alcohólicos Anónimos desde 1934(1).

Pero la droga, instrumento de una dependencia activamente instituida por el sujeto, no es el equivalente de un objeto de amor, y los dos modos principales de contaminación por el virus HIV (la jeringa y las relaciones sexuales) provienen de dos campos diferentes de la conducta humana.

Me parece importante resituar en el momento actual el aspecto ordálico de las toxicomanías diferenciando así el riesgo colectivo (que la sociedad intenta reducir) del riesgo deliberado, individual, que el sujeto afronta de manera activa.

El actuar, las "conductas asociadas" y el riesgo

¿Es el actuar un mecanismo de defensa? La conducta de los toxicómanos (en tanto perpetua actuación autoinfligida) no entra fácilmente en el marco conceptual de las teorías psicoanalíticas.

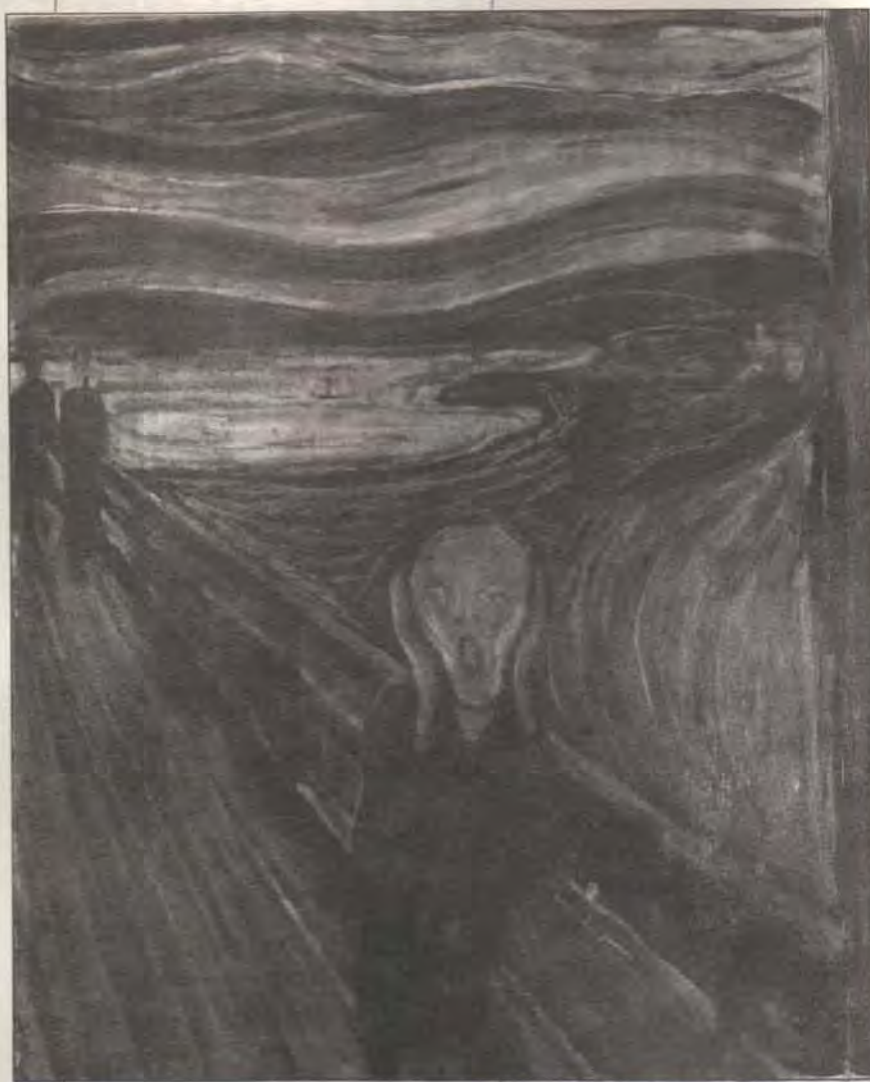
Pareciera como si, en numerosos pacientes, el recurso a la acción pusiera en cortocircuito la utilización de los mecanismos de defensa.

El actuar se opone al soñar, a la fantasmización, a la mentalización. Notemos, de paso, que el recurso a la actuación repetitiva puede coexistir, en el adolescente, con la intelectualización o el ascetismo, dando sintomatologías

das, las angustias, es decir, la demanda o la puesta en juego del deseo del sujeto.

La toxicomanía constituye por lo tanto, una verdadera empresa de "desimbolización", o más aún de borramiento del sujeto en tanto tal y no puede ser interpretada como el simple síntoma de conflictos intra-psíquicos.

El recurrir a la inyección intravenosa marca bien la tentativa de



móviles y paradójicas.

Puede hacerse aquí un paralelo entre las concepciones de ciertos psicoanalistas que con Braunschweig y Fain(5) hablan de "neo-necesidades" y las de autores americanos que siguiendo a Peele(10) promueven una concepción amplia del concepto de "addictions". Estas consistirían, para ellos, en una suerte de recurso repetitivo a una experiencia conocida y previsible, que permite esquivar las du-

poner en cortocircuito todas las zonas erógenas creando un nuevo universo en el cual el placer y el displacer serían de alguna manera controlados por el sujeto independientemente de toda relación con el deseo de un otro.

¿Conductas asociadas o equivalentes?

Para los heroinómanos, toda la

existencia del sujeto parece situarse en la acción subordinada a la búsqueda y obtención del producto. Se distingue así del tabaco y de otros objetos de adicción en cuyos casos la satisfacción repetitiva de la "neo-necesidad" no constituye más que un sector de la actividad del sujeto que puede simultáneamente llevar una vida socioafectiva y fantasmática sin perturbaciones.

El carácter estereotipado, repetitivo y hasta incluso desgastante del trabajo clínico con toxicómanos tiene mucho de esa vivencia cotidiana unívoca, previsible, que parece borrar la infinita variedad de las historias individuales. Y esta búsqueda permanente toma también la forma de un frenesí de acción, en el que los sujetos parecen vivir de manera operatoria, sin soñar, como cortados del pasado y privados de una visión de futuro.

La prohibición social y el precio de la droga son frecuentemente la explicación del carácter radicalmente marginal de ese tipo de vida: es, en efecto, imposible procurarse la dosis cotidiana de heroína sin dedicarse permanentemente a su distribución, a la delincuencia y/o a la prostitución.

Es así que la toxicomanía aparece como una de las causas esenciales de los delitos menores: cerca del 50% de los detenidos en las prisiones de Francia están etiquetados como toxicómanos y los prohibicionistas encuentran en ese hecho uno de sus argumentos mayores.

Sin embargo, la clínica nos impone una ponderación de esas afirmaciones mostrando así la complejidad de los lazos que unen a la toxicomanía con la delincuencia.

Observemos, por ejemplo, que cerca de la mitad de los toxicómanos encarcelados en la prisión de Fresnes (institución ubicada cerca de París) habían sufrido penas ya antes de iniciar su adicción(16). Muchos de nuestros pacientes tienen una historia que confirma es-

ta observación de toxicomanía secundaria en sujetos que ya estaban "comprometidos" en una carrera delictiva.

Lo mismo puede decirse en relación a la vinculación entre toxicomanía y prostitución: la mayor parte de nuestros pacientes que se prostituyen dicen hacerlo únicamente para procurarse drogas, pero algunos dicen haber comenzado a tomar droga para soportar la dura existencia de prostituta/o.

En algunos casos el precio de la droga, generalmente mencionado como argumento para justificar la prostitución, es por el contrario una motivación inconsciente de los prostituidos para explicarse el uso de drogas: drogarse, se convierte de esta manera en el medio para gastar lo más rápidamente posible un dinero que no se puede ganar ni utilizar racionalmente.

Es así que podemos llegar, en algunos casos, a hablar más que de "conductas asociadas" a la toxicomanía, de "conductas equivalentes". Estas incluirían en sí mismas la función "addictive" del recurso a la acción, haciendo entonces posible la demostración de una actitud paradójica: correr riesgos para evitar la angustia, prostituirse para evitar los riesgos de una relación sexual amorosa... En esos casos no podemos contentarnos con admitir que la prostitución y la delincuencia, derivan de la simple necesidad de

muy distintas que tienen una causalidad común, resulta difícil asignarle a la toxicomanía una explicación simple y diseñar para ella una prevención específica.

Interpretar la actuación: "addiction" y riesgos

1. *La repetición y la pulsión de muerte*

El carácter de actuación como conducta repetitiva que evocamos anteriormente puede plantear el problema del lugar mismo que le adjudiquemos a la repetición en el funcionamiento psíquico. Es precisamente esta pregunta la que condujo a Freud en "Más allá del principio del placer" a interrogarse sobre el juego del carretel, en el que el niño repite de manera aún no simbolizada el traumatismo de la pérdida a través de la desaparición y la reaparición de un objeto. El hecho de que de esta compulsión a la repetición él haya deducido la existencia de una pulsión de muerte es objeto, aún hoy, de conflictos entre diversas escuelas de psicoanálisis. ¿La pulsión de muerte juega un rol activo al igual que la libido o no es más que una "pulsión de las pulsiones" simple metaforización del destino de toda actividad viviente? Esta pregunta será debatida, sin duda, por mucho tiempo. Si reemplazamos a la libido por Dios y a la pulsión de muerte por el

Diablo podremos encontrar efectivamente la misma pregunta que enfrentó al cristianismo ortodoxo con las herejías maniqueas o ácratas.

Pero la pregunta sobre el carácter autodestructivo de la toxicomanía se plantea más agudamente en relación al tema que tratamos

y a la clínica que practicamos. En el plano individual la toxicomanía es frecuentemente interpretada como un equivalente suicida. El historiador J. Baechler(3) ve en ella una alternativa a un suicidio de tipo "escapista", de huida fren-

El uso de drogas es, en cierta forma, polisémico y en él se condensan todos los temores y las aspiraciones de los adolescentes, así como su búsqueda de valores profundos, del secreto y de lo sagrado del grupo.

procurarse drogas sino que es posible sostener que toxicomanía, delincuencia y prostitución proceden en ellos de una causalidad común.

Se puede concluir entonces, que como se constatan conductas

te a las dificultades de la vida e, implícitamente, numerosos autores hacen de la toxicomanía un equivalente de suicidio melancólico, al recurrir a una metáfora maniaco depresiva inaugurada por S. Rado(12) y retomada desde la óptica Kleiniana por M. Rosenfeld(13).

Desde estas perspectivas la toxicomanía es un equivalente suicida y co-respondería en el plano colectivo a una actitud de inmola-ción de una parte de la juven-tud(10).

2. Las metáforas de iniciación y de ordalía.

Para matizar esta visualización de suicidio y sacrificio de las toxi-comanías hemos sido obligados a enfatizar la función positiva del arriesgarse lo cual es fenoménica-mente distinto de un comporta-miento autodestructivo.

Esos sujetos que po-nen en acto lo que otros temen, que afrontan en forma repetida situacio-nes que deseáramos evitar, esas personas que actúan aparentemente despreciando las conse-cuencias de sus actos, nos han ayudado a cuestionar la perspecti-va con que habitual-mente manejamos las nociones de azar y de riesgo.

En nuestro ejercicio profesio-nal como psiquiatras tenemos frecuentemente la ocasión de tratar sujetos ansiosos que perciben ries-gos en todo, fóbicos que tienen un miedo excesivo ante peligros simbólicos, y obsesivos que se pa-san el tiempo intentando conju-rar la posibilidad de un riesgo imaginario.

También conocemos paranoi-cos para quienes el azar no existe e interpretan los acontecimientos más insignificantes como expresi-ón de una voluntad hostil.

Nuestros pacientes se compor-tan, a veces, de manera contraria: se abandonan en brazos del azar como si este fuera un poder alia-do a ellos y corren riesgos persua-didos de salir vivos de la prueba que afrontan. A través de la repe-tición de esos riesgos el sujeto rea-liza una búsqueda que no es una simple huida de una situación de

sufrimiento sino más bien una tentativa de pasaje, de muerte y renacimiento, de acceso a un mundo mejor.

Esta dimensión de prueba au-toimpuesta para acceder a otra di-mensión de sí mismo, da toda su fuerza a la metáfora iniciática que implícita o explícitamente ha si-do utilizada por la mayoría de los autores desde los años '50 para describir las conductas de riesgo que presentan, transitoriamente, los adolescentes.

Al prohibir el uso de ciertas sustancias la sociedad ha propor-cionado a los adolescentes un me-dio privilegiado para imponerse una prueba iniciática: fumar un "porro" se convierte así en signo de desafío a los adultos, transgre-sión de la ley y reconocimiento por sus pares corriendo un míni-mo riesgo. El uso del tabaco o del

Las conductas de riesgo existirán siempre tanto en los adolescentes como en una franja marginal de la población. No debemos olvidar que en su gran mayoría se trata de pruebas de "iniciación" pasajeras.

alcohol tienen frecuentemente el mismo sentido. El primer cigarrillo o la primera borrachera son de esta manera una especie de ins-trumentos de un rito de pasaje.

Estas conductas cargadas de sa-tisfacciones orales regresivas, frecuentemente simbolizan también la apropiación por parte del suje-to de atributos propios de los adultos, potencia viril, coraje, et-cétera.

El uso de drogas es, en cierta forma, polisémico y en él se con-densan todos los temores y las as-piraciones de los adolescentes, así como su búsqueda de valores profundos, del secreto y de lo sa-grado del grupo.

La instalación de la dependen-cia, de la adicción, puede significar el fracaso de esta tentativa de pasaje provocando un progresivo aislamiento afectivo y social.

La anorexia nerviosa y la buli-

mia muestran, por ejemplo, cómo los adolescentes rechazan la sexualización de las relaciones afectivas y logran físicamente po-nerse al abrigo de las angustias del deseo.

La dependencia del toxicóma-no juega por largo tiempo ese pa-pel y durante uno o dos años de "luna de miel" los heroinómanos encuentran una solución de compromiso para sus intensas dificultades, es decir, una manera de poner "entre paréntesis" el planteo de su acceso al estatus de adulto.

Es luego, después de la toma de conciencia de la dependencia y de la alienación, que reaparecen con mayor violencia que antes las conductas de riesgo, como una tentativa del sujeto de dominar la droga y volver a manejar su exis-tencia.

La sobredosis, omni-presente en la vida y el imaginario de nuestros clientes, condensa la pa-radoja aparente de las conductas de ordalía: arriesgar su vida, poner-la en manos del azar..., de la chance, del Otro, para salir victorioso, listo para una nueva vida, como luego de una muerte seguida de una resurrección.

El fracaso de la sim-bolización de esta prue-ba estará, aquí también, en el ori-gen de su repetición, a veces agrava-da por una escalada en el riesgo de su ejecución. Como ya hemos desarrollado en otro lado las im-plicaciones de esta metáfora ordá-lica(17) no nos detendremos aquí más que en un aspecto esencial: dirigiéndose directamente al Otro para decidir su propio derecho a la vida, especie de equivalente de juicio divino, el sujeto plantea el tema de la legitimidad de la ley.

La transgresión, la delincuen-cia, ciertas conductas de riesgo son también un intento de dar un sentido, buscar límites, obtener justicia y reparación.

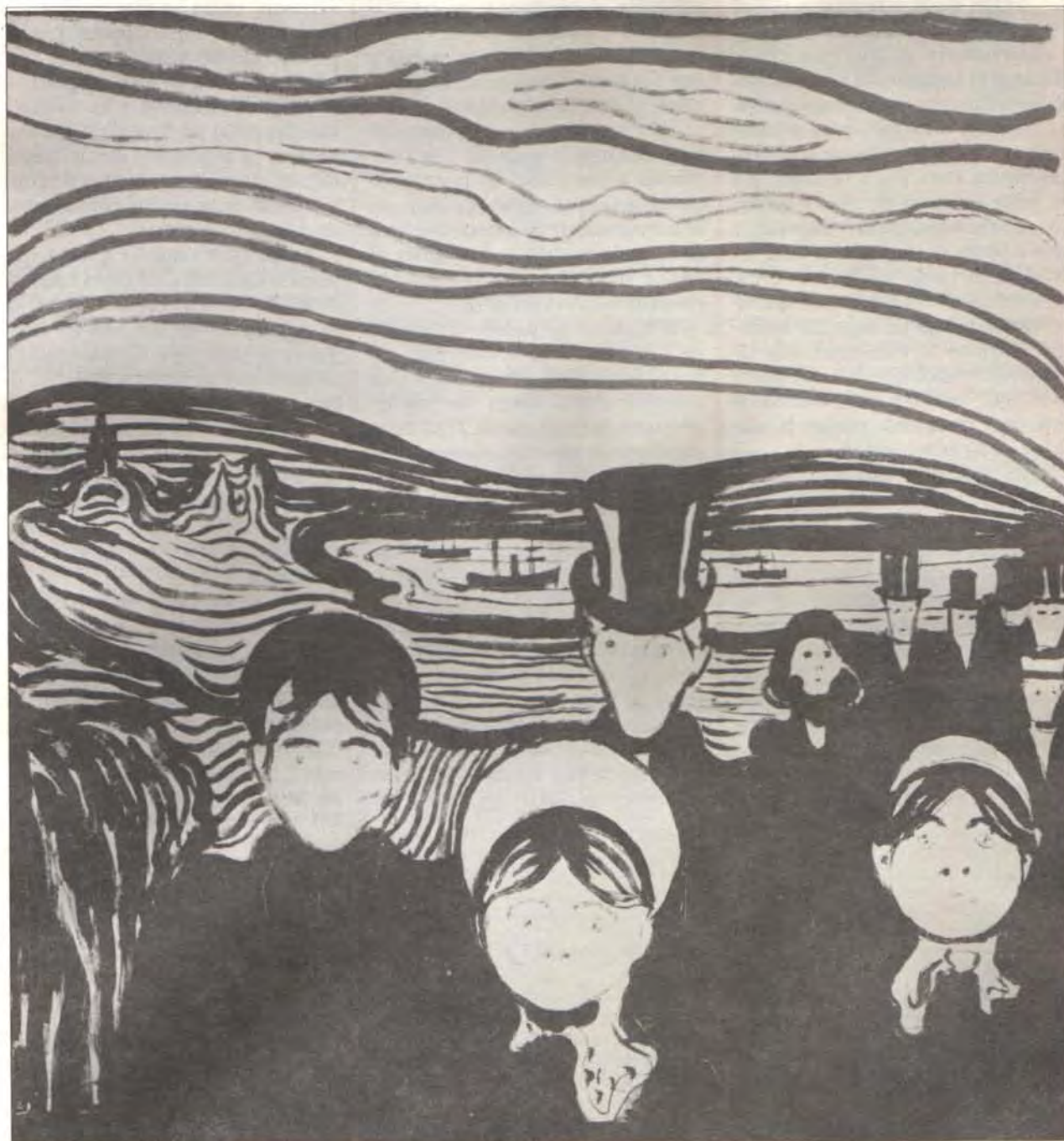
Una vez más comprendemos aquí el porqué de la imposibili-dad de fijar un origen infantil unívoco o una causalidad simple para explicar estas conductas. Numerosos estudios señalan en estos sujetos los traumatismos

precoces, los duelos, las carencias afectivas, las negligencias en la crianza, los traumatismos sexuales durante la infancia o la adolescencia. La impresión de una ruptura brutal, eso que Olievenstein llama el "espejo ro-

se convertía en algo profundamente injusto.

Al llegar a la adolescencia o a la edad adulta esas personas se encuentran en una situación de "deuda invertida": en lugar de tener una deuda con la vida, con

los, el trabajador social que se acerque a ayudarlos quedarán impactados por su aparente ingratitud y por su violencia, que no son, sin embargo, más que la máscara tras la que se esconde una demanda masiva de reparación.



to"(9), se nos impone frecuentemente en los casos de nuestros pacientes más "actuadores", más "psicópatas". Todo ocurre como si hubieran sido privados brutalmente de amor o de seguridad y hubieran sentido que el mundo

sus padres, con sus familias, con la sociedad que les han dado la posibilidad de un bienestar, se comportan como si aquellos los hubieran dañado y les debieran algo.

El médico que intente atender-

El riesgo de Sida: ¿otro nivel?

A través del verdadero mito de la sobredosis, pero también de la vivencia cotidiana de la cárcel, de la delincuencia o de la prostitución, nuestros clientes están habi-

tados a afrontar deliberadamente los riesgos y a imponerse verdaderas pruebas con frecuencia mortales. Jugar con el virus, utilizar o no preservativos pueden ser nuevas formas de prueba ordálica.

Pero el Sida, enfermedad larga, progresiva, ineluctable y durable no se corresponde para nada con la imagen de una prueba puntual de la cual poder salir victoriosos.

La reacción de nuestros clientes ante el anuncio de una seropositividad en sus pruebas sanguíneas es, generalmente, muy significativa: ellos que parecen no prestar nunca atención a su salud y a su futuro, entran en crisis y sufren un desmoronamiento depresivo que a veces se traduce por una recrudescencia de sobredosis e incluso de verdaderas tentativas de suicidio. Luego de algunas semanas o meses al constatar que siguen viviendo, que "atravesaron el riesgo" una vez más, vuelven a esperar y raramente niegan la realidad de su enfermedad.

Esta reacción muestra que el riesgo de enfermedad es de otro orden que las pruebas que tenían costumbre de imponerse.

Aun sumidos en una aparente decadencia y degradación los toxicómanos guardan una vaga idea de un lejano porvenir, grandioso, excepcional, heroico: en lo más profundo de ellos conservan esta imagen propia de un niño todopoderoso e ideal que no se confrontó luego de la adolescencia con los compromisos de una exis-

tencia adulta. La seropositividad vendrá a romper la idea de que más adelante, cuando sean por fin grandes, todo les será nuevamente posible.

Hemos dicho que la mejor estrategia de tratamiento para los toxicómanos consiste en un acompañamiento no coercitivo. La maduración espontánea (el "maturing out") muestra que la "carreira" de toxicómano no es eterna y que los sujetos terminan, luego de años, por cambiar de vida.

La esperanza que conservan (aun durante la ejecución de conductas arriesgadas) la necesidad de justicia que expresan (aun en la transgresión) muestran que este acompañamiento es sin duda el mejor encuadre para prevenir la contaminación con el HIV.

Si bien no ha pasado suficiente cantidad de tiempo como para sacar conclusiones sobre el tema, es evidente que la venta libre de jeringas en Francia desde 1987 tuvo un efecto neto sobre el comportamiento de los toxicómanos. Nuestros clientes son muy sensibles a las campañas de prevención. En nuestro centro se distribuyeron 700 preservativos en 1989 y 14.000 en 1991. Es decir, que las conductas de riesgo no impiden a los sujetos preservar su porvenir a largo plazo, ni respetar la vida de otros (si bien esta afirmación está aún sujeta a cierta relatividad creemos que ha sido globalmente confirmada por los cambios en el comportamiento de los toxicóma-

nos en función del riesgo de Sida). (4, 8).

Conclusiones

Para concluir debemos señalar que existen puntos comunes, a nivel de los principios de intervención, entre la prevención del Sida y el acompañamiento terapéutico de los toxicómanos. Ambos deben basarse en el respeto de la persona humana y en la convicción de la ineficacia de los tratamientos impuestos desde "afuera", en suma, en el hecho de considerar a cada sujeto como autor de su propia historia.

Es en este sentido que se impone a los afectados en el terreno de las toxicomanías el tema de la despenalización del uso de drogas que sería una lógica medida de acompañamiento a la venta libre de jeringas.

Las conductas de riesgo existirán siempre tanto en los adolescentes como en una franja marginal de la población. No debemos olvidar que en su gran mayoría se trata de pruebas de "iniciación" pasajeras.

Aun en los casos más marginales o "patológicos", en los que se alían los problemas de toxicomanía, de delincuencia y de prostitución, la vertiente ordálica de las conductas de riesgo supone una fase de esperanza que hace accesibles a los sujetos a las acciones de prevención ■

Bibliografía

1. Alcooliques Anonymes, Les Alcooliques Anonymes. Montreal, 1985.
2. Alexander, B., The disease versus adaptive model of addictions. *Journal of Drug Issue*, 1987.
3. Baechler, J., Les suicides. París, Calmann Levy, 1975.
4. Boullenger, N., R. Ancelle, Centre européen pour la surveillance épidémiologique du Sida, ARCADES. L'infection HIV chez les toxicomanes Comportements à risque de transmission, séroprévalence et facteurs de risque: Rapport sur la partie française d'une étude européenne, Bobigny, Arcades, 1992, 26 p.
5. Braunschweig, D., et M. Fain, La nuit, le jour... París, PUF, 1975.
6. Peele, S., A. Brodsky, Love and Addiction. New York, Taplinger, 1975.
7. Peele, S., A. Brodsky, The meaning of addiction. Lexington M. A., Toronto, D. C. Heath et Cie, 1985.
8. Irep, F. R., Ingold Ed., La transmission du VIH chez les toxicomanes: pratiques, attitudes et représentations: situation et tendances. París, IREP; ANRS, 1992. 93 p.
9. Ollivenstein, C., La vie du toxicomane, París, PUF, 1982.
10. Oughourlian, J. M., La personne du toxicomane. Toulouse, Privat, 1974.
11. Peele, S., L'expérience de l'assuétude. (trad. Louise Nadeau), Montreal Université, 1982.
12. Rado, S., La psychanalyse des phar-macothymies. *Revue Française de Psychanalyse* 4, pp. 603-618.
13. Rosenfeld, H., Etat psychotiques. París, PUF, 1976.
14. Rush, B., An Inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and Mind... 8ème ed., 1814.
15. Szasz, T., Les rituels de la drogue. París, Payot, 1974.
16. Toro, P., et C. Jouven, L'antenne toxicomanie de la prison de Fresnes. *Document de travail*, 1984.
17. Valleur, M., Les conduits ordaliques chez le toxicomane au "psychotropes", 1984, 11. 3, pp. 49-55.

Comunicación, persona y conducta

María de los Angeles Quiroga

Médica psiquiatra. Ex Jefe de Médicos Residentes, médica de Planta Hospital El Sauce, Alfonso X s/n, El Sauce, Guaymallén, Mendoza. Te.: 261955.

* Agradezco al Prof. Eduardo L. Rodríguez Echandía, por la supervisión del presente trabajo.

El etólogo Konrad Lorenz, describe así la conducta que debió adoptar, durante una de sus experiencias de improntas con patitos, luego de haber reemplazado a la madre de éstos:

"Yo me felicitaba, dice el autor, por la obediencia y exactitud con que mis patitos me seguían. En ese momento me arrastraba agazapado siguiendo recorridos que semejabán un ocho y graznando sin cesar, cuando de repente levanté la vista y vi sobre la cerca del parque una fila de rostros pálidos que me contemplaban horrorizados. Los patitos resultaban invisibles por las altas hierbas y lo que los turistas veían era una conducta totalmente inexplicable y de hecho loca"(10, 19).

Este párrafo pone en evidencia que un fenómeno particular no puede ser aprehendido sin un margen de observación lo suficientemente amplio como para incluirlo en un contexto general.

Introducción

Cuando para el estudio de la conducta humana, desplazamos el énfasis de las intenciones a los efectos de los actos, se opera una modificación cualitativa que afecta nuestra visión del mundo y de quien lo lleva a cabo. Y cuando desplazamos el acento desde los procesos intrapsíquicos hacia los fenómenos interaccionales, la comprensión de la conducta humana se expande drásticamente. La psicología y psicopatología tra-

dicionales pasan a adquirir el carácter de una suerte de anatomía descriptiva que puede dar cuenta de elementos aislados, pero resultan insuficientes para describir y explicar los complejos procesos

te debe ser adjudicado al psicoanálisis que amplió y enriqueció la comprensión del comportamiento a la luz de un enfoque dinámico-evolutivo. Este enfoque netamente intrapsíquico, requirió la cons-

Resumen:

El objetivo del presente trabajo es analizar la correlación existente entre la comunicación y la conducta, con sus implicancias en las distintas disciplinas como la psicología, antropología o la filosofía. La comunicación tiene un aspecto conductual integrado no sólo por el lenguaje verbal sino por el contexto en el cual se da, y acompañado por los componentes no verbales: gestos, miradas, tono de la voz, etc. Es imposible no comunicarse y desde la perspectiva de la teoría pragmática o comunicacional, la comunicación impone conductas.

Palabras Clave: Comunicación - Conducta - Psicología - Antropología - Filosofía.

COMMUNICATION, PERSON AND CONDUCT

Abstract:

The purpose of this paper is to provide an analysis of the correlations between communication and general behavior in connection to some scientific approaches such as psychology, anthropology and philosophy. In fact communication involves behavioral aspects which are integrated by verbal language and the context in which it takes place together with a variety of non verbal components comprising gesticulation, the way of looking, the characteristics of the voice, etc. It results impossible to avoid communication. To the pragmatic, or communicational theory, communication triggers behavioral responses.

Key words: Communication - Conduct - Psychology - Anthropology - Philosophy.

COMMUNICATION, PERSONNE ET COMPORTEMENT

Résumé:

L'objectif de ce travail vise à analyser la corrélation entre la communication et le comportement ainsi que leurs implications avec des disciplines telles que la psychologie, l'anthropologie, la philosophie... La communication a un aspect comportemental non seulement intégré par le langage verbal mais aussi par le langage non-verbal: gestes, regards, intonation, etc., et par le contexte dans lequel le tout se produit. Il est impossible de non communiquer et depuis la perspective de la théorie pragmatique ou de la communication, la communication impose des comportements.

Mots clés: Communication - Comportement - Psychologie - Anthropologie - Philosophie.

interpersonales que inscriben y dan sentido a la conducta del individuo en su contexto.

Es indudable que en el camino de esta expansión, el primer apor-

trucción de un conjunto coherente de hipótesis, pero impidió que en etapas posteriores el modelo psicoanalítico pudiera ser aplicado a otros campos (fenómenos grupa-

les, conductas sociales, etc.), más allá de una mera transpolación antropomórfica. El psicoanálisis como lenguaje e instrumento interdisciplinario y riguroso mostró deficiencias insalvables(19).

La segunda gran expansión de las ciencias del comportamiento fue generada por lo que se definió como "enfoque comunicacional, interaccional o sistémico". Su origen es múltiple ya que se nutre de la teoría de la comunicación, de la cibernética, de la antropología y de la teoría de los sistemas. Esta característica le otorgó una cualidad expansiva porque proporcionó un modelo globalizador que puede ser aplicado con comodidad en las ciencias psicológicas. Finalmente y nutriéndose de las contribuciones del notable antropólogo y epistemólogo Gregory Bateson y de investigadores del Mental Research de Palo Alto (California), se perfiló la base conceptual del "modelo interaccional o pragmático" de la comunicación humana. Este modelo no está centrado en el estudio de las condiciones ideales de la comunicación, sino en el de las interacciones humanas(19).

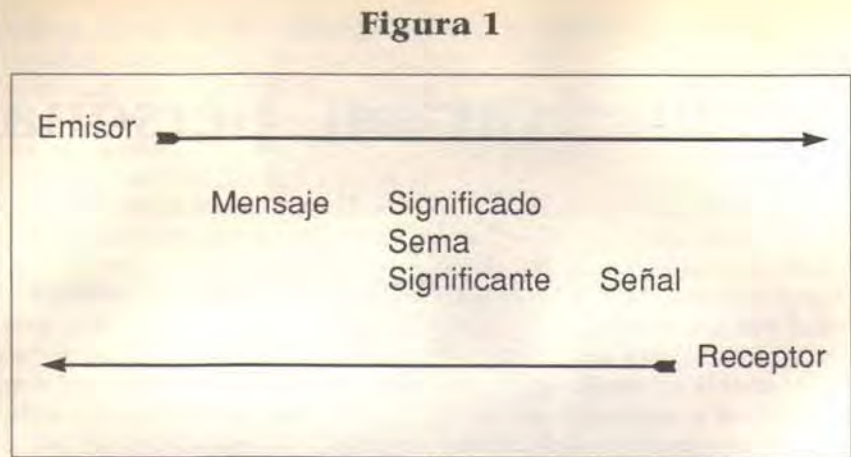
Desarrollo

Los autores Ruesch y Bateson propusieron la teoría de que los sucesos relacionan a la persona con el otro, la persona con su grupo y por último con toda la humanidad(16).

Comenzar a estudiar los fenómenos de la comunicación humana desde el punto de vista pragmático, significa para quien los explora, no sólo la apertura de un campo fascinante, sino la dura tarea de despensar y desaprender.

Una motivación, que al mismo tiempo representa una dificultad, reside en el hecho de que los fenómenos de la comunicación humana presentan múltiples niveles de análisis. El limitarse a uno de ellos con exclusión de los demás, empobrece notoriamente las observaciones.

El proceso de aprendizaje en que se ve envuelto el ser humano desde el momento mismo de su nacimiento transcurre en un medio que transmite a la vez cierta información y el modo de cali-



brarla. Nadie nos enseña expresamente cómo se combinan sutilmente los mensajes verbales y los gestuales, pero de todas maneras se produce aprendizaje, y uno de los procesos más significativos y más propios de la especie humana, la comunicación, va poco a poco alcanzando nuevos relieves y nuevas profundidades.

El estudio de la comunicación humana puede subdividirse en tres áreas: sintáctica, semántica y pragmática, establecidas por Morris(12, 19) y continuadas por Carnap(4, 19), para el estudio de la semiótica.

La primera de estas áreas abarca los problemas relativos a transmitir información y constituye por ende el campo teórico fundamental de la información; su interés está referido a los problemas de codificación, canales, capacidad, ruido y redundancia. Tales problemas son de índole esencialmente sintáctica; en esta área teórica no interesa el significado de los símbolos ni de los mensajes(19).

El significado constituye la preocupación central de la semántica. Si bien es posible transmitir series de símbolos con corrección sintáctica, éstos carecerían de sentido si el emisor y el receptor no se hubieran puesto de acuerdo de antemano con respecto a su significado. En tal sentido toda información compartida presupone una convención semántica.

Por último, la comunicación afecta a toda la conducta, y éste es un aspecto pragmático(19).

Si bien es posible efectuar una delimitación conceptual de las tres áreas, éstas son claramente interdependientes. Como señala George(8, 19): "En muchos sentidos es válido afirmar que la sin-

táctica es lógica matemática, que la semántica es filosofía o filosofía de la ciencia y que la pragmática es psicología, pero estos campos no son completamente diferentes". "Los datos de la pragmática no son sólo palabras que están al servicio de la sintáctica y la semántica, sino también sus concomitantes no verbales y el lenguaje corporal"(19).

Y se debe agregar a las conductas personales los componentes comunicacionales inherentes al contexto en que la comunicación tiene lugar. Todas las acciones y sucesos adquieren aspectos comunicativos tan pronto como son percibidos por un ser humano. Esto implica que la percepción cambia la información que un individuo poseía e influye sobre él.

Las personas tienen sus sentimientos y sus formas de pensar tanto cuando están juntas como separadas y accionan unas en función de las otras. La visión que la persona tiene de sí misma o de las otras puede ser confirmada, alterada o modificada radicalmente por esa interrelación(19). Sartre decía: "El significado de la emoción es ni más ni menos que la totalidad de las relaciones de la realidad humana con el mundo"(1). Sentir es estar implicado con algo y esa implicación es una parte estructural del pensamiento y en especial de la acción ya que toda voluntad se basa en un "querer"(6).

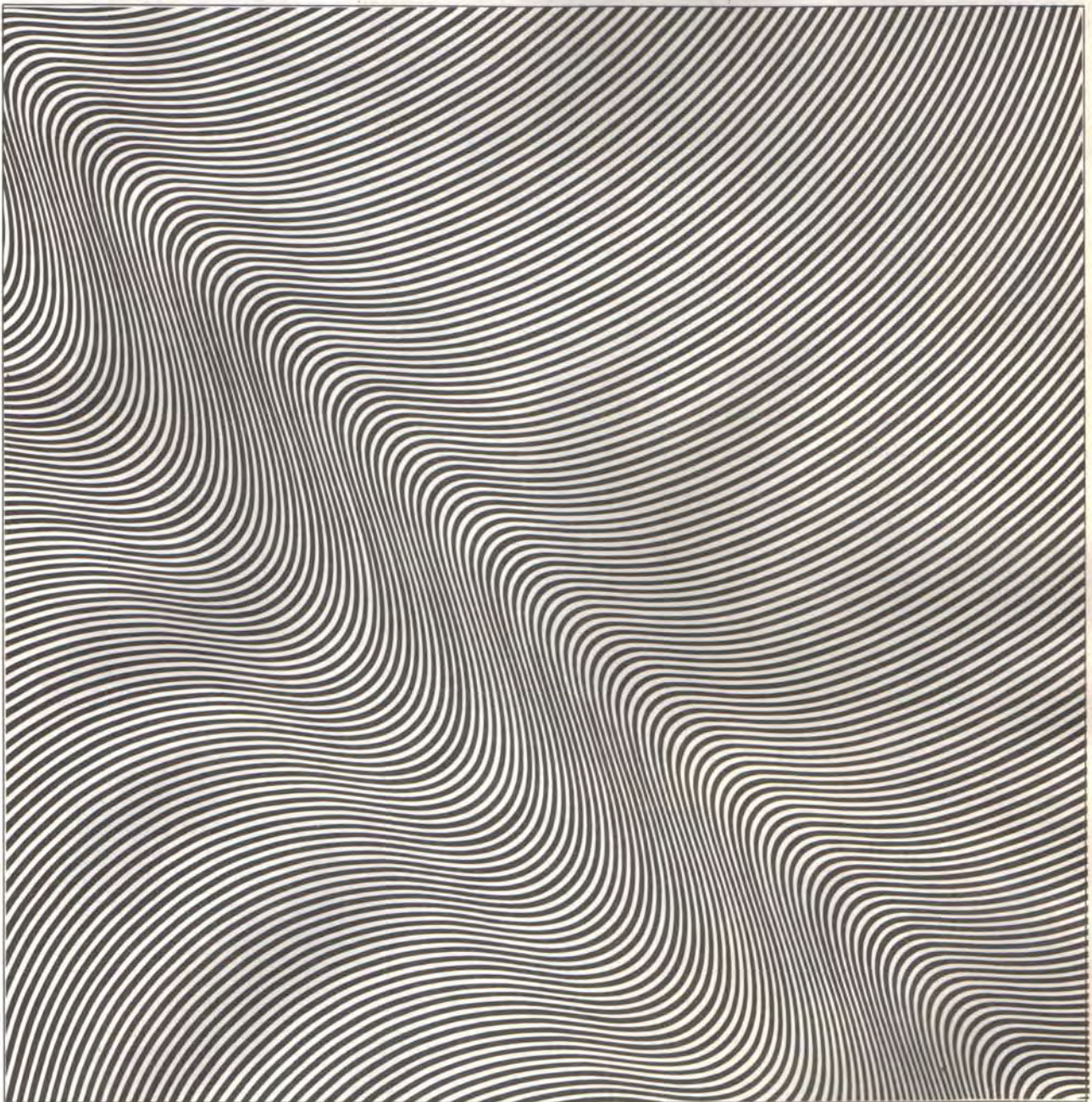
En tanto seres humanos no podemos dejar de comunicarnos. El resultado final de la percepción y de la transmisión es lo que llamamos información. La adquisición y retención de la información es fundamental en todo sistema de comunicación. Estímulo y respuesta están soldados en una uni-

dad a la que le daremos el nombre de "valor". Los valores son los canales preferidos para la comunicación y la relación.

La información acerca de los valores que una persona posee nos permite interpretar su mensaje e influir sobre su conducta. To-

ción. J. Weakland ha dicho: "La comunicación es concebida como un concepto fundamentalmente interactivo-interaccional, su foco esencial no está dirigido a las propiedades de los mensajes a individuos aislados sino a los rasgos que caracterizan la interacción de pa-

municación. El lenguaje tiene una particular individualidad que en los estudios de la comunicación es la más transparente. Sólo cuando los modelos lingüísticos fueron proyectados sobre otros objetos, como la antropología, se puso claramente de manifiesto la rees-



da vez que se comienza a interpretar ese mensaje no se puede hacer una distinción clara entre teoría de la comunicación, teoría de los valores y enunciados antropológicos(19).

Entonces desde la perspectiva de la pragmática toda conducta y no sólo la palabra es comunica-

res o grupos de actores". El objetivo es: "El estudio y comprensión de la comunicación concreta tal como ocurre realmente entre los seres humanos que operan en forma natural"(19).

El lenguaje es el único elemento dentro de las conductas sociales cuya función primaria es la co-

tructuración que estos desarrollos conceptuales podían producir en la percepción de la realidad social(17).

La comunicación consiste, substancialmente, en el traslado o transferencia de alguna clase de información de un lado hacia otro. Se acepta el modelo que con-

sidera que un emisor produce y comunica un mensaje a un receptor a través de un canal de comunicación(9). El emisor conoce el mensaje a transmitir que no es sino lo que el emisor "quiere decir". Pero la transmisión se cumple en el momento en que el otro actor de la operación, el receptor, se da cuenta de lo que el emisor "quiere decir". El emisor para transmitir debe denotar el mensaje, a fin de que el receptor lo conozca. La manera en que el emisor denota el mensaje es el "estilo" con el cual la operación es ejecutada. Este estilo a su vez suministra otra indicación, este fenómeno es denominado "connotación".

La indicación cuyo suministro constituye la operación que es ejecutada se llama "indicación denotativa". La indicación que resulta del estilo con el cual se suministra la indicación denotativa, recibe el nombre de "indicación connotativa"(17).

Para denotar el mensaje que el emisor quiere transmitir se produce una señal, que a la par es un indicio. La señal indica la pertenencia del mensaje lo cual se llama: "significado". La capacidad de la señal de indicar la permanencia del mensaje es el significado, lo mismo que la capacidad análoga del indicio que resulta de la correspondencia de los significados y de las clases de señales llamadas significantes(19). Basta pues constatar la pertenencia de la señal a un significante determinado, para saber al mismo tiempo que el mensaje pertenece al significado correspondiente.

Un significante con su correspondiente significado constituye el "sema". Un código es un sistema de semas, es decir de clases de señales que se corresponden con clases de mensajes(18). El mensaje no es denotado solamente por la señal sino también por las circunstancias que lo rodean y que permiten al receptor conocer el mensaje que el emisor desea transmitir.

El receptor es parte de la señal que reconoce como perteneciente

al significante de un sema determinado y selecciona a continuación y ayudado por las circunstancias, uno de los mensajes que corresponden al significado correspondiente. Este mensaje es lo que el receptor "comprende". Cuando el acto sémico tiene éxito, lo que el receptor comprende coincide con lo que el emisor quiere transmitir. El camino recorrido por el receptor lo ha recorrido previamente el emisor pero en sentido opuesto. El emisor parte del mensaje que reconoce como perteneciente al significado de un sema determinado y produce a continuación una de las señales que componen el significante correspondiente(17). (Ver figura 1).

Cuando se le habla a una persona, se le está enviando un mensaje y este mensaje tiene una finalidad. Se habla para informar, para interrogar o para dar una orden, también para tomarlo de testigo de sí mismo, de sus propios pensamientos o emociones, como una especie de "alter ego"(9).

La información tiene un sentido, un valor y una magnitud. El sentido no está contenido directamente en el mensaje, sino que tiene un carácter social y consiste en el efecto que deseamos lograr dadas las circunstancias en que se emite. Significa que se deben tener en cuenta las circunstancias y características, tanto de la situación como de la persona a la cual se dirige el mensaje. Como expre-

Fidel Castro, dirigido al pueblo".

La mayoría de los estudios existentes parecen limitarse a los efectos de la persona A sobre la B, sin tener igualmente en cuenta que todo lo que B hace influye sobre la acción siguiente de A y que ambas sufren la influencia del contexto en que dicha interacción tiene lugar.

La conducta que está fuera de contexto o que muestra algún tipo de comportamiento al azar o de falta de restricción, nos impresiona de inmediato como mucho más inadecuada que los errores meramente sintácticos o semánticos en la comunicación(19).

La comunicación nos afecta de continuo y, como ya se señaló, incluso nuestra autoconciencia depende de la comunicación. J. Hora lo ha mostrado claramente: "Para comprenderse a sí mismo, el hombre necesita que otro lo comprenda. Para que otro lo comprenda, necesita comprender al otro"(9).

Como bien decía Jaspers(10, 19): "Las reglas de la comunicación humana no explican nada por sí mismas, antes bien constituyen en sí mismas su mejor explicación, tal como los números primarios son pero no explican nada".

El término comunicación podría ser definido de un modo general como una unidad de conducta. Si aceptamos que toda conducta es comunicación, ya no podemos manejar a esta última como

una unidad mensaje-monofónica. Más bien representaría un conjunto fluido y multifacético de muchos modos de conducta: verbal, postural, tonal, contextual, todas las cuales afectan el significado de las otras. Una de las formas no verbales de la comunicación es el arte pictórico y frente a él, el contemplador no deja de percibir un solo latido de la

subjetividad engendrada por lo imponderable o por el ángel del gran arte. La pintura no se realiza para agrandar; como todo auténtico arte se dirige a la sensibilidad, al sentimiento y a la comprensión

El término comunicación podría ser definido de un modo general como una unidad de conducta. Si aceptamos que toda conducta es comunicación, ya no podemos manejar a esta última como una unidad mensaje-monofónica.

sa Hinojosa: "No tiene igual sentido la comunicación destinada al cantinero frente a la barra de un bar: 'Quiero una Cuba Libre', que las mismas palabras pronunciadas en el contexto de un discurso de

de los temperamentos afines al temperamento del artista; sólo cuando el espectador se libera de la imaginación expresa la emo-

vitalidad de las imágenes. Frente a las pinceladas del cuadro, el contemplador reacciona en dirección a los colores dominantes, al tem-

cal, al igual que el color, excitan el yo estático. Son innumerables las personas que por un proceso psíquico "algo misterioso" rela-



ción estética que surge del encanto de la contemplación de la obra. El artista desarrolla y conduce al cuadro su mundo, que germina, crece y surge de lo inconsciente sin ligadura alguna y sin temor, desde lo más hondo de su alma. El lenguaje pictórico abstracto descompone las imágenes transfigurándolas en el cuadro y por un estado de conciencia estático tiende a rehacerlas en el contemplador, el cual piensa frente al mismo, y su inteligencia transforma la percepción en una imagen representativa. Las formas y colores producen emociones estáticas porque en ellas hay siempre una levadura espiritual que "las salva de su aparente frialdad y rigidez". El arte pictórico es abstracto y simbólico a la vez y cuanto más pensado y juicioso es el símbolo de la pintura tanto mayor es la su-gerencia, inspiración, tentación y

peramento, carácter, idiosincrasia y disposición particular en el momento que ejerce la función contemplativa. El pintor plasma en una tela "algo de él" que genera vivencias en el que contempla la obra de arte y se establece, así, una comunicación y vienen a nuestro recuerdo las palabras de Francis Bacon: "El arte es el hombre sumado a la naturaleza"(1). El ser humano no sólo cambia sino que "es cambio" y Séneca decía: "Yo mismo en el momento de decir que todo cambia, ya he cambiado", aludiendo el filósofo a lo momentáneo, transitorio y efímero de los entes de este mundo, a todo lo que puede existir, a lo creado y a lo futuro posible. La comunicación con un cuadro se establece, cuando conmueve al espíritu, si en éste hay una respuesta: es el "milagro del arte". Los sonidos de una bella partitura musi-

cionan la percepción de la música con los colores. El estilo es la facultad de que dispone el creador para emitir su lenguaje pictórico. Lo que perciben nuestros ojos u oídos es el espíritu del autor introducido en las sensaciones, es la inteligencia interviniendo en los sentidos. Entre el arte y el pensamiento se establece una comunicación(1). Si se acepta que toda conducta es una situación de interacción y tiene un valor de mensaje, es decir comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intentara no podría dejar de comunicar. Esto influye en los demás, ya que éstos no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y por ende de comunicarse. Toda comunicación implica un compromiso y consecuentemente define la relación. Dicho de otra forma, una comunicación no sólo transmite información si-

no que al mismo tiempo impone conductas.

Podemos analizar ahora la comunicación digital y analógica: El sistema nervioso representa una organización celular destinada a recibir y transmitir mensajes codificados, que quedan registrados en determinados centros mediante cambios plásticos producidos en el componente neuronal. Las interacciones entre el ambiente, que actúa como estímulo, y el sistema nervioso, que hace de receptor del estímulo y de efector de respuestas, permiten generar los cambios plásticos necesarios para la existencia de fenómenos complejos como la memoria y el aprendizaje(3).

La parte específica de la actividad nerviosa que consiste en la presencia o ausencia de descarga, transmite información digital binaria. Estos modos de comunicación aparecen en el campo de los organismos creados por el hombre, las computadoras, que usan el principio del "todo o nada". Son las digitales y otros aparatos que manejan magnitudes positivas discretas (análogas a los datos), por lo cual se llaman analógicas. La comunicación analógica tiene sus raíces en períodos arcaicos de la evolución y por lo tanto encierra una validez mucho más general que el modo digital de la comunicación verbal relativamente reciente y más abstracto(19).

Si nos proponemos interpretar con amplitud de criterio cualquier manifestación de la conducta no verbal de una persona, esto es, cualquier movimiento o posición del rostro y/o del cuerpo, es necesario determinar de qué manera dicho comportamiento llegó a formar parte del repertorio de dicha persona, las circunstancias en que se lo utiliza y el principio de su relación con el significado. Siguiendo a Veron llamaremos a estas tres consideraciones básicas "origen, uso y codificación"(17). Este autor se pregunta si existe un lenguaje corporal muy similar al verbal con un significado específico denotativo o connotativo, asociado con movimientos específicos o se trata de un significado más difuso o menos específico, asociado con el comportamiento no verbal y la interpretación global intuitiva.

Se pueden proponer otras preguntas: Los comportamientos no verbales, ¿constituyen actividades intencionales destinadas fundamentalmente a comunicar? ¿Por qué dos sociedades primitivas de Nueva Guinea con ecología, lenguaje y costumbres totalmente diferentes de las nuestras, tienen no sólo conductas no verbales similares, sino también un significado similar asociado a esas acciones?

El uso: Se refiere a las condiciones externas presentes toda vez que el acto tiene lugar, la relación entre éste y la conducta verbal concomitante, la conciencia que la persona tiene de emitir el acto, si éste tiene como fin comunicar y si hay retroalimentación por parte de quien observa el acto y el tipo de información transmitida(17).

El origen: se refiere a la manera en que el comportamiento no verbal llegó a formar parte del repertorio comunicacional de una persona. Es la fuente de acción. Se pueden considerar tres tipos de orígenes: En primer lugar el comportamiento no verbal está montado en reflejos nerviosos. Algunos autores sostienen que las expresiones faciales de la emoción, están basadas en programas neurológicos heredados(17). Existe documentación que evidencia que el lado izquierdo de la cara expresa con mayor intensidad los gestos emocionales. Las hemifacias muestran asimetrías que importan en cuanto a la expresividad de las emociones. La hemifacia izquierda es más expresiva que la derecha, en la mayoría de las personas. Como está inervada por el hemisferio contralateral, es la manifestación de la dominancia cerebral, que adjudica al hemisferio derecho una predominancia en la expresión emocional. En un encuentro cara a cara, los sujetos perciben la hemifacia izquierda del interlocutor predominantemente con su hemisferio derecho, especialista en identificar emociones.

Un segundo tipo de origen son las expresiones comunes a todos los miembros de la especie. Estas se adquieren por la experiencia. Un tercer tipo de origen, radica en el aprendizaje, que varía según la cultura, la clase, la familia o el individuo(17).

Codificación: Es necesario distinguir entre dos tipos de princi-

pios, que describen la forma en que el acto no verbal se relaciona con su significado: ellos son las codificaciones arbitrarias y las icónicas. La mayoría de las palabras son codificaciones arbitrarias al igual que algunos actos no verbales; ej: abrir y cerrar la mano levantada puede ser un acto de despedida o de bienvenida. Pero la mayoría de los actos no verbales, son codificaciones icónicas. Morris señala que un signo icónico es todo signo similar desde cierto punto de vista a lo que denota. Sería una cuestión de grados. El ícono puede estar basado en una codificación pictórica, kinética o espacial. En consecuencia, el hombre es el único organismo que utiliza tanto los modos de comunicación analógicos como los digitales. Todos los logros civilizados resultarían impensables sin el desarrollo de un lenguaje digital, pero como señala Lorenz(11, 19): "En el área de relación casi exclusivamente, utilizamos la comunicación analógica, antes que hacer aseveraciones denotativas acerca de los objetos". Y continúa señalando este autor: "El misterioso aparato emisor y receptor, que cuida de la transmisión no consciente de sentimientos y emociones, es antiquísimo, mucho más viejo que la humanidad, sin duda alguna ha ido atrofiándose en nosotros, a medida que se iba desarrollando el lenguaje"

Sólo a comienzos de este siglo, se inició una verdadera investigación acerca de la comunicación no verbal. Entre 1914 y 1940, se produjo un incremento del interés por comprender cómo se comunicaba la gente por las expresiones del rostro. Los antropólogos señalaron que los movimientos corporales no eran fortuitos, sino que se aprendían de igual manera que el lenguaje(5).

La investigación de la comunicación proviene de cinco disciplinas diferentes: la psicología, la psiquiatría, la antropología, la sociología y la etología(5).

Los psicólogos observan los movimientos del cuerpo humano y eligen para su estudio las diversas unidades de la conducta por separado. Los psiquiatras reconocen desde hace mucho tiempo que la forma de moverse de un individuo proporciona datos so-

bre su carácter, sus emociones y las relaciones hacia la gente que lo rodea. Los sociólogos han descrito una especie de etiqueta subliminal, a la que casi todos respondemos, y conforma nuestro comportamiento, tanto en los aspectos fundamentales, como en los pequeños detalles. Los etólogos al estudiar a los animales en su habitat propio, han descubierto similitudes entre el comportamiento no verbal del hombre y el de los primates.

Cierto científico sugirió: "Las palabras pueden muy bien ser lo que el hombre emplea cuando todo lo demás ha fracasado"(5).

La diferencia en el comportamiento, ¿se debe puramente a razones biológicas o a una actitud aprendida? Se afirma que algunas maneras de moverse, son más adquiridas que innatas y varían de una cultura a otra(5).

El antropólogo Birdwhistell señala en "Sex and Temperament", que es erróneo pensar que los aspectos sexuales de la personalidad se refieren exclusivamente a las hormonas y como padre de la nueva ciencia llamada "cinesis"

afirma que los movimientos corporales masculinos y femeninos no son debidos a determinantes biológicas, sino a pautas culturales que se aprenden en la niñez. A diferencia de otros autores, Birdwhistell señala que: "La comunicación, no es solo como una emisora y una receptora, sino un verdadero acto creativo"(5).

En su necesidad de combinar estos dos lenguajes el hombre, sea como receptor o emisor, debe traducir constantemente de uno al otro y, al hacerlo, debe enfrentar varios dilemas. En la comunicación humana, la dificultad inherente a traducir existe en ambos sentidos. No sólo sucede que la traducción del modo digital al analógico implica una gran pérdida de información, sino que lo opuesto también resulta sumamente difícil: Hablar acerca de una relación, requiere una traducción adecuada del modo digital al modo analógico de comunicación.

El etólogo austriaco Irenaus Eibl-Eibesfeld, discípulo y luego colega de Konrad Lorenz, estudió el flirteo en seis culturas diferentes. Observó que, tanto en Samoa

como en Papúa, Francia, Japón, Africa o Sud-América, se producía el mismo tipo de respuesta, esto es, una sucesión de pequeños movimientos de danza de cinesis consistente en una sonrisa, una vuelta del rostro, un rápido levantar las cejas en una expresión interrogativa (considerada afirmativa), seguida por el hecho de volver la espalda, la cabeza hacia un lado, mirando hacia abajo y bajando los párpados(7).

Lo real, es que el ser humano es un gran imitador, maravillosamente sensible frente a los signos corporales de sus semejantes; el estudio de la comunicación lo demuestra continuamente. "El hombre es un ser multisensorial, algunas veces se expresa con palabras. El mensaje que se transmite por el aspecto personal no es sólo el que se refiere a la persona en sí, sino también a lo que ella expresa(5). La persona (personnare: máscara rígida del actor a través de la cual soplabla la voz de un dios), se muestra en una forma expresivo-comunicativa y se completa en tanto "otro"(persona) la escuche, vea y respete su espacio y tiempo personal.

PAIDOS

Philippe Callé

UNO MAS UNO SON TRES
La pareja revelada a sí misma

J. Carpenter / A. Treacher

PROBLEMAS Y SOLUCIONES
EN TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

Michele Zappella

NO VEO, NO OIGO, NO HABLO
El autismo infantil

José Navarro Góngora

TECNICAS Y PROGRAMAS EN
TERAPIA FAMILIAR

Olive Stevenson (comp.)

LA ATENCION AL NIÑO MALTRATADO

Ludwig Wittgenstein

LECCIONES Y CONVERSACIONES
SOBRE ESTETICA, PSICOLOGIA Y
CREENCIA RELIGIOSA

Donald W. Winnicott

LA NATURALEZA HUMANA



**LIBRERIA
PAIDOS**

CENTRAL DEL LIBRO PSICOLOGICO

Nuevo Servicio:

PSICOLIBRO

Con una Suscripción Anual de
US\$ 20.- Ud. recibirá:

REVISTA:

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

PROMOCIONES Y OFERTAS:

Serán anunciadas en cada revista.

REGALOS:

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

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

"Esta integración con el otro (que a la par es uno mismo), se desarrolla en la conjunción de la unidad dialéctica de lo físico-espiritual. El contenido de lo manifestado por la persona, es expresivo-simbólico de su biografía, el "otro" debe develarlo, adentrarse en la índole de las situaciones vitales"(13).

En los comienzos de la raza humana, antes de la evolución del lenguaje, el hombre se comunicaba en la única forma en que era capaz de hacerlo: no verbalmente. Los animales continúan comunicándose principalmente de este modo. En cierta forma, el comportamiento no verbal de los seres humanos es notablemente parecido al de los animales, pero desde la aparición de la palabra, no somos conscientes de lo que hacemos(5).

En el proceso de personalización cobran importancia, las expresiones faciales, el tomar contacto visual con el rostro del otro, el cambio subjetivo que se experimenta, llevando a una unión empática, dejando de ser uno "solo", para ser "dos", en un momento, en una situación determinada, comprendiendo lo que el otro vive y manifiesta no sólo en el contenido del mensaje, sino lo implícito del rostro personal ajeno: vivacidad (en tanto y en cuanto sólo lo vivo tiene rostro), ética (la valoración del otro como persona), lo verdadero (visión objetiva de la totalidad), la estética (ritmicidad establecida entre esos dos rostros), lo creador (en tanto que se producen transformaciones enriquecedoras en una relación frente a frente) y fundamentalmente lo libre de la expresión fisonómico-simbólica(14).

Se puede decir que los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente, el lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones, las cuales pueden estar basadas en la igualdad o en la diferencia. En el primer caso, los

participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca y así su interacción se considera simétrica. En el segundo caso, la conducta de uno de los participantes, complementa la del otro, constituyendo un tipo diferente de gestalt y recibe el nombre de complementaria. De lo anterior surge un axioma: "Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia"(19).

Si nos detenemos a pensar en

*En la comunicación frente a frente,
el lenguaje se desarrolla en un marco
de comunicación no verbal,
que es parte indispensable del mensaje.*

todo lo que se expresa mediante el lenguaje no verbal, nos parecerá raro que la gente se preocupe tanto por lo que se dice, mediante el lenguaje hablado(5). Sin embargo, no debemos olvidar lo que señalan otros autores, que existe algo primigenio que es el lenguaje. Es por él, por la articulación del significante con el significado, que el hombre es insertado y ocupa un lugar en el mundo humano. Es por la palabra con que se nombran las cosas, los objetos y es a partir de allí que se los reconoce desde la representación que se tiene de ellos; se los aceptará o rechazará, se dirá o no se dirá nada sobre los mismos(2).

Podemos decir que la relación que el sujeto va a establecer con nosotros, va a ser en función de estas representaciones; la sexualidad, la vida y la muerte son representaciones que adquieren un valor individual y particular por efecto de la palabra. Es por y en la palabra que se estructura, entre otras, la relación médico-paciente, pero no sólo como instrumento terapéutico operativo de la comunicación sino en tanto valor humano que ella le confiere a cualquier relación interpersonal, fundamentada en lo ético y valorativo del otro ser sufriente, demandante de una ayuda y desde nosotros, el satisfactorio y adecuado

"deber ser" para "ese otro". Según refiere el Dr. Oyarzún Peña, desde las distintas alteraciones personales que sufren los pacientes surgen los contenidos verbales que expresan las experiencias vividas que constituyen su biografía y que se hallan corporizadas, configuradas con lo anímico-expresivo simbólico. La situación conflictiva presente en el trabajo psicoterapéutico es traída por el paciente como una problemática que desea superar pero no encuentra los medios para resolverla. Esta situación

interpersonal conflictiva distorsiona no sólo el sentido (significado valórico), referente al problema, sino a la vez a él mismo, su autoestima y la forma de percibir el mundo, lo que lleva al terapeuta a buscar respuestas de diferentes aspectos expresivos-comunicativos simbólicos, extraverbales y verbales, surgiendo un acto médico que se constituye en este proceso de personalización que compromete a ambas partes por igual, paciente y médico. Desde la perspectiva del mencionado autor, la idea del hombre es la del ser, de la expresión simbólica, entrañando ésta sentido, es decir significado y valor, en el contexto de una orientación médico antropológica. La acción personalizadora de la relación médico paciente, independiente de las verbalizaciones explícitas del diálogo psicoterapéutico, cuya importancia es innegable, posee una conexión con el dinamismo transformador parte-todo, encarnados en la actitud general, el tono de la voz, en la mirada, en los gestos, en la armonía de éstos con los vocablos adecuados, creando una atmósfera personalizadora, positiva para el paciente y el terapeuta(15). La riqueza del lenguaje es por sobre todas las otras diferencias, lo que separa al hombre de los animales. Sin él, la cultura, la historia, serían imposibles. Pero no debemos olvidar que en la comunicación frente a frente, el lenguaje se desarrolla en un marco de comunicación no verbal, que es parte indispensable del mensa-

je. Algunos han llegado a afirmar que el lenguaje hablado sería imposible sin los elementos no verbales; este lenguaje comunicativo fisonómico es poseedor de una vivacidad y plasticidad de las cuales carece el contenido verbal. Cuando hablamos pensamos en palabras. Detrás de ellas se agita un mar de pensamientos y emociones de mayor o menor intensidad, pero que nunca se reducen a la estructura lineal del significante y el significado. Como dice Musil: "Un sentimiento se forma dentro de mí y fuera de mí... modifica el mundo desde dentro y lo hace indirectamente, a través de mi comportamiento, desde fuera y como existe dentro y fuera de mí al mismo tiempo... la pregunta que parte del sentimiento es interior y qué parte es exterior, qué parte es del yo y qué parte es del mundo pierde casi todo sentido"(6).

Aparte de que un significante pueda tener significados varios, que la comunicación pueda lograrse utilizando gran variedad de signos, de las situaciones en que se produce la comunicación y de que la polisemia sea la regla, no se pueden establecer prácticamente, todos los significados que puede tener una palabra. Se ha dicho también, que el hombre percibe lo que espera y desde el punto de vista del lenguaje, espera lo que prevee, gracias a su entrenamiento fonológico.

Al comunicar un mensaje, transmito también un metmensaje, cuyas características podré

an expresarse: "Siendo yo quien soy, siendo Usted quien es y nuestra relación de un tipo dado, esta es la clase de mensaje que considero adecuada en esta situación(16).

La búsqueda debe orientarse entonces, a detectar modalidades de comunicación, más que a contenidos comunicacionales.

Conclusión

Al comienzo del trabajo se señala que: "Un fenómeno permanece inexplicable en tanto el margen de observación no es lo suficientemente amplio, como para incluir el contexto en que el fenómeno tiene lugar. Si los límites de las investigaciones se amplían en el propósito de incluir los efectos de una conducta sobre los demás, las reacciones de estos últimos frente a aquellos y el contexto en que todo ello tiene lugar, se observa la relación entre las partes de un sistema más amplio. El observador de la conducta humana pasa de un estudio deductivo, al estudio de las manifestaciones observables de la relación.

El vehículo de tales manifestaciones es la comunicación". La comunicación en su área pragmática, pone de manifiesto que toda conducta, y no sólo el habla, es comunicación y estudia los concomitantes no verbales y el lenguaje corporal y se agregan a las conductas personales los componentes inhe-

rentes al contexto en que la comunicación tiene lugar.

El hombre ha buscado intensamente la comunicación, recurriendo a los más sutiles e inteligentes medios de que dispone para hacerlos.

Pero tal vez, habría un paso más a recorrer y estudiar, si se plantea el siguiente interrogante: La teoría de la pragmática de la comunicación humana, puede ser útil cuando el interés de la comunicación se desplaza de lo interpersonal a lo existencial.

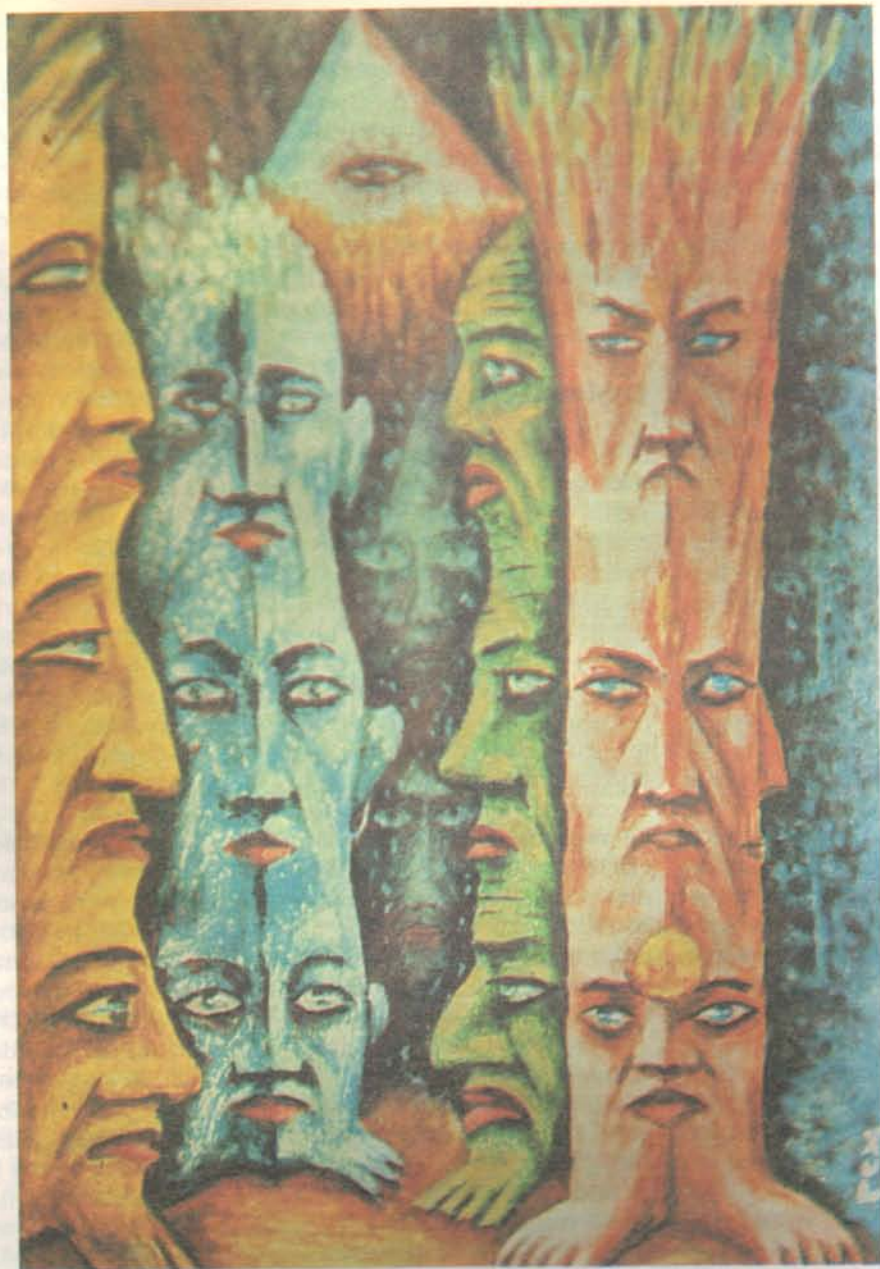
Tal vez nunca haya una respuesta, puesto que la existencia del hombre no es observable en el mismo sentido en que lo son sus relaciones sociales. El hombre existe en una relación amplia, compleja y privada con la vida. A este socio "existencial", quizás tanto como ocurriría con un socio humano, el hombre propone su definición del "self" y lo ve luego confirmado o no.

La capacidad de trascender del hombre es una cualidad existencial que se evidencia cuando logra comprender al otro, pospone sus deseos por más intensos que sean y del origen que provengan, se sobrepone y ama la existencia del otro en su totalidad, con la base ética de las relaciones no solo interpersonales sino fundamentalmente existenciales.

Existe sin duda lo inexpresable, en consecuencia hasta que las investigaciones no avancen: "De lo que no podemos hablar debemos guardar silencio"... ■

Bibliografía

1. Barousse, Román, "La contemplación estética de la pintura". Bs. As., Edit. Estrada, 1973.
2. Caligiore, Norma y Prigione, Luis, "Desde el Poder Escuchar al Saber Derivar", *Jornadas Organizadas por la Sociedad Argentina de Pediatría*, Filial Mendoza. Setiembre 1990, Psykhe, pág. 16-18.
3. Carbonari, María, González, Adriana y Rodríguez Echandía, Eduardo, "Estimulación Precoz: Una Visión Global". *Vertex, Rev. Arg. Psiquiat.* 1991, Vol. 11, pág. 171-175.
4. Carnap, Rudolph, "Introduction To Semantic". Cambridge: *Harvard University-Press*, 1942.
5. Davis, Flora, "El lenguaje de los gestos". Bs. As., Emecé, 1985.
6. Díaz, José L., "La nueva faz de la emoción: aspectos y niveles de investigación sentimental". *Salud Mental* V. 13. N° 4, Diciembre 1990, pág. 7-15.
7. Fischer, Hellen, "El contrato sexual: La evolución de la conducta humana". Bs. As., Ed. Salvat, 1987.
8. George, F. H., "The brain as a computer". *Oxford Pergamon Press*, Ltd. 1962.
9. Hinojosa, Armando, "La Comunicación". *Salud Mental* V. 4. N° 1, Primavera 1991, pág. 4-10.
10. Jaspers, Karl, "General psychopathology". *Univ. of Chicago Press*, 1963.
11. Lorenz, Konrad, "King Solomon's Ring". Methuen, 1952.
12. Morris, Charles W., "Foundation of the theory of signs". En Otto Newrath, Rudolph Carnap y Charles Morris. Eds. *International Encyclopedia of Unified Science*, Vol. 1, N° 2.
13. Oyarzun, Fernando, "Percepción del rostro personal y proceso de personalización-despersonalización". *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiat.* 13, 2 (74-76), 1985.
14. Oyarzun, Fernando, "La persona humana como fundamento de una orientación médico-antropológica". *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiat.*, 17, 6 (403-406), 1989.
15. Oyarzun, Fernando, "La persona, la psicopatología y psicoterapias antropológicas". Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1992.
16. Ruesch, Juergen y Bateson, Gregory: "Comunicación: La matriz social de la psiquiatría". Bs. As., Ed. Paidós, 1965.
17. Verón, Eliseo y Sluzki, Carlos, "Comunicación y neurosis". Bs. As., Ed. del Instituto, 1973.
18. Verón, Eliseo; Prieto, Luis; Eakman, Paul; Friesen, Wallace; Sluzki, Carlos y Masota, Oscar, "Lenguaje y comunicación social". Bs. As., Ed. Nueva Visión, 1984.
19. Watzlawick, Paul; Beavin, Janet y Jackson, Don, "Teoría de la comunicación humana". Barcelona, Ed. Herder, 1986.



Xul Solar
"Simbolos"
1954



Nacido en la posguerra –aunque con algún antecedente en la URSS de los años '30–, fruto de las urgencias sanitarias para recibir y tratar la superpoblación de pacientes después de la contienda, el Hospital de Día de adultos pudo existir por que también concurrieron a su concepción otros recursos y factores. Efectivamente, las técnicas emanadas de las teorías psicodinámicas en expansión, las técnicas biológicas (cura de Sakel, electroshok) y luego la psicofarmacología, que yugulando lo más miedoso de la sintomatología psiquiátrica permitieron la libre circulación de los pacientes en la ciudad, y las exigencias políticas por mejoras en la Salud Pública que plantearon los pueblos luego de las mejoras sufridas, se contaron entre las causas más determinantes del surgimiento del dispositivo Hospital de Día.

Su característica contractual, su temprana orientación psicoterapéutica, su vocación rehabilitadora y antiasilar lo definieron como la figura emblemática de la Psiquiatría en la Comunidad.

En nuestro país se adoptó tempranamente este recurso terapéutico y aunque en sus inicios lo fue más como trasplante de experiencias extranjeras que como eslabón en una verdadera red de Salud Mental, con el tiempo ha ido ocupando un lugar de importancia entre los modelos de atención.

Con el paso del tiempo y de diversos desarrollos (antipsiquiatría inglesa, reforma italiana, psiquiatría comunitaria norteamericana), nuevas técnicas (departamentos terapéuticos, casas de medio camino, interacciones domiciliarias, hospitales de noche, etc.) tienden a diversificar la oferta de atención psiquiátrica. Pero el Hospital de Día sigue siendo una opción clara y distinguible, aunque en muchos lugares su configuración clásica fue cuestionada progresivamente y se pusieron nuevas fórmulas a prueba. Allí está, por ejemplo, la propuesta de Bleandonu en el sentido de un "hospital de día múltiple" es decir capaz de ofrecer programas terapéuticos personalizados a poblaciones de pacientes. Esto alude, sin duda, a que también la clientela de los hospitales de día se ha modificado al ritmo de los cambios en las patologías prevalentes. La psicodinámica ha cedido el lugar como problemática más numerosa a los trastornos borderline, las toxicomanías, el alcoholismo o las alteraciones de conductas alimentarias.

Por todo ello es que la mayoría de los autores opinan que los hospitales de día existentes no comparten ninguna doctrina en común ni responden a ninguna definición consensuada. Lo heterogéneo domina el horizonte de sus prácticas, haciéndose necesario, sin pretender la uniformidad, un nuevo esfuerzo de conceptualización.

A ello apuntan las contribuciones seleccionadas para componer este Dossier ■

Alfredo Horacio Feijoo

*Médico Psicoanalista.
Avda. Gaona 3044, 8° "A" (1416) Bs. Aires, Rep. Ar-
gentina.*

El objetivo general de este trabajo será enfatizar la creciente importancia de la asistencia en Salud Mental de las instituciones de interacción intermedia (Hospital de Día y Hospital de Noche).

1. Plan general de la obra:

Para el logro de dicho objetivo se desarrollarán los siguientes breves capítulos:



Instituciones de internación psiquiátrica intermedia Hospital de Día - Hospital de Noche

1. Actualización conceptual.
2. Criterios de admisión.
3. Equipo terapéutico (conformación y funciones).
4. Actividades y concurrencia.
5. Ventajas.
6. Evaluación - Costos - Efectividad
7. Hospital de Noche.
8. Conclusiones.

1. Actualización conceptual

1.1. Definición

Ambas modalidades de atención se caracterizan por ser prestaciones médicas institucionalizadas, que abarcan objetivos limitados, con carácter intensivo, sin albergue nocturno, basados en lineamientos psicoterapéuticos de las denominadas terapias breves(14).

A pesar de que el trabajo se extenderá sobre la modalidad de internación parcial diurna, destacaremos que la segunda modalidad es consecutiva y complementa la tarea de rehabilitación y resocialización del paciente una vez reingresado a su medio laboral, ya que el hospital de noche funciona al término de la jornada de trabajo y se extiende hasta las primeras horas de la noche.

1.2. Desarrollo

Histórico

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, en Inglaterra, las dificultades para ocupar camas con pacientes psiquiátricos debido al alto índice ocupacional por heridas de guerra lleva a las autoridades sani-

tarias de Hampstead, a crear el primer establecimiento de internación parcial diurna, denominado "Social Psychotherapy Centre"; los resultados logrados superaron las expectativas más optimistas y en poco tiempo acumulando experiencias se acortan los plazos de tratamiento evitándose costosas internaciones. El ejemplo cunde y hacia los comienzos de 1947 en Canadá, EE.UU. y Francia comienzan a crearse clínicas de día hasta alcanzar, al cabo de 10 años, casi un centenar en Europa, EE.UU. y Canadá.

En nuestro medio, a fines de la década del '60, Goldemberg, Nachon, Buzzo, Barca, Ferritto y otros comienzan a aplicar este novedoso sistema de asistencia en instituciones oficiales y privadas. Aunque recientemente se están generalizando y su uso alcanza incluso a pacientes de la tercera edad en importante contribución a la prevención primaria y secundaria en Gerontopsiquiatría. La creciente jerarquía de su utilización se resume en el informe 174 de la Organización Mundial de la Salud, que establece la conveniencia del funcionamiento de tales servicios(3, 4, 6, 16).

2. Criterios de admisión

En esta modalidad terapéutica, más que en ninguna, el paciente es partícipe activo y no objeto pasivo de tratamiento, por lo tanto sólo deben ser excluidas las demencias, oligofrenias profundas, estados confusionales, personalidades psicopáticas antisociales y tendencias suicidas. En los exámenes psiquiátricos y psicodiagnósticos de admisión, el paciente será evaluado previamente, estableciéndose los puntos de urgen-

cia, defensas yoicas que puedan ser estimuladas, etc., a fin de establecer con premura los objetivos terapéuticos, abordaje y factibilidad del tratamiento. Esto es complementado por el estudio social que aporta la información respecto de trabajo, grado de dependencia económica, estabilidad de su vivienda, hábitos y relación con el medio ambiente(5, 11, 14).

Anamnesis

Una adecuada anamnesis clínica nos aportará el necesario conocimiento del estado físico del paciente, evaluando posibles deterioros por adicciones, edad, etc. Todo este cúmulo de información se completa con la brindada por los familiares, los que serán incorporados precozmente en la responsabilidad terapéutica. La no desinserción del paciente de su medio impide a los familiares desinteresarse del problema y mejora el rendimiento terapéutico. De esta manera se desarrollarán modernas inquietudes psicoterapéuticas que dejan de lado viejos esquemas que limitaban la enfermedad al deterioro mental, proponiendo la comprensión de la conducta del paciente ubicándola en su contexto más amplio: el Bio-psicosocial(7, 1, 2).

2.1. Oportunidad de su ingreso

La fuente de derivación podrá ser el terapeuta individual, su médico de cabecera, la familia o cualquier profesional actuante que evalúe que la problemática del paciente, así como las ansiedades generadas en el mismo y en su familia exceden el marco de la consulta externa y plantean la necesidad de implementar medidas terapéuticas activas, que indefectiblemente conducen a la búsqueda de institucionalización tal que su grave-

dad no requiera de internación completa. Los autores consultados en la bibliografía a través de serios estudios estadísticos y clínicos, aseguran que más de los dos tercios de los pacientes que habitualmente son enviados a internación podrían ser tratados en Clínicas de Día, llegando a afirmar que en algunos cuadros psicóticos y psicopáticos deberá considerarse como el tratamiento más apropiado(2, 4, 6, 14, 15).

3. Equipo terapéutico

3.1. Conformación del Equipo

Si bien ciertas prácticas psicoterapéuticas, antaño se consideraban tareas individuales, el progreso científico pudo establecer los beneficios del accionar de un equipo *Pluri-multi e interdisciplinario*, especialmente en esta modalidad de la atención en salud mental que es el Hospital de Día. El contacto permanente del paciente con los componentes del equipo profesional, paramédico y auxiliar, representa para este un sinnúmero de situaciones inéditas que no se presentaban en una hospitalización total y que deben resolverse mediante el funcionamiento del mismo en una actitud coherente, sólida y comprometida con la tarea terapéutica. La adquisición de un código de lenguaje común, tanto desde los fundamentos psicopatológicos y a partir de los mismos, la consecuente estrategia y táctica de abordaje, así como el desarrollo armónico de la labor evitando que se creen supremacías de ciertas áreas en desmedro de otras. La conformación de un auténtico equipo psicoterapéutico es una tarea que no puede ni debe improvisarse y todos los integrantes deberán tener experiencia previa en tareas comunitarias. Debe asimismo destacarse que la tarea del equipo de salud mental es una función médica y todos los miembros del mismo estarán compenetrados de dicho concepto, dado que aun el

personal auxiliar estará abocado a la acción de curar, responsabilidad excesivamente importante como para arriesgarse a dañar a través de ella, debido a la incorporación de personas no acreditadas o "diletantes" voluntariosos(5, 14).

3.2. Integración y Funciones

La dirección será ejercida por un médico psiquiatra y dado que tendrá la responsabilidad de la cohesión del equipo terapéutico, deberá tener suficientes dotes de liderazgo, así como capacidad organizativa y fundamentalmente ser un terapeuta sólido cuya asistencia y supervisión de las actividades será para los demás miembros, factor de seguridad y contención de las ansiedades generadas. Los aspectos psicoterapéuticos, en cuanto a terapias grupales individuales y familiares serán confiadas a médicos y psicólogos. El control psicofarmacológico y de medicina clínica deberá ocupar una parte importante dentro de las tareas a desarrollarse en la jornada de labor, excediendo la simple supervisión de fármacos o tratamientos biológicos a fin de incorporarse a un criterio dinámico. La recreación pautada será dirigida por un profesional habilitado para tales prácticas y comprenden terapia ocupacional, expresión corporal, gimnasia rehabilitatoria, musicoterapia, y en los últimos tiempos

La recreación pautada será dirigida por un profesional habilitado para tales prácticas y comprende terapia ocupacional, expresión corporal, gimnasia rehabilitatoria, musicoterapia, y en los últimos tiempos, se han incluido con notables resultados, fonoaudiología y psicomotricidad.

se han incluido con notables resultados, fonoaudiología y psicomotricidad. Un párrafo aparte merece la misión del personal de enfermería, cuyo rol adquiere en este tipo de instituciones especial relevancia, dada su relación permanente y directa con los pacientes; debe estar especialmente

adiestrado para resolver todo tipo de situaciones con solvencia y seriedad. Otras actividades especialmente plásticas, como cerámica y pintura, serán también motivo de reforzamiento de aspectos sanos y a través de los mismos se podrá dar paso a expresiones no desarrolladas del paciente. El personal de mucamas y administrativo estará suficientemente preparado para que su actitud sea a la vez comprensiva y permisiva pero con capacidad de puesta de límites cuando sea necesario. En la tarea pluridisciplinaria del equipo de salud, la incorporación de profesionales de Servicio Social, nos ha enfrentado con el conocimiento del medio donde debe reinsertarse el paciente. Si bien las terapias familiares deberán lograr la aceptación del medio familiar del miembro que participa del Hospital de Día, las Asistentes Sociales deberán en primera instancia vencer y esclarecer los prejuicios especialmente a nivel laboral, desterrando absurdos estigmas que impiden la rehabilitación total del paciente psiquiátrico. Otra grave realidad hace sentir estériles los esfuerzos individuales; me refiero a los innumerables casos provenientes de grupos marginales (villas de emergencia, ex-convictos, etc.), que además de su proceso psicopatológico adolecen de la imposibilidad de producir cambios en su entorno, debido a imposiciones de sistemas socio-económicos que soslayan soluciones solidarias, prorrogando situaciones de injusticia social, que obligan a un replanteo del concepto académico de salud. Por tanto, las tareas de las Asistentes Sociales que deberán intentar resolver situaciones complejas en las áreas culturales, educativas, laborales, habitat, etc., no pueden limitarse a la investigación social, si careciendo de recursos su labor y en consecuencia el esfuerzo terapéutico del equipo de salud, naufragara ineludiblemente al cabo de poco tiempo. Deberán entonces implementarse dentro de la

prevención primaria planes político-sociales a nivel de las más altas autoridades gubernamentales que asuman la responsabilidad de dar respuestas coherentes, orgánicas y definitivas a esta problemática (7, 12).

4. Plan de actividades y concurrencia

4.1. Plan básico de Actividades

En cualquier diagramación de actividades la instancia psicoterapéutica, se privilegiará como en lugar confiable para poder depositar las ansiedades, las ideas, las emociones, conflictos, miedos propios de la enfermedad y preocupaciones respecto de la situación vital. Dicha tarea recibirá el apoyo del control psiquiátrico, médico y de psicofarmacología dinámica pudiéndose incluir algún tratamiento biológico como ser de psicofármacos administrados por venoclisis; la labor terapéutica

incluirlá aquellas actividades destinadas a rescatar, fortalecer y preservar los potenciales indemnes del paciente y pueden clasificarse en:

a. Actividades Grupales operativas o Socioterapias

Proponen una adaptación activa al mundo circundante y la re-socialización a través de creación de vínculos con sus pares en un sentido pluridimensional. Comprende fundamentalmente la Asamblea Administrativa, la lectura colectiva de diarios y las asambleas comunitarias incluyendo a los familiares

b. Actividades creativas

Tienden a la capacitación, libre expresión, e incremento de la autoestima. Pudiéndose destacar la Terapia ocupacional, Expresión corporal, mucicoterapia, canto co-

ción y concentración, como por ejemplo la gimnasia cognoscitiva o la gimnasia yoga, favorece la constitución de un yo más capacitado para enfrentar las vicisitudes



ral, cerámica y pintura.

c. Actividades Recreativas

Tan intenso plan de actividades pautadas requiere un período de relax y libre disposición del tiempo, generalmente durante una hora después del almuerzo, donde se dispondrán de deportes de Salón (ping-pongs), juegos de salón (ajedrez, damas, naipes), o bien lectura de revistas, televisión, simple ocio.

d. Rehabilitación física y/o kinésica

La integración del esquema corporal mediante la rehabilitación fisiátrica. La gimnasia en especial aquella que implique mediante un ritmo lento la relaja-

del cotidiano vivir. La rehabilitación foniatría conduce a la re-socialización al atender aquellas patologías que inhiben la comunicación, tales como dislalias, disfe-mias, disartrias, apraxias, afasias, y otros trastornos de la articulación del lenguaje y la lecto-escritura. Kinesioterapia y psicomotricidad serán incorporados de acuerdo al caso.

e. Salidas Programadas, deportes exteriores y cultivo de jardín o huerta

Se podrán incluir también visitas grupales guiadas por acompañantes terapéuticos, con una frecuencia semanal o quincenal, a parques, exposiciones, museos, o

Modelo tipo de actividades

| Hora | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes |
|-------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|-----------------------------------|
| 9 | Desayuno | Desayuno | Desayuno | Desayuno | Desayuno |
| 9.30 | Lectura de Diarios | Lectura de Diarios | Lectura de Diarios | Lectura de Diarios | Lectura de Diarios |
| 10 10.30 | Asamblea de Iniciación Semanal | Espacio Individual o Familiar | Espacio Individual o Familiar | Espacio Individual o Familiar | Psicoterapia Familiar o Grupal |
| 11 11.30 12 | Musicoterapia | Expresión Corporal | Musico- rapia | Expresión Musicoterapia Corporal | |
| 12.30 | Almuerzo | Almuerzo | Almuerzo | Almuerzo | Almuerzo |
| 13.30 | DESCANSO POSTPRANDIAL COORDINADO | | | | |
| 14 a 15.30 | TERAPIA OCUPACIONAL | | | | |
| 16 | Merienda | Merienda | Merienda | Merienda | Merienda |
| 16.30 | Espacio Individual o Familiar | Espacio Individual o Familiar | Espacio Individual o Familiar | Espacio Individual o Familiar | Asamblea de |
| 17 a 18 | Psicoterapia Grupal | Psicoterapia Grupal | Psicoterapia Grupal | Psicoterapia Grupal | Cierre Semanal |

salas de concierto de acceso libre. En temporada estival en los horarios de gimnasia podrán eventualmente practicarse algún tipo de deporte exterior, no demasiado violento. Para los miembros de la tercera edad el cultivo del jardín o huerta ofrece singularísimas fuentes de gratificación(2, 4, 8).

4.2. Concurrencia

A este respecto trataremos de ser sumamente claros, ya que dos corrientes encontradas se registran al respecto en bibliografía consultada. Algunos autores proponen que la asistencia sea opcional, otros por el contrario que la misma sea obligatoria. Esta propuesta destaca que se debe discriminar la asistencia diaria al Hospital de Día, la que debe ser claramente explicitada dentro del encuadre terapéutico; de la participación activa del paciente en las diferentes actividades, la cual será el producto del incremento de la motiva-

ción, evitando la no asistencia a fin de no resentir la eficiencia de tareas propuestas. El compromiso con la acción terapéutica requiere que la continuidad del tratamiento sea mantenida, el ausentismo no justificado que se reitera consecutivamente durante tres o más días, obliga a un replanteo de la estrategia y tras una nueva evaluación considerar la necesidad de una internación completa. Resumiendo, podemos decir que debe establecerse como requisito "sine que non" para un adecuado funcionamiento de este tipo de instituciones, la asistencia diaria y la puntualidad en los horarios, cumplimiento tanto de pacientes como de profesionales, y será efecto de la implementación técnica y no del compulsivo autoritarismo, la participación de los pacientes en las diferentes actividades.

4.3. Descripción de las diferentes prestaciones

4.3.1. Psicoterapia Grupal

Serán de elección estrategias grupales directamente dirigidas a resolver la sintomatología, mediante sesiones diarias, de 90 minutos de duración con grupos de 8-10 pacientes con un terapeuta y un coterapeuta. Los grupos serán abiertos, heterogéneos y seguirán los lineamientos técnicos de las terapias de objetivo limitado al punto de urgencia, es decir a la situación vital que causa la concurrencia a la consulta. Se utilizarán señalamientos, rol-playing, dramatización, evitando las interpretaciones individuales dejando esta última instancia para la terapia individual. Se estimulará el incremento de la autoestima, y el análisis crítico de sus problemáticas proponiendo modificaciones en sus modelos conductuales de manera que pueda reconocer, enfrentar y resolver dificultades que surjan a posteriori(14, 16).

4.3.2. *Terapia Individual*

Hemos comprobado que no pocas dificultades se producen si las sesiones individuales son realizadas con el mismo terapeuta de grupo del que participa el paciente, o en horarios que fracturan la actividad grupal. Por tanto dichas tareas deberán reservarse para horarios previos o posteriores al desarrollo de las tareas.

4.3.3. *Controles Psiquiátricos, farmacológicos y clínica médica*

Al igual que las evaluaciones psicodiagnósticas, los controles psiquiátricos al incorporar la psicofarmacología dinámica, son factores importantes en el seguimiento del paciente y la detección de aquellas perturbaciones que necesiten medicación.

4.3.4. *Tratamientos biológicos*

Aquellos equipos que ideológicamente acepten los tratamientos biológicos, los efectuarán en las primeras horas de la mañana, antes del comienzo de las tareas grupales, mientras se realizan los controles psiquiátricos y evaluaciones citadas en el párrafo anterior. En lo que a mí respecta, considero que si la seriedad del caso exige tratamientos convulsivantes, ya sea por técnicas de choques o insulino-terapia, de por sí en la actualidad, ya extremadamente reducido a pocas instancias graves, esta misma indicación obliga a una internación completa, ya que dichos tratamientos aún realizados en horas tempranas, perturban demasiado al paciente, como para una participación activa de las tareas matutinas. Quedando solamente el goteo de psicofármacos, por ejemplo antidepresivos, como único tratamiento biológico compatible con esta modalidad terapéutica.

4.3.5. *Terapias familiares*

Algunos autores no las consideran dentro del funcionamiento cotidiano del Hospital de Día, sino desarrollos simultáneos, aunque los responsables de esta área deberán coincidir con el plan general y participar del criterio del resto, manteniendo una fluida comunicación y aunque no realicen tareas directas con el paciente participarán en la Asamblea administrativa y fundamentalmente en

la Asamblea comunitaria semanal con participación de familiares de todos los pacientes.

4.3.6. *Actividades grupales Operativas o Socioterapias: Asamblea Administrativa*

Será coordinada siempre por un integrante del equipo terapéutico elegido democráticamente por el voto de todos los participantes, quien será secundado por un secretario de actas, el cual será uno de los pacientes elegido de igual forma que el coordinador. Los temas a tratarse serán fundamentalmente destinados a resolver los trastornos de la comunicación entre los pacientes y entre ellos y el equipo terapéutico. Se buscará alisar ansiedades y tensiones evitando la distorsión de los mensajes que pueden conducir al aislamiento de los grupos de interacción(14, 6). "Observamos cómo aumenta la autoestima del paciente cuando es votado para asumir algún liderazgo, cómo se acrecienta su seguridad al lograr cumplir satisfactoriamente su rol, como aprende a verbalizar mejor sus sentimientos a medida que se ejercita, al discutir los temas propuestos"(14).

Asamblea Comunitaria

Muchos equipos en nuestro país proponen que además de la asamblea administrativa se realice una vez por semana una Asamblea Comunitaria en la que además de pacientes y equipo, se incluyan los familiares cercanos de todos los pacientes. Lo que logra efectos beneficiosos en la actitud de aceptación de los familiares desterrando mitos y prejuicios.

Lectura colectiva de diarios

Esta práctica grupal podrá ser coordinada por enfermeras, técnicos, o cualquier miembro del equipo. Tenderá a vincular al paciente con su entorno y el exterior, favorecer la ubicación tén-

poro-espacial, combatir el aislamiento, el ensimismamiento y el desinterés del paciente por lo que lo rodea(1). El paciente al familiarizarse con las noticias periodísticas y al ser estimulado y comentarlas libremente, se hace más receptivo a recibir conocimientos y buscar nuevas posibilidades(14).

4.3.7. *Actividades Creativas Terapia Ocupacional*

Se puede establecer en dos niveles, laborterapia o técnicos de taller o pretaller protegido. Inicialmente se intentó a través de ella combatir el ocio y adquirir e incorporar la labor en equipo, pero a medida que la experiencia fue capitalizándose esta tarea fue valorada, constituyendo la actividad central de aquellas terapéuticas destinadas a favorecer la creación y acrecentar la autoestima. Son labores habituales el repujado en cuero y láminas de metal, pirograbado en cuero y madera, costura, bordado en canavas o bastidor, hasta la encuadernación y trabajo en madera, carpintería, ebanistería, etc. Dado los múltiples objetivos que cumple y la variedad de técnicas que abarca, donde podrían a fin de ser sintéti-

En cualquier diagramación de actividades la instancia psicoterapéutica, se privilegiará como en lugar confiable para poder depositar las ansiedades, las ideas, las emociones, conflictos, miedos propios de la enfermedad y preocupaciones respecto de la situación vital.

cos la pintura y la cerámica debe incluirse diariamente con un mínimo de 90 minutos por sesión(11, 14).

Expresión Corporal

Tomada "in initio" de las escuelas de teatro, la expresión corporal favorece la libre y creativa expresión del yo, plásticamente,

esquema corporal, reconocimiento propio y del otro y un fácil acceso a la fantasía. Tiene el inconveniente que puede ser elemento de pérdida de contacto con la realidad si no está convenientemente programada. Su frecuencia será de 2 sesiones semanales de 60 minutos(14).

Musicoterapia y canto coral

Con una frecuencia semanal de 3 sesiones de 60 minutos, la musicoterapia se dirige fundamentalmente a la estimulación y manejo de los aspectos emocionales y sensoriales venciendo temores y prejuicios y favoreciendo la integración y el funcionamiento grupal. A este respecto el canto coral, impulsando la expresión a través de la propia voz cumple dos objetivos

1. Vencer inhibiciones o temores al ridículo, y
2. Integrar el sentimiento de libertad indispensable para una adecuada resocialización.

4.3.8. El resto de las actividades ha sido descrito "ut supra" y su difusión nos exige de mayores comentarios y a fin de no ser demasiado extenso, se adjuntará como anexo un esquema básico de actividades, destacando que varios grupos pueden funcionar al unísono con una simple combinación adecuada de tareas.

5. Ventajas de la internación intermedia

Las ventajas de los programas de internación intermedia pueden ser analizadas bajo tres aspectos diferentes y concurrentes

1. para el paciente
2. para la familia
3. para la comunidad(2, 5)

5.1. Ventajas para el paciente

El paciente tolerará con mayor facilidad la asistencia parcial, evitándose de este modo el hospitalismo y la aparición de prejuicios y estigmas culturales que devienen de la internación completa. El temido hospitalismo es un síndrome producido por internaciones completas, en especial prolongadas, que producen en el paciente conductas regresivas con pérdidas de deseo de evolucionar

psicosexualmente manteniendo conductas estereotipadas que incrementan el beneficio secundario de la enfermedad. La concurrencia diaria, el cumplimiento de horarios lo mantiene dentro de un clima de disciplina que facilita su reingreso a sus obligaciones laborales. La composición variada de actividades favorece su autonomía y al ejercer con menos limitaciones su libertad, aumenta su capacidad crítica y colabora en la asunción de sus aspectos enfermos.

5.2. Ventajas para la familia

Nuestra experiencia ha demostrado que quien padece alguna perturbación psíquica es depositario de las ansiedades y aspectos psicóticos negados del grupo familiar. Las familias transforman su culpa colectiva en una deficiencia individual, siendo el paciente marginado del resto (7, 12). La no desinserción del medio compromete a la familia al esquema terapéutico, lo que se amplía en las terapias familiares y la asamblea comunitaria y favorece que el grupo familiar asuma la responsabilidad que por culpa, desconocimiento o incapacidad ha dejado de lado corrigiendo conductas y adquiriendo otras más adecuadas(1).

5.3. Ventajas para la comunidad

Deberá considerarse como prioritario en cualquier Programa de Salud Mental, con orientación psicodinámica, la reinserción del paciente a su medio a la

brevedad y de ser posible evitar su separación del mismo. Las instituciones de internación intermedia de esta manera reducen el porcentaje de camas psiquiátricas, lo que permite un incremento de prestaciones con un costo menor que las internaciones totales, disminuyendo el índice de cronificación y agilizando su reinserción laboral no fomentando situaciones de dependencia e improductividad.

6. Evaluación, costos, efectividad

Al analizar la efectividad de esta modalidad terapéutica es conveniente plantearse con honradez si tal despliegue de técnicas y recursos humanos son justificables, más allá de la reducción de costos, lo cual es motivo de constante preocupación para las autoridades sanitarias. A fin de dimensionar la efectividad de los programas de internación parcial será menester tener presentes los siguientes parámetros.



6.1. Ponderación médica

Evalúa los beneficios reales desde el punto de vista asistencial, supervisando los objetivos del tratamiento y permite el seguimiento del paciente a través de tres tipos de evaluaciones: inicial, de seguimiento y final.

6.1.1. Inicial

Comprende el informe de ingreso, diagnóstico (psicológico-psiquiátrico), establecimiento de puntos de urgencia a fin de instrumentar las estrategias terapéuticas adecuadas.

6.1.2. De seguimiento

Evalúa la marcha del tratamiento, con creación de objetivos, estableciendo de ser necesario los reajustes imprescindibles a fin de lograr resultados satisfactorios.

6.1.3. Final

En el momento del alta, evaluará la remisión sintomática y cambios de la conducta, poniéndose énfasis en la asunción de roles familiares y laborales(5, 6).

6.2. Ponderación Social

Los seguimientos comparativos de pacientes provenientes de internación parcial y total durante un año y más, demostraron, mediante la utilización de instrumentos objetivos de evaluación (escalas-inventarios), que ambos tratamientos resultaron igualmente efectivos(9-10). Los planes de internación intermedia se destacaron por los siguientes beneficios: alta lograda en menos tiempo, índice de reingresos menor, índice de cronificación significativamente menor, ajuste social superior con un porcentaje de ocupación laboral del 78% al cabo de un año(13). La experiencia ha demostrado que la eficiente rehabilitación reduce la permanencia de pacientes en el Hospital de Día, disminuye la incidencia de impedimentos permanentes y acorta el período de incapacidad laboral(9, 10, 13).

6.3. Ponderación Económica

Bajo el aspecto económico la reducción de costos es altamente significativa, valores que oscilan entre un 35% y un 48% hacen que en momentos que se atraviesa una seria crisis económica se busquen optimizar resultados al más bajo costo posible. Además, el beneficio económico no depende solamente de la reducción de gastos por hotelería, servicios adicionales y menor inversión de capital, sino por el más rápido reintegro a tareas productivas del paciente(9, 10, 11).

7. Hospital de noche

Vamos a describir someramente el funcionamiento de un Hospital de Noche, dado que su implementación además de ser reciente y experimental en nuestro país, no se aleja en los lineamientos ideológicos y técnicos de las prestaciones ya descritas. El Hospital de Noche prolongará sus benéficos efectos cuando el paciente ya se ha reinsertado en su marco laboral, lo que permitirá completar el tratamiento iniciado en el Hospital de Día. Siempre bajo el sistema de comunidad terapéutica desarrolla sus actividades entre las 18,30 y las 21 horas. Sus objetivos, si bien menos ambiciosos, son los de sostener los logros establecidos en el período inmediato anterior y colaborar con el enfrentamiento a situaciones nuevas producto de la reasunción de roles del paciente en su trabajo y familia. Se intensificarán las terapias grupales y familiares, reforzándose aquellas áreas que durante su permanencia en el Hospital de Día, evidenciaron mayores dificultades, por ej.: Psicomotricidad, Fonoaudiología, Musicoterapia, etc. Se incluirá una colación entre las 19,30 y 20 horas, a fin de mantener estrechos vínculos con el equipo y el resto de pacientes. Su duración también será de 2 a 3 meses y luego continúa su atención por Consultorio Externo el tiempo necesario o alta definitiva.

8. Conclusiones

A las autoridades sanitarias, estatales, paraestatales y de obra sociales, patronales y sindicales, incumbe el deber de adaptar todas las disposiciones a su alcance a fin de disminuir el Dominio (Incidencia + Prevalencia) de las diferentes enfermedades mentales, no olvidemos que el 27% de la población del país padece de algún tipo de perturbación psíquica(7).

También deberán implementar planes de salud en que se destaque el tratamiento de los afectados y el cuidado de los mismos durante su restablecimiento. En muchos de esos casos tales disposiciones incluirán la provisión de instituciones de internación intermedia, para aquellos que no sea



menester ser internados en un establecimiento de internación total y donde recibirán ayuda, apoyo y esclarecimiento, o bien para facilitar el retorno a las responsabilidades cotidianas tras un período

de tratamiento, y los lineamientos de terapia breve permitirán la rápida solución de los puntos de urgencia, evitando dependencias innecesarias. El autor de este trabajo coordina un Equipo de Auditoría en Salud Mental y Gerontología de una Obra Social estatal. La experiencia asistencial previa, ha posibilitado mediante un estudio de población, demanda y recursos, la implementación de un Plan de Atención Psiquiátrica Dinámica, en concordancia con los planes establecidos por las autoridades nacionales, en el que se destaca

la utilización de Establecimientos de Internación Intermedia. Fueron establecidas Normas de Funcionamiento, características edilicias y se confeccionó una Guía de evaluación.

9. Resumen

El propósito del trabajo es enfatizar la importancia de estas prestaciones psiquiátricas institucionizadas, sin albergue nocturno,

caracterizados por brindar un tratamiento intensivo, con objetivos limitados a los puntos de urgencia, basados en los lineamientos de las terapias breves. Sus criterios de admisión abarcan la mayoría de las psicopatologías, excluyéndose sólo las demencias, oligofrenias profundas, estados confusionales, personalidades psicopáticas antisociales y tendencias suicidas. La integración de un Equipo Terapéutico pluri, multi, e interdisciplinario abarca la más completa gama de prestaciones, asegurando un enfoque totalizado: el Bio-psico-social. Sus ventajas son destacadas en tres aspectos.

- Como Terapéutica institucional es importante el bajo costo de la prestación que permite dar mayor atención a mayor número de pacientes, disminuyendo la ocupación de camas.

- El breve período de internación unido a la rápida reinserción en el medio laboral, asegura un menor índice de ausentismo, impide el hospitalismo, reduce los reingresos y el índice de cronicidad y aumenta el ajuste social con un mayor porcentaje de ocupación laboral.

- La participación activa de la familia en el proceso terapéutico asegura que la misma asume las responsabilidades con el miembro enfermo impidiendo el abandono y aislamiento ■

Innumerables casos provenientes de grupos marginales, además de su proceso psicopatológico adolecen de la imposibilidad de producir cambios en su entorno, debido a imposiciones de sistemas socio-económicos que soslayan soluciones solidarias

do de hospitalización completa. La ventaja de este tipo de instituciones, es la posibilidad de no desinsertar al paciente de su medio, ya que concurre diariamente de lunes a viernes en el horario de 9,00 a 16,00 horas, para el Hospital de Día y de 18,30 a 21,00 horas en el Hospital de Noche, incentivando a la familia a participar del proceso terapéutico impidiendo el hospitalismo. El tiempo de internación de ambas modalidades no superará los 2-3 meses

Bibliografía

1. Andrés, H., Gastron, L., "Críticas a la teoría del desarraigo, el Hospital de Día como una alternativa de integración". Revista Española de Gerontología y Geriatria. Año 14, N°5, Sept. 1979.
2. Barca, R., Zulcovsky, R., Szurman, S., "El Hospital de Día y la Batalla contra la Discapacidad". Medicina de la 3ra. edad. Año 1, N°4, Junio 1982, Buenos Aires.
3. Bennett, D., "Community Mental Health Services in Britain" A. J. Psychiat. 130, 1065-1070, 1973.
4. Brockle Hurst, J. C., "The Geriatric day Hospital". King Edward's Hospital, 2a. Ed., 1973, Londres.
5. Chappa H., "Internación Parcial Diurna en Psiquiatria (Clínica de Día)". Daimon, Año 8, N°17, Buenos Aires, 1984.
6. Fattrell, E. M., "A ten year's review of the functioning of a Psychiatric Day Hospital". Brit. Journal of Psychiat. 123:715, Londres, 1973.
7. Feijoó, A.H., "Un tema de Psiquiatria Sanitaria: Los niveles de prevención en Geronto-Psiquiatria" Neuropsiquiatria y Salud Mental, (Arg.) 1981, XII (3) 56-59
8. Ferritto, A., "Hospital de Día Geriátrico". Revista Argentina de Medicina Geriátrica, Año 1, N°1, Sept-Oct. 1979, Buenos Aires.
9. Hertz, M., Endicott et al., "Day vs. Impatients Hospitalization a controlled study". Amer. Journal Of Psychiat. 127-107-118, 1971.
10. Hertz, M., Endicott, M. et al., "Brief Hospitalización follow up". Amer. J. Psychiat., 134-502-507, 1977.
11. Los Servicios de Sanidad en Gran Bretaña. Editado por la Central Office of Information, Londres, 1968-1973-1979, etc.
12. Mariategui, J. et al., "Epidemiología Psiquiátrica en América Latina", Acta, Buenos Aires, 1970.
13. Michaus, M. H. et al., "Post-release Adjustment of Day Hospital and Full Psychiatry patients". Arch. Gen. Psychiat, 26: 647-651, 1973.
14. Nachon, M., "Hospital de Día", Daimon, Año 1, N°4, Buenos Aires, 1977.
15. Pildis, M. et al., "Day Hospital Treatment of Borderline Patients. A clinical perspective" American Journal Psychiat, 135: 594-596, 1978.
16. Watzlawichk, P. et al., "Teoría de la Comunicación Humana". Editorial Tiempo Contemporáneo, 3a. Edición, 1974.

El psicoanálisis en la clínica del Hospital de Día

Daniel Millas*

Y podemos, sin duda, hacer nuestra la afirmación de que si no fuera por los resultados terapéuticos, el psicoanálisis no sería más que un delirio.

El Hospital de Día constituye desde su origen una estrategia psiquiátrica, que del mismo modo que la internación, viene a cumplir una función específica: obtener un efecto terapéutico. Sin embargo, por disponer de un dispositivo organizado en función del tratamiento ambulatorio del paciente, requiere en primer lugar (y en esto se diferencia de la internación) del interés y del consentimiento del sujeto. Es en este punto donde el Psicoanálisis puede hacer un aporte novedoso, sin que esto suponga proponer un dispositivo analítico del Hospital de Día.

Desde mi experiencia hospitalaria, como Coordinador del Hospital de Día del Servicio de Psicopatología del Hospital General Teodoro Alvarez, me interesa presentar algunas reflexiones a partir de la siguiente pregunta: ¿Qué consecuencias tiene que en el Hospital de Día, sea un psicoanalista el que reciba una demanda de asistencia?

Discurso Médico Discurso Psicoanalítico

Luego de formulada la pregunta, se puede establecer una primera diferencia con lo que es el discurso dominante en un hospital general, es decir, el discurso médico.

Si lo que caracteriza la relación médico-enfermo es la exclusión de las posiciones subjetivas de uno y de otro, puede decirse que la demanda de asistencia es necesaria pero no decisiva. En esta perspectiva, se privilegia lo terapéutico en la medida en que tiende a re-establecer al paciente a un estado previo. El síntoma, como signo de lo que no anda en conformidad con lo esperable, es nombrado y clasificado. Al síntoma se le da una respuesta. Se responde a la demanda de asistencia con consistencia. Y no está mal, ya que en eso el discurso médico consiste.

Ahora bien, el problema es el siguiente: ¿Cómo instalar en este contexto una clínica que como otra forma de lazo social, no existe sin transferencia? Clínica bajo transferencia que indica un lugar a ocupar por el analista.

Es sin duda una cuestión compleja, ya que un posible sesgo puede ubicar al analista en una posición que es la de denunciar los límites del saber médico, creyendo que el psicoanálisis es lo que le falta al Otro, lo que el Otro desconoce con soberbia. Posición evidentemente paradójica ya que no deja de reafirmar y sostener lo mismo que denuncia.

Es una cuestión de riesgo,

cuando para hacer más apacible la convivencia se normativiza el psicoanálisis bajo una nueva semiología o nuevos criterios, que engloban, definen y sistematizan lo denominado psico-social. Una normativización entonces, que se dirige a un perfeccionamiento, a una integración lograda.

Se me ocurre una tercera posibilidad, que puede describirse como *marginarse*. Ocuparse sólo de lo que concierne a la práctica con cada paciente, tomando a la institución como una contingencia, que debe ser atenuada, sino ignorada. Posición ésta que implica sustraerse a la pregunta por su presencia y su compromiso en el hospital.

La presencia del analista en el hospital no concierne sólo al modo particular de dirigir una cura. Exige la interrogación acerca del modo de operar con lo que puede llamarse *dispositivo institucional*.

Las tres posiciones que mencioné: oposición, adaptación y marginación, no dejan de ser modos de respuesta sintomáticos al dispositivo institucional. Se caracterizan por tener algo en común. La adaptación implica la identificación con los significantes Amo de la institución. En tanto la oposición y la marginación conllevan la introducción de un significante Amo (en este caso el psicoanálisis) que produce lugares de dominio y de exclusión al definirse en función de un rasgo único.

El dispositivo institucional, conforme al discurso médico, apunta a llevar la particularidad

* Daniel Millas Doctor en Psicología Clínica. Coordinador del Hospital de Día del Servicio de Psicopatología del Hospital General Teodoro Alvarez. Docente de la Cátedra II de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Docente de la Cátedra de Prácticas Hospitalarias de la Universidad del Salvador. Adherente de la Escuela de Orientación Lacaniana.
Uruguay 879 5° "A", 1015 Capital Federal. Teléfono y Fax: 42-2717.



del caso a la generalidad de sus normas y pautas de tratamiento.

La práctica analítica, pone de relieve el matema de Lacan, A , de donde se deduce que la dirección de la cura no establece el hacia dónde (en el sentido de tal o cual ideal terapéutico) sino, en primer lugar, el desde dónde se conduce la misma. La clínica psicoanalítica se constituye por el pasaje de la generalidad de la demanda de asistencia a la singularidad del sujeto.

Luego de haber llegado hasta aquí, se torna necesario reconocer una evidencia: No hay analista de la institución. No hay un cargo asignado para el psicoanalista en la denominada Carrera Hospitalaria. De manera que propongo entender al analista en la institución, no como el ejercicio de una función profesional más o menos especializada, sino como una posición subjetiva.

Desde esta perspectiva y habiendo señalado ya la pertinencia de interrogarse sobre los modos de operar con el dispositivo institucional, me interesa revisar los

objetivos que la institución le asigna al Hospital de Día.

Hospital de Día: Sobre sus Objetivos

El Hospital de día del que me ocupo, ofrece asistencia psicoterapéutica a pacientes con patologías graves, en su mayoría psicóticos, que han superado episodios agudos, algunos de los cuales requirieron de internaciones psiquiátricas. Dificultades familiares, laborales y sociales forman parte de los problemas que presentan y padecen.

De manera que no es desatinado al pensar en objetivos de tratamiento, considerar conceptos como re-habilitación, re-socialización, evitar nuevas internaciones, paliar los efectos de la cronicación, re-insertar, etc. Pero entiendo que si bien estos objetivos son respetables, constituyen el modo de respuesta institucional a una demanda social de asistencia de la enfermedad mental.

Esta demanda social y los obje-

tivos señalados, no esperaron evidentemente la llegada del psicoanálisis sino que lo anteceden bastante. Son herederos de lo que se denominó *Tratamiento Humanitario del Alienado*, que consistió en organizaciones no asilares en las que se privilegiaba la interacción y el trabajo comunitario. Fueron puestas en práctica en Europa y los E.E. U.U. a partir de la segunda mitad del siglo pasado.

Hace mucho tiempo que se conoce la relación entre los modos de organización institucional y la eficacia terapéutica. Desde los asilos de puertas abiertas, pasando por el Hospital de Día y la Comunidad Terapéutica, se pueden observar los diferentes desarrollos que par-

tiendo de la organización institucional apuntan a lograr resultados terapéuticos.

El psicoanálisis no reniega de lo terapéutico. Sus orígenes no fueron ajenos al deseo de Freud de encontrar un método eficaz y seguro para el tratamiento de las Neuropsicosis de Defensa. Y podemos sin duda hacer nuestra la afirmación de que si no fuera por los resultados terapéuticos, el psicoanálisis no sería más que un delirio.

Sin embargo, su creación misma descubre al síntoma en una dimensión inédita. El síntoma es un mensaje dirigido al Otro como sustitución significativa. Y del síntoma al fantasma, el recorrido freudiano demuestra que el psicoanálisis no puede detenerse en lo terapéutico. Porque lo terapéutico es un efecto, y ese efecto el sujeto también puede obtenerlo de otros modos. Por ejemplo, por sus identificaciones, que lo establecen en una peculiar forma de relación con un objeto que de este modo lo completa. Su *institución subjetiva* resguarda al sujeto de su falta

en ser; y no es allí donde el psicoanálisis va a detenerse. No es esta posición la que va a consolidar.

Cuando su propia terapéutica se torna ineficaz, cuando su institución ha fallado, apela a otra instancia; en este caso se trata del Hospital de Día.

Vuelvo entonces a la pregunta inicial: ¿Qué consecuencias tiene que aquí lo reciba un psicoanalista?

Opino que el psicoanalista en el hospital introduce la *diferencia* que permite el viraje del modo de respuesta institucional a la demanda social de asistencia; a la instauración de una demanda que de cuenta de lo propio de un sujeto que se presenta por su padecimiento.

Demanda a constituirse en pacientes que por lo general se presentan en la posición de *objeto*, a la espera de que se intervenga sobre ellos. Que en muchas ocasiones son traídos por familiares o derivados de otros servicios o instituciones.

Los objetivos entonces, como resocialización o rehabilitación, no pueden ser pensados sin su necesaria articulación con la demanda singular que cada sujeto pueda efectuar en su paso por el Hospital de Día. No es posible *instituir* los objetivos. Si así fuera, lo que tendríamos son criterios estandarizados de adaptación social. Sería considerar los objetivos como significantes. Amo, a la espera de producir una serie de rehabilitados. Estandarización de los objetivos que por otro lado no dejaría de mostrar su absoluta solidaridad con la estandarización de la cura.

Si de lo que se trata es de atender a la posición subjetiva de quien realiza una demanda, este compromiso implica sostener una clínica del caso por caso.

Pero, se presenta un nuevo problema, inherente a la organización misma del Hospital de Día. ¿Cómo pensar una clínica del caso por caso, cuando cada caso compromete la intervención de

un grupo denominado Equipo Terapéutico?

El Equipo Terapéutico

En el Hospital de Día, se ofrece a los pacientes la posibilidad de participar en distintas instancias terapéuticas: Psicoterapia Individual, Psicoterapia de Grupo, Psicoterapia de Familia, Actividades Expresivas y Control de Medicación.

Los coordinadores y terapeutas de estas actividades configuran un grupo (actualmente de veinticinco integrantes) comprometidos de uno u otro modo en el proceso de tratamiento de los pacientes.

Entiendo al Equipo Terapéutico como un grupo puesto al trabajo. Pero aunque parezca paradójico, este trabajo debe ser tal, que se ocupe de operar sobre los fenómenos de grupo.

Es sabido que todo grupo es un campo de fenómenos narcisistas, en tanto se constituye en función de identificaciones idealizantes. En este sentido, objetivos comunes, bajo la forma de la *integración lograda*, bien pueden instaurar ese ideal aglutinante. Cada uno con lo suyo es una parte del Todo.

Sin embargo, no hay lo Uno unificable y allí donde se aspira al Todo, lo que se encuentra es el Malestar. Entre otras cosas porque uno de los efectos del grupo es el de borrar las diferencias y ya señaló Freud que no hay acuerdo posible entre las aspiraciones individuales y las del grupo. No hay acuerdo sin pérdida.

El borramiento de la propia diferencia por el grupo impulsa un movimiento de los participantes a lograr reconocimiento. Pero existen reconocimientos imaginarios y los hay simbólicos. Está el reconocimiento que podría expresarse como la lucha a muerte por puro prestigio y aquél que se anuda con funciones y responsabilidades.

Entiendo entonces, que los integrantes del equipo deben

responder por lo que son sus intervenciones con cada paciente, así como en su relación con el equipo.

Este es un acuerdo posible entre los integrantes del equipo. Acordar un trabajo común sobre las diferencias no con la idea de borrarlas, sino de sostenerlas, en la medida en que esto implique poder responder por ellas.

Me parece un acuerdo posible, porque si bien se admite que el malestar es por estructura inevitable en toda institución, no es lo mismo un trabajo dedicado a su acotamiento y transformación en causa de nuevos intereses, a que dé lugar a la decepción, al sacrificio, a la intolerancia o a la impotencia.

Conclusión

Luego de este breve recorrido, creo que puede aceptarse que la incidencia del discurso analítico tiene consecuencias que no se agotan en la relación con aquél que llega al Hospital de Día para relatar su padecimiento y pedir ayuda. Cuestiona profundamente la posición subjetiva de quienes de distintas formas se hallan comprometidos con el trabajo asistencial.

Con esto quiero decir que no se trata del aporte de una técnica o de un dispositivo de organización institucional.

Se revela en cambio, una dimensión absolutamente nueva de la responsabilidad, porque al estar más allá de los deberes y obligaciones profesionales, interroga la relación del sujeto con su deseo.

Finalizaré entonces afirmando que el discurso psicoanalítico no propone una organización, ni estimula exclusiones ni rivaliza con los criterios psicosociales o psiquiátricos. Lo que introduce es una exigencia ética, que sí le es propia, en tanto conviene a la lógica que lo sustenta y que tiene en su fundamento aquello a lo que Freud denominó *Castración* ■

Bibliografía

1. Clavreul, Jean, "El Orden Médico" Edit. Argot, Barcelona, 1983.
2. Freud, Sigmund, "Psicología de las Masas y Análisis del Yo" Edit. Amorrortu, Bs. As., Tomo XVIII, 1986.

3. Freud, Sigmund, "El Malestar en la Cultura" Edit. Biblioteca. Nueva. Madrid, Tomo III, 1973.
4. Lacan, Jacques, "Seminario 7. La Ética del Psicoanálisis" Edit. Paidós, Bs. As., 1988.
5. Lacan, Jacques, "Seminario 11. Los Cua-

- tro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis" Edit. Paidós, Bs. As., 1986.
6. Lacan, Jacques, "Seminario 17. El Reverso del Psicoanálisis" Edit. Paidós, Bs. As., 1992.
7. Lacan, Jacques, "Seminario 20. Aun" Edit. Paidós, Bs. As., 1989.

La psicofarmacología en el Hospital de Día, parte integrante del proceso terapéutico

Julio Moizeszowicz*

En 1931 Sen y Bores comienzan a usar los alcaloides de la *rawvolfia* (reserpina) para controlar las conductas psicóticas.

En 1938, mientras se descubren las primeras hormonas, Freud afirma en "Esquemas de Psicoanálisis" que(3):

... "la terapia nos ocupa aquí únicamente en la medida que ella trabaja con medios psicológicos. Quizás el futuro nos enseñe a influir en forma directa, por medio de sustancias químicas específicas, sobre los volúmenes de energía y sus distribuciones dentro del aparato anímico. Puede ser que se abran para la terapia otras insospechadas posibilidades: por ahora no poseemos nada mejor que la técnica psicoanalítica, razón por la cual no se debería despreciarla a pesar de sus limitaciones"...

En 1949 Cade en Australia descubre, con éxito terapéutico, la utilidad de las sales de litio para la enfermedad maniaca. En el mismo año, Laborit en Francia, comienza el estudio de la clorpromazina como antihistamínico, para lograr la hibernación artificial. Poco después Delay y Deni-

ker muestran su utilidad como antipsicótico.

En 1958 Janssen demuestra la eficacia de las butirofenonas para los síntomas delirantes y Kuhn la de la imipramina para la depresión.

Para la misma época se "redescubren" las propiedades ansiolíticas del clordiazepóxido sintetizado en 1947.

Es entonces, a partir de 1950, con la aparición de psicofármacos efectivos, cuando se hace posible el control sintomático de la patología mental y pueden practicarse nuevas formas de tratamientos ambulatorios de la enfermedad mental, como son las concepciones psicosociales y comunitarias de la misma.

La Psicofarmacología progresa rápidamente aprovechando el avance de otras ciencias biológicas, y puede sintetizar fármacos cada vez más efectivos que influyan en forma más selectiva sobre determinadas patologías específicas.

No es entonces la casualidad la que permite que las concepciones de Jones(7) y la primera experiencia de Hospital de Día "Social Psychotherapy Centre" en Hampstead, Inglaterra daten de esa época. En 1959 existen en Inglaterra 59 Hospitales de día(2).

Desde aquella fecha, se desarrollan en forma rápida y se propaga a todo el mundo esta modalidad de atención, que aparece con muy buenos resultados. Los mismos es-

tán basados en "permitir que dentro de la comunidad se ensayen papeles sociales y vocacionales que se aproximarán luego a lo que el paciente encuentra en la comunidad exterior"(7).

Además el ahorro camas/costo/día hace comprometer a los gobiernos de los países desarrollados en la reforma de la salud mental: creación de Servicios de Psiquiatría en los hospitales generales, inclusión de Hospitales de Día y fin de la era manicomial con chalescos farmacológicos que sedaban y enlentecían el pensamiento de los pacientes.

En nuestro país esta modalidad comienza de manera precoz con las ideas puestas en práctica por García Badaracco(5).

Sin embargo, en nuestro medio, no son los pacientes o sus familiares los que resisten este cambio hasta el día de hoy, sino algunos terapeutas.

Las razones son variadas: temor a que "su paciente" sea dejado a su albedrío patológico en una comunidad poco controlada terapéuticamente o dedicada a lucrar con internaciones prolongadas; miedo a tener que disminuir sesiones terapéuticas semanales, que hagan descender sus ingresos económicos; convencimiento de que la forma de tratamiento "individual" es la prioritaria en el mejoramiento; falta de buenos diagnósticos fenomenológicos que hablen de la perturbación y

*Profesor Adjunto de Salud Mental. Fac. de Medicina. UBA
Director Médico "Centro Diurno El Aleph"
Paraguay 3509, 8° "B", Buenos Aires.



pro-
nóstico
y no sim-
plemente
de la parte
psicótica, a la
que todo pacien-
te accede una vez
mejorado, etc.

Estas ideas, que sos-
tienen que el abordaje
individual es lo principal,
es la depositaria de la idea
más disociativa de los enfermos
perturbados: la que trata de aislar-
los del mundo real (o del sustituo
constituido por la comunidad
terapéutica) y que presupone el
principio de no curación. Se igno-
ra así la experiencia acumulada, a
este respecto, tanto nacional co-
mo internacional.

El médico que tiene a su cargo
el control psicofarmacológico es
llamado "médico administrador",
desplazado al simple lugar de
quien otorga la receta para la
compra del medicamento, algu-
nas veces por los psicoterapeutas
y, otras por él mismo. Sin embar-

go
su ori-
gen se re-
monta, no al
dador de una
medicación, sino
como lo definió Frida
Fromm Reichmann al en-
cargado de "administrar" los
pensamientos y conductas más
desorganizadoras, agresivas o
peligrosas durante el resto del día,
en que el paciente permanecía en
la comunidad y no tenía su hora
individual terapéutica diaria(4).

Por ello los comienzos de los
Hospitales de Día están indisolu-
blemente ligados a los de la Psico-
farmacología. Los pacientes que
acuden a estas Instituciones son:

a. aquéllos que han requerido
una internación por una patolo-
gía aguda y que necesitan de una
etapa intermedia en su reinser-
ción social y

b. aquellos otros en que la
atención psicoterapéutica indivi-
dual no es suficiente para abordar
la patología de base y necesitan de
otras técnicas psicoterapéuticas,

C O -
nocidas
hoy como
"Abordaje Múl-
tiple"(6, 9).

En el primer caso los
pacientes son remitidos
con una medicación psico-
farmacológica de mantenimien-
to, a la cual ya se han adaptado
en forma previa y

en el segundo se debe instru-
mentar la necesidad de la misma,
de acuerdo a la evaluación del
equipo terapéutico (en la cual,
muchas veces es necesario tener
en cuenta, la realizada por los de-
más pacientes de la comunidad).

El uso de psicofármacos ha per-
mitido incorporar a las patologías
ya clásicas, que se beneficiaban de la
Clínica Diurna, otras que se con-
sideraban contraindicadas como
son:

- las conductas antisociales, que
se pueden controlar por el uso de
anticíclicos y litio;

- las adicciones, cuando existe
voluntad de abstinencia adminis-
trando agonistas alfa adrenérgicos
(clonidina) o determinadas ben-
zodiazepinas como el clonazepam

- la desorganización y los sínto-
mas negativos de las esquizofrenias
que se pueden reducir con los
nuevos antipsicóticos "atípicos";

- la depresión con ideación suici-
da en donde se comprobó que la
disregulación de la serotonina
puede mejorarse con los nuevos

puede mejorarse con los nuevos antidepresivos inhibidores de la recaptación serotoninérgica (además de la posibilidad de incluir dentro de este contexto el acompañamiento terapéutico y la ayuda familiar complementaria)(10).

Los hospitales de día generales son de poca utilidad para los pacientes con riesgo suicida inminente, con retardo mental severo, con síndromes cerebrales orgánicos y con demencias, ya que para estas patologías se necesita un programa diferente y personal especializado para tales fines.

Aún no se cuenta con fármacos que actúen sobre los procesos cognitivos, como sería el bloqueo de la formación de la degeneración proteica beta-amiloidea cerebral en las demencias degenerativas.

Las Clínicas de Día, aun aquellas que funcionan dentro de los lugares de internación, ayudaron a que la Psiquiatría, mal definida en forma exclusivamente fenomenológica o biológica, tuviese un nuevo punto de inflexión. Se la llamó "Psiquiatría Dinámica" porque comenzó a tener en cuenta:

- al Psicoanálisis con una mayor comprensión de los conflictos intrapsíquicos, con aceptación de los cambios cualitativos a través de la palabra,
- a la Psicofarmacología al poder entender a través de los neurotransmisores, la acción farmacológica cuantitativa dentro del proceso psicoterapéutico y
- a la evolutividad de los conceptos sociofamiliares, etc.

En la medida que el Aparato Psíquico recibe excitaciones de origen externo e interno se halla sometido a una exigencia de trabajo, que implica el pasaje de la cantidad a la cualidad(10).

Es necesario agregar a la invasión cuantitativa la incapacidad del sujeto de responder a la misma adecuadamente.

Esta adecuación se halla vinculada a la capacidad de controlar y elaborar psíquicamente esa excitación.

Luego de seis años de trabajo interdisciplinario en una comunidad terapéutica sin internación, con una experiencia de alrededor de 250 pacientes, se ha logrado integrar dos diferentes orientaciones psicoterapéuticas consideradas tradicionalmente opuestas y

Tabla 1
Diagnósticos, según el DSM III-R de 170 pacientes de clínica de día, evaluados con seguimiento

| | Hombres | Mujeres | Porcentajes |
|---|---------|---------|-------------|
| Depresión mayor | 24 | 52 | 45% |
| Trastorno bipolar | 7 | 14 | 12% |
| Esquizofrenias | 21 | 7 | 16% |
| Esquizo-afectivo | 4 | 10 | 8% |
| Adicciones | 8 | 1 | 5% |
| Trast. alimentarios | | 5 | 3% |
| Neurosis (Fobias y Obsesivo-Compulsivo) | 5 | 3 | 5% |
| Otros (Hipocondría, S. disociativos) | 6 | 4 | 6% |
| Pacientes | 75 | 95 | 100% |

Fuente: Clínica de Día "El Aleph" (n=230)

rivales: la Dinámica y la Cognitiva-Comportamental (ambas incluyen por igual lo Psicofarmacológico) en el tratamiento de pacientes con diferentes trastornos mentales agrupables en Clínica de Día de Adultos (Tabla 1).

Durante estos años, pacientes y terapeutas incluidos, se ofrecen como un espacio para que estas experiencias patológicas, repetidas automáticamente a lo largo de la vida, puedan ser escuchadas, decodificadas y de este modo introyectadas con una cualidad emocional distinta a la original. Este abordaje grupal tiene un efecto modificador de los vínculos intrapsíquicos permitiendo una articulación distinta entre sus recursos y el mundo exterior

El tratamiento psicofarmacológico en el Hospital de Día está presente en todas sus áreas:

1. Área dinámica.
2. Área cognitiva.
3. Área social.
4. Área de recreación.
5. Área corporal-expresiva.
6. Área de evaluación.

Es difícil establecer en forma individual cuál es el tratamiento "más exitoso", de manera que es lógico intentar combinaciones y convergencias terapéuticas para beneficio de los pacientes, seleccionando aquellas estrategias más eficientes para cada una de las problemáticas.

Nuestra experiencia nos indica la imprescindibleidad del

abordaje psicofarmacológico durante este proceso terapéutico en un Centro Diurno sin internación.

TODOS nuestros pacientes que han transitado por estas seis áreas estuvieron medicados durante el período que duró su estadía; nunca se consideró al psicofármaco como obstáculo u obturador de la palabra o el pensamiento.

Fue interesante observar cómo efectos colaterales que los familiares o los enfermos no detectaban, podían evidenciarse a través de las evaluaciones de los terapeutas o de otros pacientes. Así por ejemplo, cierta rigidez en las tareas de terapia ocupacional o el temblor al encender un cigarrillo en las sesiones grupales, eran señalados por los terapeutas u otros pacientes.

Estos datos servían para que el médico administrador, quien está en estrecha relación con el equipo terapéutico pudiese evaluar en forma conjunta con los terapeutas, el paciente y la familia, fuera de la sesión individual psicoterapéutica que el paciente tiene fuera del Centro, la sintomatología -de causa medicamentosa o no- que el paciente refiere en forma adecuada, exagerada o menospreciada.

La necesidad de disminuir las dosis o agregar medicación coadyuvante, es de esta forma mucho mejor tolerada que si la misma es impuesta al paciente desde un lu-

gar de pretendido saber médico, muchas veces sólo evaluable por un síntoma colateral aislado que manifiesta el paciente.

Así por ejemplo, indicar los anticolinérgicos con antipsicóticos por la rigidez, o los beta-bloqueantes con litio por el temblor fino, adquieren una dimensión clínica interdisciplinaria, ya que su uso se basa en las necesidades diarias del tratamiento. Ello redundará en el uso de dosis psicofarmacológicas bajas y ahorro de medicaciones para los efectos colaterales.

El psicofármaco, puede ser aquí entendido como un objeto que puede actuar cuando la palabra –es decir el orden de la cualidad y de las representaciones– desaparece como consecuencia de la invasión cuantitativa al Aparato Psíquico. La psicosis comporta un ataque de esta naturaleza. Cantidad que no pudo ser cualificada oportunamente.

Cada escuela psicoterapéutica lucha para acentuar las diferencias, atribuyendo los buenos resultados del tratamiento a dichas diferencias. Cada una de las psicoterapias defiende su posición *ya que el prestigio, el narcisismo y la seguridad económica de los terapeutas, dependen en alto grado de lo que puedan demostrar a través de sus teorías y de los métodos utilizados.* Los mismos deben ser más exitosos de los que emplean sus "rivales".

Los pacientes acuden a la consulta preocupados por sus síntomas de ansiedad, depresión, soledad, disminución de la autoestima, desesperanza, etc. y por sus manifestaciones de desmoralización y por los conflictos interpersonales con miembros significativos de su entorno. En general los pacientes mejoran frente a los aspectos tranquilizadores del vínculo terapéutico con diferentes "padres que se comprenden y que no se atacan".

Los abordajes *Psicodinámico y Cognitivo-Comportamental (que incluye el Psicofarmacológico)* tienen por lo menos los siguientes tres puntos en común:

- La relación paciente-terapeuta
- El contenido del diálogo psicoterapéutico
- Las técnicas.

Beck habla de un modelo continuo y tomando específicamente el tratamiento de la depresión afirma que la psicofarmacoterapia, el

psicoanálisis y la terapia cognitiva-comportamental son distintas perspectivas de un mismo fenómeno, a pesar de las diferencias que pueda haber entre ellas. Sostiene que la mejoría clínica está basada en la reestructuración cognitiva de la experiencia lograda con los distintos enfoques(1).

Existen distintos modos de tratar en la actualidad los desórdenes mentales, pudiéndose afirmar que distintos procesos terapéuticos producen resultados similares. Cada abordaje resuelve un cierto tipo de alteración.

Klimovsky afirma que(8):
"cuando un científico tiene que construir una teoría o bien basarse en una teoría para solucionar cierto tipo de problemas tiene que formular las que se denominan "hipótesis factoriales". En éstas se consideran ciertos factores como importantes y determinantes pero que en cambio otros no lo son. Una vez que se ha hecho esa diferenciación quien

Las capacidades sociales permiten conectar lo interno subjetivo con lo externo.

Este enfoque no significa considerar a las alteraciones mentales como un problema exclusivamente social, porque de ser así se caería nuevamente en otra forma de unilateralidad. Este abordaje es necesario para pacientes que además de concurrir a la Clínica de Día reciben psicofarmacoterapia y psicoterapia individual y/o familiar, en general de orientación dinámica, fuera de la Clínica. Un modelo de trabajo no interfiere con el otro, sino que, por el contrario, evidencian su complementariedad. Por ejemplo un paciente con limitaciones verbales y/o simbólicas con poca sociabilidad, se beneficiará más –en un comienzo– con intervenciones orientadas a un aprendizaje social, y en una segunda etapa –al adquirir mayores habilidades sociales– podrá explorar aquellos problemas más antiguos que contribuyeron a la en-

Tabla 2
 Encuesta de seguimiento para pacientes externados de Clínica de Día

| | |
|---|----------------------------------|
| • Area Socio familiar: | Muy buena, Buena, Regular, Mala |
| Inserción familiar | |
| Inserción social | |
| Trabajo, estudios, ocupación | |
| Cambio de resolución de problemas complejos | |
| • Evolución clínica: | Internaciones, Descompensaciones |
| • Contacto con la realidad: | Muy bueno, Bueno, Regular, Malo |
| • Estado emocional: | Estable, Inestable |
| • Continúa tratamiento: | Sí, No |

Fuente: Clínica de Día "El Aleph" (n=230)

está en esa posición no la ha abandonado fácilmente. La Psicofarmacología, el Psicoanálisis y la Psicoterapia, en vez de haberse escindido tan violentamente una de las otras, deberían adoptar hipótesis factoriales que implicaran límites de separación menos duros acerca de lo que es o no pertinente para el conocimiento o la acción terapéutica"...

La *recuperación o sea el pronóstico* de ese paciente está vinculado en forma estrecha con la capacidad social residual que pueda adquirir a través del tratamiento.

fermedad, retroalimentando a través del *insight* nuevos patrones adaptativos(9).

Sobre 170 pacientes de los últimos 6 años, que se están evaluando, a través de entrevistas personales, familiares o telefónicas, más del 70 % tuvieron una "buena evolución" de acuerdo a los ítems encuestados (Tabla 2).

Por ejemplo, la experiencia realizada con pacientes depresivos y bipolares (57% de nuestra casuística) nos señalan las claras ventajas del tratamiento psicofarmacológico antidepresivo y anticicli-

co -dentro del tratamiento grupal- en este tipo de pacientes.

Pequeñas mejoras en el ánimo, producidas por la medicación, pueden amplificarse dentro del contexto grupal con el objetivo de reforzar positivamente ciertas conductas o actitudes, que muchas veces no pueden ser percibidas en el ámbito de una psicoterapia individual.

La necesidad de cumplir con la obligación de concurrir al Centro Diurno, que antes no existía, permite al enfermo interesarse en su arreglo personal y en una necesidad de comunicación con sus pares sobre las actividades realizadas en el día anterior. Las sesiones grupales permiten introducir la posibilidad de resolver en el paciente inferencias negativas, que no aparecen en forma habitual en las sesiones individuales.

Tales inferencias negativas pueden ser perjudiciales o beneficiosas para la psicoterapia según como sean manejadas por el terapeuta. Por ejemplo, no podría dejar de responderse a las afirmaciones como "No progreso al mismo tiempo que el resto de los miembros del grupo", "Otros parecen más inteligentes o menos deprimidos que yo", "Mis problemas no tiene solución".

Los pacientes tienen delante otros pacientes y las conductas de éstos, con las cuales se comparan permanentemente. Esto incluye también los intercambios, en presencia de terapeutas o en los momentos libres entre los pacientes, acerca del tipo, cantidad y forma de las medicaciones administradas.

En algunos momentos en que algunos pacientes quedan fuera

de la atención del terapeuta, es más fácil que permanezcan en silencio, rumiando ideas negativas y atribuyendo a la mala forma de estar medicado sus alteraciones.

Estas tendencias reciben atención y pueden ser examinadas por el equipo terapéutico, y corregirse mediante el aumento de las dosis de antidepressivos o cambiarlo, de acuerdo a los árboles de decisión ya preestablecidos, permitiendo en numerosos casos el acortamiento del ciclo depresivo(11).

A ello se deben agregar las "Tareas para el Hogar" y la confrontación diaria habitual con el grupo.

Por lo tanto, el aparato psíquico siempre estaría al acecho de un ataque masivo cuantitativo, que el psicótico tratará de cualificar a través de sus mecanismos restitutivos. Esta invasión de excitación, es generadora de patología en la medida que desarticula y desorganiza la lábil configuración yoica.

Al no ser posible contener desde el Yo e integrar estas cargas para todo el Self, es cuando se agota la palabra y se hace necesario recurrir a los psicofármacos, ya sea para disminuir la excitación (por ejemplo, uso de antipsicóticos) o de aumentarla (por ejemplo, uso de antidepressivos). En este último caso, la no fusión pulsional y por lo tanto el predominio de la pulsión de muerte provoca que la pura cantidad se aloje a nivel de una instancia: el Ideal del Yo que tortura y somete al Yo.

También se deberá tener en cuenta la utilidad de los psicofármacos en las fases profilácticas. Conflictos muy dolorosos o regresivos del orden vital (separaciones, duelos, pérdidas laborales,

etc.) pueden dar lugar a respuestas cuantitativas, (que en general la familia y el terapeuta conocen) que es recomendable prevenir con la administración profiláctica de psicofármacos, para no provocar situaciones de "brotes", recaídas o accesos de mayor gravedad.

Es conveniente buscar la forma de evitar las actitudes mágicas referentes a los medicamentos. Las drogas o hierbas, cuya acción farmacológica no puede ser demostrada, cuentan, desde un comienzo, con una alianza enferma paciente-terapeuta del "principio mágico de la curación".

Resumiendo, los psicofármacos estarían indicados en la fase aguda(10):

- para disminuir el nivel de excitación y/o ansiedad y mejorar la inhibición, cuando dichos niveles impidan pensar y reflexionar al paciente, y para tratar de disminuir al mínimo los días de internación

en la fase crónica o profiláctica:

- para impedir respuestas cuantitativas ya conocidas y situaciones dolorosas y/o regresivas que puedan dar origen a respuestas psicopatológicas impredecibles y

- para impedir invasiones desorganizantes al aparato psíquico que puedan llevar a la pérdida del juicio de realidad,

en ambos casos tratando de evitar la internación y la separación del grupo familiar.

Se tratará así de establecer una sólida base, con alianza científica, entre pacientes y terapeutas que permita evitar caer en relaciones transferenciales de idolatría o de hechicería, si se tiene éxito, o de negratorias, si se fracasa ■

Bibliografía

1. Beck A., *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press, New York, 1978.
2. Bierer J., *Theory and Practice of Psychiatric Days Hospitals*. Lancet II, 901, 1959
3. Freud S., *Esquemas en Psicoanálisis*, T. XXIII, Amorrortu, Buenos Aires, 1980.
4. Fromm Reichmann F., *Psicoterapia en las Psicosis*. Hormé, Buenos Aires, 1962
5. García Badaracco J. E., *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Tecnipublicaciones, Madrid, 1989.
6. Guala S., Moizeszowicz J., *Terapéutica de Abordaje Múltiple en Pacientes de Alto Riesgo. Una depresión con treinta años de adicción*. Revista Argentina de Psicopatología 3:3, 1992
7. Jones M., *The Therapeutic Community*. Basic Books, New York, 1953.
8. Klimovsky G., *Psicoanálisis, Psicoterapia y Psicofarmacología*. Actualidad Psicológica, 1992 (en prensa)
9. Moizeszowicz J. y col., *Utilidad del Abordaje Dinámico Cognitivo en Clínica de Día de Adultos*. Revista El Campo de las Terapias 3:16, 1992.
10. Moizeszowicz J., *Psicofarmacología Psicodinámica II. Aspectos neuroquímicos, neuropsiquiátricos y psicológicos*. Paidós, Buenos Aires, 1989.
11. Moizeszowicz J., *Actualización en Psicofarmacología II*. Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría III, Supl. 2, 1992.

Algunas ideas sobre el Hospital de Día. Su estructura y su especificidad como espacio y dispositivo terapéutico

René Epstein

*Especialista en Psiquiatría, Adscripto a la
Carrera Docente de la Fac. de Medicina de
la U.B.A. y Miembro de la Asociación
Psicoanalítica de Buenos Aires.*



Algunas ideas previas

Desde hace tiempo(6, 9, 10) me interesa tratar de pensar al *Hospital de Día* (HdD) como un dispositivo, entenderlo como una actividad terapéutica total, instrumental para el tratamiento de los aspectos psicóticos(1) de pacientes de diversas patologías. Al mismo tiempo pienso que puede ser tomado como un posible lugar de estudio de las funciones del aparato mental, desde el abordaje que permite este dispositivo como base empírica.

Mi punto de partida es un modelo de HdD con un organigrama semanal y fijo, que tiene bastante aplicación en nuestro medio. Las actividades que lo constituyen son distintos conjuntos de las listadas a continuación: psicoterapia de grupo, terapia ocupacional, taller de plástica, grupo de lectura, terapia recreacional, psicodrama, taller literario, musicoterapia, expresión corporal, grupo de fin de semana, grupo de medicación, etc.¹ Pero, lo que aquí fundamentalmente quiero analizar, es la *dinámica* del HdD, y hacerlo a partir de observar el sentido de la inclusión en el organigrama de todos los HdD que conocí, de tres actividades, cuyos objetivos tienen características diferenciadas: la asamblea, la terapia multifamiliar y la reunión del equipo de terapeutas. En contraposición con aquellas, estas tres *no están dirigidas de un modo directo y manifiesto a los pacientes "designados"*.²

Pero antes de seguir, creo necesario aclarar que soy conciente que dejo de lado el "tiempo libre", el tiempo entre las distintas actividades o "subtratamientos". Sólo diré aquí que su existencia reafirma a mi juicio la posibilidad de usar la metáfora de espacio intermedio winnicottiano, como hago más abajo.

Un planteo inicial y central ha sido que en el HdD lo importante es el "clima terapéutico", como ambiente de grupo social que tiende a provocar la ruptura y modificación de las estructuras cognitivas y perceptuales con las que el psicóti-

co se vincula con el mundo que lo rodea(11).

En la historia de la terapéutica de los pacientes con aspectos psicóticos importantes, conocemos dos "climas terapéuticos" bastante contrapuestos, correspondientes a otras tantas variantes históricas de tratamiento institucional:

1. El "clima" de la *psiquiatría asilar*.

Esta pone énfasis en enfrentar la convicción delirante o las ideas delirantes, por medio de una convicción "nosográfica" aun más omnipotente. Pero el aislamiento (o *asilamiento*,³) del paciente del ambiente de una familia psicotizante, deja en los hechos de lado la posibilidad de crear una dependencia útil, integral, al servicio de la constitución de un espacio terapéutico. Por el contrario, agudiza la dependencia psicótica al servicio de la escisión.

2. El "clima" de la *psiquiatría social*.

Esta distorsiona el hecho que el sistema familiar, el sistema psiquiátrico y el sistema social pueden tener una correspondencia discursiva, pero que en el fondo la relación es asimétrica, fundamentalmente unívoca y en algunos aspectos biunívoca, pero no triunívoca: los lazos "transferenciales" que generan cada uno de estos sistemas en el individuo no son conmensurables. El sistema familiar o de parentesco, o sus subrogados, pueden actuar como depositarios materiales, por lo que significan para el paciente los objetos identificatorios primarios. El plano "cualitativo, nosográfico" de las diversas patologías -con su tratamiento "específico" basado en lo biológico- y el plano de lo social, sólo se constituyen en definitiva en un nivel secundario del conflicto psíquico, y no tienen la fuerza para disolver las distorsiones vinculares intersubje-

tivas -ni mucho menos las intrasubjetivas- por lo que los tratamientos que se basan fundamentalmente en estas aproximaciones sólo constituyen enfoques parciales -incluso sólo de lo residual- con poca acción a nivel del modo cognitivo-perceptual, distorsionante de la vinculación de los pacientes que están muy expuestos a que su aspecto psicótico de la personalidad tome el comando.

El HdD en una perspectiva dinámica grupal

El HdD es una psicoterapia grupal de apoyo y esclarecimiento, pues no hay elaboración a nivel de las identificaciones primarias. Pero si lo vemos como un espacio intermedio terapéutico -siguiendo las ideas winnicottianas(8)- de algo que es *compartido vivencialmente y en multiplicidad de planos*, podemos reconocer que la base identificatoria es "puesta en juego", a través de una *práctica* que se apoya en la simbolización existente. La duración y la repetición de las jornadas diarias y semanales, la multiplicidad, diversidad e intensidad del contacto verbal, paraverbal y preverbal, es decir, lo amplio de la superposición de los mundos compartidos en el HdD, son fundamentales para esta puesta en juego.

"En un grupo existe una mentalidad grupal que describe lo que es la expresión unánime de la voluntad del grupo, una expresión de la voluntad del grupo a la que cada individuo contribuye anónimamente" (2). La comunitarización de las vivencias compartidas, que permiten reflejar diversas facetas de la identidad individual, genera un clima continente desde el cual detectar, diferenciar e incluso señalar (más que interpretar), tanto lo que simplemente hay que aceptar como lo que eventualmente se podrá elaborar, sin que la omnipotencia y el narcisismo sean confrontados en forma demasiado contundente. Así, en el extremo, en los buenos momentos, tenemos esa experiencia de la pertinencia especial

La dinámica del HdD incluye tres actividades, cuyos objetivos tienen características diferenciadas: la asamblea, la terapia multifamiliar y la reunión del equipo de terapeutas.

que adquieren los señalamientos entre pacientes o entre familias, circunstancias en que la actividad en el plano de lo social adquiere su máximo valor terapéutico.

Estructura dinámica del HdD.

Si seguimos una modelización como la que nos plantea Winnicott en *"Realidad y Juego"*(17), podemos considerar al HdD como un "medio ambiente con capacidad de adaptación activa ...generador de un espacio para los fenómenos transicionales..." y, más allá, generador de la "experiencia cultural". En esa misma línea de metaforización puede entenderse que: "...el sostenimiento del medio ambiente de la madre-medio ambiente ...es una función del padre ...Contención y señalamiento ...la *reunión del equipo* (de terapeutas del HdD) realiza la reparación del medio ambiente... el 'clima' del HdD"(8), y mantiene una cultura, una idea social de salud que permite los señalamientos que acabamos de mencionar más arriba.

Es decir: estamos hablando del sostenimiento de la capacidad de adaptación del "clima", característica esencial de dicho medio ambiente "maternal" o espacio intermedio, manteniendo su calidad elaborativa. Y digo que es el equipo terapéutico el que lo realiza, reparando a través de la *reunión de equipo* (RdE), para unir contención con función analítica en una interacción dinámica.

Para el narcisismo la "cura" es la experiencia de sentimientos agradables o la ausencia de sentimientos desagradables. Si nos ubicamos en el fructífero esquema referencial de los su-

puestos básicos bionianos(2), la RdE debe sostener, como una imagen a la que hay que referirse, la fantasía de grupo de trabajo, de "confianza básica y confrontación"(5), y mantenerla a disposición del conjunto de los integrantes del HdD, terapeutas y pacientes (designados y no designados), dentro del marco de ese continente activo que trato de paralelizar con el espacio intermedio winnicottiano.

En concreto, la RdE debe propender a que tenga vigencia la metáfora en acción de una psicoterapia grupal de apoyo, con su base psicoanalítica, intentando llegar al esclarecimiento, y reconociendo la existencia de una

función o rol de analista(3) en operación. Para esto último, el rol de analista, podemos tomar una cita de la definición de Meltzer(13) como descripción: "...Soy su analista ...recibo sus proyecciones pero no estoy dominado por ellas; soy todavía capaz de comunicarle mis pensamientos...".

El planteo de dicho autor también agrega como básico de dicha función -al igual que Bleger- la creación o recreación continua del encuadre (lo que incluye el intento de hacer conciente lo preconciente y generar las mejores condiciones para lograrlo), pues los pacientes, tanto "designados" como "no designados" no lo pue-



den sostener y lo atacan de diversas formas, según cual sea su trastorno fundamental.⁴

Detengámonos ahora un poco para ubicar algunos conceptos en cuanto a la importancia de la Comunicación de los pensamientos,

rios. Por lo tanto creo necesario también señalar una carencia: nos falta una teoría psicoanalítica de la acción, el estudio de la misma a nivel no sólo clínico, sino también en los diferentes niveles de lo cualitativo freudiano; p. ej., discrimi-

nando polo sensorial y polo motor, el pensamiento como acción, los distintos canales sensoriales-motores, etc.⁶

Para seguir adelante en el presente análisis de la dinámica del HdD, creo también útil recordar que en la

teoría psicoanalítica de lo *intrasubjetivo* la palabra es constitutiva. Condición necesaria para la individuación y vehículo privilegiado para lo vincular, lo grupal, lo poliindividual, la palabra es requisito de toda generalización, es una vía final común, y es entonces fundamento de lo que se llama la "socialización", idea en general muy vinculada en la actualidad con la "indicación" de Hospital de Día, desde distintas vertientes ideológicas.

Volviendo al tema de la RdE: como ya lo planteara(8), la función analítica, que por definición requiere un ajuste interno constante, está *muy distribuida* en la multiplicidad de modos comunicacionales, y, por consiguiente, de los diversos terapeutas de HdD. Pero también los momentos distintos del "devenir" de los pacientes en HdD, como ya viéramos en relación con la musicoterapia, y las diferencias entre las características de los pacientes, hacen que la multiplicidad de los "subtratamientos" sean fuente de la necesidad de un ajuste "externo. Ajuste imprescindible para que se genere una imagen unificada y continente, que no abone privilegios debidos a cada uno de los narcisismos en evolución, entrando en oposición con la necesidad de la homogenización de la función de analista.

Podemos plantear esto también en los siguientes términos: para que todos los integrantes del HdD puedan sostener un punto de vista común, será necesario una elaboración conjunta de la

fantasía del HdD, con sus componentes en situación procesal, y que ésta debe pues contener aspectos prospectivos, mayéuticos, es decir algo más que la idea de la supresión de síntomas. Creo casi innecesario señalar que estos aspectos prospectivos son promovidos por la misma diversidad o multiplicidad a la que nos estamos refiriendo.

Haber hablado de la comunidad psicogenética —que el sistema familiar (o sucedáneo) mantiene con el paciente con prevalencia de aspectos psicóticos— en conjunto con la mención a la terapia multifamiliar, permitirá entender fácilmente que en mi enfoque debemos considerar que lo habitual para el HdD es la existencia de dos pacientes: el *paciente "designado"*, que concurre todos los días, y el paciente "familia" o grupo "de pertenencia", que llamaremos *paciente "no designado"* (y que incluye al paciente "designado"). Caen entonces de su propio peso pensar que la fantasía de curación debe llegar a ser patrimonio de los subconjuntos constituidos por los dos tipos de pacientes y sus miembros.

Como ya señalamos(8): "... con la terapia multifamiliar, ...se genera un medio ambiente con capacidad de adaptación más amplio... En la reunión de equipo fundamentalmente se trata de la determinación fáctica del acervo cultural y científico, pero la regla es la existencia de un espacio de participación activa de un tercero, familiar o no, llamado terapia multifamiliar..."

La *terapia multifamiliar* (TMF) es el lugar por excelencia para dicha ampliación, pero subrayemos que lo que estamos diciendo no implica la idea de algo meramente cuantitativo.

Por ejemplo. La simple presencia corporal del paciente "no designado" en la terapia multifamiliar implica que un tercero acepta la propuesta terapéutica de la RdE y que esto no es una abstracción inidentificable.

Y la TMF, que no hace centro en el paciente designado sino trata de hacerlo en el "no designado", explícita en acto este aspecto de la fantasía de curación (y criterio de enfermedad) grupal propuesta por el HdD, en un planteo totalmente distinto al que podría darse si sim-

El respeto por lo específico de cada especialidad, de cada lenguaje, es paralelo al respeto por cada individuo del Hospital de Día, para que la individualidad no quede sumergida ni privilegiada.

y lo verbal y lo no verbal.

El modelo de organigrama y los elementos contenidos en él arriba consignados, dejan bien en claro que en el HdD están en juego distintos canales de comunicación, y que muchos de ellos pueden estar bastante poco apoyados en lo verbal. Ya la observación habitual a nivel de la base empírica señala lo crucial de lo no verbal. Por ejemplo, es frecuente observar que las actividades musicoterapéuticas son aquellas en las que aparecen los primeros signos de inclusión grupal del "self verdadero" winnicottiano de los pacientes más regresados.

Por el lado del absurdo también podemos subrayar la importancia de lo no verbal: tanto por razones técnicas como por razones de contenido, es obvio que nadie puede imaginarse un HdD en que el *único* camino terapéutico sea hablar y nada más que hablar. A partir del simple hecho de que hablamos de una convivencia de varias horas por día es imposible pensar en un HdD sin acción.

Pero también vale la pena subrayar que, desde la posición psicoanalítica, el modelo de HdD en que me baso plantea que los distintos "subtratamientos" hagan énfasis en lo vincular intra- e intersubjetivo, y que esto involucra centralmente al lenguaje.⁵ Sin embargo desde la cuestión de la constitución de un "mundo superpuesto terapéutico", ciertas menciones a lo no verbal, en el plano de lo corporal o la corporeidad, son necesari-

plemente nos basásemos en que, en lo aparente, todo queda a nivel del contrato que se realiza con el paciente "no designado".

Al estar éste presente en cuerpo y letra, abre la posibilidad de que, además de su propia reparación, haya un acto de reconocimiento hacia la existencia de una cultura distinta, coherente con dicha fantasía de curación, y hacia la capacidad de la RdE para generarla, anticipando un espacio para su

guiendo la conceptualización de P. Castoraidis-Aulagnier, 4).

Pero ahora, volviendo a la observación del organigrama que se fue generando históricamente en la base empírica de los hospitales de día, vemos que (en este representante de la multidisciplina que es el HdD), además de la RdE y la TMF, aparece una tercer actividad no dirigida directamente a los pacientes "designados". Muy especial, en cierto sentido simétrica a

Veamos primero en más detalle la asimetría entre la RdE y la asamblea. Proviene de dos elementos. En la reunión de equipo no están presentes los pacientes, y el lenguaje es otro. Pero, por otra parte, la presencia de pacientes obliga a marcar a la asamblea como una actividad terapéutica, cosa más amplia de lo que se atribuiría a la RdE, donde nos debemos quedar a nivel de lo reparatorio.

¿Por qué tiene entonces ese



posible aceptación.⁷

La TMF, un sistema multigrupal y de grupos heterogéneos, se convierte en *sostén del HdD y de la RdE* -en principio a nivel de la "cultura" o la "institución"- aceptando manifiestamente, por de pronto, una exterioridad esencial para la terapéutica de los aspectos psicóticos, con el reconocimiento de un "contrato narcisista" (si-

la reunión de equipo, ya que no está denominada "terapia".

Está destinada a que en ella se hable de lo que pasa en HdD, y explícitamente con una expectativa de horizontalización total (sin desconocer las diferencias cualitativas), para que así se llegue a un acuerdo consensual. ¿Cual es este tercer pilar en la estructura de HdD? La *asamblea*.

nombre de asamblea, que no alude ni a psicoterapia ni a "grupo de"? ¿Cómo puede ser terapéutica, si lo que se trata son los problemas de la convivencia?⁸ Lo esencial es que, como dije, es una *asamblea de acuerdos consensuados sobre la actividad del conjunto*, lo que desde el punto de vista del tratamiento de los aspectos psicóticos implica casi monotemáti-



camente el ataque a la escisión, la disociación, el narcisismo.

Así, la asamblea se convierte en el tercer pilar: entroniza y sostiene lo consensual para una comunidad, para el intercambio en un lenguaje común en cualquiera de sus variantes, con participación de los pacientes "designados", pero incluso para una multidisciplina.

Desde el punto de vista terapéutico, a pesar de la presencia de *dos* pacientes, el HdD está orientado a los pacientes "designados", ejes de la base empírica. Y en la asamblea éstos acceden al nivel de una semántica socializada, lo que desarrolla y sustenta la idea de que ellos también pueden llegar a generar una integración de nivel metodológicamente superior, suprafamiliar,

lo que implica una independización en acto de su pertenencia al nivel del paciente "no designado".

La asamblea es el lugar donde una y otra vez el conjunto de los pacientes "designados" formula su aceptación más cercana a lo consciente de la fantasía de curación que les propone la reunión de equipo, renunciando al refugio de la ideología privada, endogámica, cuando no delirante, en pro de la integración consensual, incluso a nivel intrasubjetivo en lo vivencial.

Una profundización en la metapsicología y la especificidad terapéutica del HdD.

La asamblea, la TMF y la RdE

actúan entonces como ejes para la socialización consensuada de la fantasía de curación propuesta, pero a través de un "mundo superpuesto" terapéutico (extendiendo el uso del concepto de Puget y Wender, 14), generado por la actividad *conjunta* de terapeutas con pacientes designados y no designados, y de terapeutas entre sí, es decir con subconjuntos en acción, lo que aumenta la corporeidad del dispositivo.

La aceptación consensual de los pacientes de la "función o rol del analista" y su correspondiente fantasía de curación -y a pesar, o quizás, partiendo de esta especificidad empírica de lo multicomunicacional y su distribución- rescata lo social o transubjetivo en toda su fuerza, precisamente desde *ese* ángulo, lo social, lo grupal heterogéneo, la salida de lo endogámico y de la "corporeidad" de las convicciones o los fanatismos, "corporizándose" como lo postula el concepto del "contrato narcisista".

ta".

Además, ejercitado de "cuerpo presente", por lo menos por el conjunto y cada uno de los miembros del personal terapéutico, el rol de analista es puesto en acción una y otra vez en un nivel no sólo semántico, y con ello adquiere un alto peso para los elementos dadores de identidad.

Las simbolizaciones son ineludibles y continuamente revitalizadas o puestas en cuestión: la perturbación es rectificada por palabras y *por hechos*. Y la existencia de distintos "subtratamientos", que instrumentan diversos recursos comunicacionales, privilegiado cada uno en forma específica, genera, como dijéramos, la facilidad de un acercamiento desde vi-

vencias parciales particulares, individuales, y por lo tanto más integrables.

Así, los pacientes "designados" no sólo "se sostienen" sino que "sostienen", desde sus elementos identificatorios, a partir de la creatividad primaria.

Creo que si tenemos en cuenta estas ideas, la pretensión habitual de ver al HdD como un lugar de resocialización adquiere una dimensión más metapsicológica, desde una dinámica psicoanalítica más que conductual, permitiendo a su vez a dicha dinámica una ampliación de su propio campo teórico ■

Notas

1. Si bien no entraré en este tema, tengo la sensación tanto por la tradición que viene desde la "laborterapia", como por "contratransferencia", que es requisito esencial que en el organigrama figure una actividad que implique un trabajo manual.

2. Llamo paciente "designado" a aquel miembro de una familia que es motivo de una consulta por parte de los restantes miembros de esa familia, o que si consulta por si mismo, lo que es muy

Los momentos distintos del "devenir" de los pacientes en HdD, hacen que la multiplicidad de los "subtratamientos" sean fuente de la necesidad de un ajuste "externo"

Inhabitual, está constituido por una constelación narcisista que hace énfasis en una excepcionalidad dentro del marco de su "estructura edípica".

3. Cuando estudiamos la base empírica material, no debemos dejarnos arrastrar por los preconceptos valorativos, y observar todos los elementos en juego: creo que esto, del aislamiento del paciente psicótico de una familia "designante" fue uno de los aspectos que actuó sosteniendo la "acción terapéutica" de la posición psiquiátrica.

4. Liberman, D.(12) dice, entre otras cosas, de los pacientes con perturbaciones a predominio pragmático, que "... presentan una particular dificultad para ser abordados psicoanalíticamente, como consecuencia de perturbaciones tempranas que conspiran contra la necesidad de adquirir nuevas formas de codificación en el curso del ciclo vital...", mientras que en los pacientes con perturbaciones a predominio semántico resalta "... un rígido sistema valorativo... falla en el discernimiento entre lo agra-

dable y lo desagradable... modifica el sentido de los acontecimientos..." (ambas categorías suman en su enfoque los pacientes no neuróticos).

5. Tomando lo no verbal desde lo técnico, es en la forma de la acción donde se diferencian los distintos "subtratamientos" de HdD. De todos modos, este aspecto del encuadre, el técnico, no es lugar de la inter-

terfase conflictiva importante en un equipo terapéutico con comunidad en estas ideas. El respeto por lo específico de cada especialidad, de cada lenguaje, es paralelo al respeto por cada individuo de HdD, para que la individualidad no quede sumergida ni privilegiada. Ello también me avala en no seguir aquí por el camino de una consideración diferenciada de los "subtratamientos". Todo esto nos autoriza a quedarnos en este comentario metodológico: el lenguaje "corporal" en HdD es condición necesaria.

6. Algunos desarrollos hay sin embargo, que pueden ser la base para seguir investigando sobre y desde HdD: véase, por ejemplo, Rangell(15), Rozensztróch y Gobbi(16).

7. Como se puede detectar, por ejemplo, desde la contratransferencia. (Epstein, 7).

8. Aquí se rescata nuevamente algo de la "psiquiatría social", pero a un nivel que incluye las ideas psicoanalíticas del "Ideal del Yo".

Bibliografía

1. Bion, W. R. (1948-1952): "Experiencia en Grupos", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1963.
2. (1957): "Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas". En "Volviendo a Pensar", Ediciones Hormé, Buenos Aires, 1977.
3. Bleger, J., (1978): ("Simbiosis y Ambigüedad". Paidós, Buenos Aires.
4. Castoriadis-Aulagnier, P., (1975): "La violencia de la interpretación", Amorrortu, Buenos Aires, 1977.
5. Crafoord, C. (1977): "Day hospital treatment for borderline patients". En "Borderline Personality Disorders", Ed. P. Hartocollis, Int. Univ. Press. Inc, Nueva York.
6. Epstein, R. (1982): "Enfoque Psicoanalítico del Hospital de Día". II Jornadas Metropolitanas sobre Salud Mental en Instituciones Hospitalarias, APBA, Buenos Aires.
7. Epstein, R. (1983): "Observaciones Clínicas y Reflexiones Teóricas sobre la Terapia Multifamiliar en Hospital de Día". 1er. Congreso Municipal de la Familia, el Niño y el adolescente (S. de Psicopatología y S. Mental del H. Gen. de Agudos "P. Piñero", Buenos Aires.
8. Epstein, R. (1986): "Psicoanálisis del Hospital de Día", R. Vergara Libros, Buenos Aires.
9. Epstein, R. (1992): "La Especificidad del Hospital de Día y el Proceso Terapéutico de Base Psicoanalítica en distintos tipos de Pacientes." 1er. Congreso-Encuentro Internacional sobre Pacientes Severamente Perturbados, APdeBA, Buenos Aires.
10. Epstein, R. (1992): "El Hospital de Día: Espacio Interdisciplinario Terapéutico y Modelo de Espacio Interdisciplinario Mental." XV Jornada Anual del Centro de Estudios en Psicoterapias ("Interdisciplina en Salud Mental. Articulaciones teórico-técnicas en los equipos profesionales"), Buenos Aires.
11. Finkelsztein, C., Epstein, R. y Castañón, A. (1982): "Encuadre en Hospital de Día" Rev. Hosp. Italiano Bs. As, Sup. de Psicopatología 31-33.
12. Liberman, D. (1976): "Lingüística, Interacción Comunicativa y Proceso Psicoanalítico". Nueva Visión, Buenos Aires
13. Meltzer, D. (1967) "El Proceso Psicoanalítico", Paidós, Buenos Aires, 1976.
14. Puget, P. y Wender, L. (1982): "Analista y paciente en mundos superpuestos", Psicoanálisis, 4 (3), 503-522.
15. Rangell, L. (1989): "La teoría de la acción dentro de un punto de vista estructural". En Libro Anual de Psicoanálisis, Ed. Psicoanalíticas Imago, Londres-Lima.
16. Rozensztróch, C. y Gobbi, H. (1992): "La acción y su significación en pacientes perturbados: un intento de ampliación conceptual." 1er. Congreso-Encuentro Internacional sobre Pacientes Severamente Perturbados, APdeBA, Buenos Aires.
17. Winnicott, D. (1971) "Realidad y juego", Gedisa, Barcelona, 1982.

Hospital de Día Geriátrico en 1993

Mónica D. Fernández Bruno*
Pablo M. Gabay**

Los gerontes constituyen un grupo frágil, más expuesto a la enfermedad y a los accidentes, que necesita relativamente de más servicios comunitarios y médicos que otros grupos etarios.

Toda la sociedad industrializada debe afrontar el problema sanitario de las personas de la tercera edad; esto se debe a que la proporción de este grupo en la población aumenta progresiva y persistentemente. El ritmo de crecimiento del grupo de individuos mayores de 85 años es superior al 200% anual (3, 6, 8, 10). Esta prolongación de la vida está favorecida, especialmente, por los avances en los campos social y científico.

Pero además de los progresos, también se constata un aumento real del número de individuos que padecen patologías mentales: psicosis tardías, defectos, cuadros orgánicos o descompensaciones de caracteropatías. Sólo en el grupo de las demencias moderadas o severas el porcentaje de prevalencia aumenta del 5 al 10% a los 60 años hasta el 20% a los 80 años (3, 6, 8, 10).

* Médico Psiquiatra (U.B.A.). Jefe de Hospital de Día, Centro Psicopatológico Aranguren, Bs. As.

** Médico Psiquiatra (U.B.A.). Director, Centro Psicopatológico Aranguren, Bs. As. Charcas 3939 - P.B. "b" (1425) Buenos Aires.

Como consecuencia de los progresos sociales se les reconoce a todos un derecho a los cuidados; el avance científico mejora la calidad de los mismos día a día. Se incluyen mejoras en la medicación, el soporte psicosocial y la institucionalización. Esta puede ser residencial o no residencial. En este último rubro se incluyen los hospitales de día, breves (medio día) o prolongados (día completo) y los centros de día para la tercera edad.

El origen histórico de los hospitales de día (H. D.) se sitúa en 1933, cuando Dzaghárov, "director del Primer Hospital Psiquiátrico de Moscú" motivado por los graves problemas sociales y económicos que aquejaban a su país y que se traducían en falta de camas hospitalarias y de medios para sostener una demanda aumentada, ensayó por primera vez un tratamiento diurno de los pacientes psiquiátricos centrado en la rehabilitación de aspectos sociales y laborales con el trabajo en talleres. Incorporó también el ambiente libre, las actividades grupales, la prioridad de los contactos sociales y los encuentros periódicos del personal con los familiares. Lo indicaba para pacientes psicóticos y psiconeuróticos graves; no se admitían débiles mentales, deprimidos graves ni psicópatas" (13).

Cameron, en el Allan Memorial de la McGill University, en

Montreal, creó el término "Day Hospital" en 1946. La experiencia se inauguró como una unidad experimental de tiempo parcial y constituyó el modelo predominante en los años siguientes. Luego aparecieron modificaciones de las técnicas terapéuticas para adaptarlas a diferentes grupos de pacientes (13).

En Buenos Aires, el Dr. García Badaraco inauguró el primer hospital de día en 1967, en su servicio del Hospital Neuropsiquiátrico "José T. Borda". A partir de la década de 1970 comenzaron a crearse diversos H.D., tanto estatales como privados: en 1970 se creó el H.D. del Hospital Neuropsiquiátrico Infante-Juvenil "Dra. Carolina Tobar García"; en 1972 el H.D. del Hospital Neuropsiquiátrico de Mujeres "Braulio Moyano" (13).

Pero los H.D. están lejos de estar reservados para el dominio psiquiátrico. En países avanzados los H.D. para tercera edad se encuentran más en los hospitales geriátricos que en los psiquiátricos (2). Se considera como origen de un centro de día para personas de edad al Centro Hodson, de Nueva York, inaugurado al comienzo de la década de 1940. Es el antecedente directo del hospital de día de Oxford, Gran Bretaña, el que probablemente constituye el modelo más antiguo conocido concebido especialmente para viejos (2).

Los gerontes constituyen un

grupo frágil, más expuesto a la enfermedad y a los accidentes, que necesita relativamente de más servicios comunitarios y médicos que otros grupos etarios. La mayor parte de los H. D. ofrece fisioterapia, reeducación física, control médico y servicio social, pero no han prestado atención

trico de Cowley Road, Oxford; ya en 1958 contaba con 10 hospitales de día Geriátricos, 6 unidades para enfermos mentales añosos y 3 centros de día, y a fines de la década de 1970 contaba con 120 hospitales de día geriátricos(2).

Desde un punto de vista económico el hospital de día es —para

ción de patología psicológica secundaria a problemas orgánicos o, a la inversa, se previene que ciertas patologías psiquiátricas condicionen patologías orgánicas funcionales (ejemplo: negativismo y trastornos metabólicos).

Su indicación más frecuente en geriatría es la depresión y no la



particular a los aspectos psicológicos en los viejos hasta hace algunos años.

No sorprende que en Gran Bretaña —una de las primeras naciones occidentales en disponer de un sistema nacional de salud— se haya creado el mayor número de H.D. para personas de tercera edad y ocupe un lugar predominante: en 1952 Cosin armó un H.D. en una sala de terapia ocupacional dentro del Hospital Geriá-

la tercera edad como en los demás grupos— un modo de reducir la demanda de camas hospitalarias y el costo en salud. En esto se incluye su utilidad en la prevención primaria y secundaria: se interviene antes de que el problema empeore o sus secuelas sean más importantes; se previene la aparición de patología secundaria: se interviene antes de que el problema empeore o sus secuelas sean más importantes; se previene la apari-

psicosis, como en el caso de pacientes más jóvenes. En su gran mayoría (ya que no faltan, desde luego, pacientes gerontes que arrastran patologías psiquiátricas graves o deterioros desde su juventud) son pacientes derivados por depresiones graves, con o sin intento de suicidio, o con episodios depresivos reactivos, con o sin patología psiquiátrica previa.

Tiene algunas características especiales, entre las que se destaca

**Rehabilitar a un paciente con
patología mental es casi imposible
sin acompañamiento familiar.**

**Desde esta perspectiva es necesario
trabajar con la familia, hacerla
participar de los progresos,
estabilizaciones o retrocesos
del paciente.**

su homogeneidad, tanto desde el punto de vista de la edad como de la patología, característica que no se da en otros H.D., más heterogéneos en ambos aspectos.

El viejo se siente disminuido en una sociedad como la actual que da gran valor a la juventud y la velocidad- y ve alterada su inserción e importancia social en relación a la que tenían sus padres y abuelos cuando ellos mismos eran jóvenes. Contribuyendo a la patología psíquica que lo llevó al tratamiento, encontramos una serie de alteraciones a todo nivel: orgánico, psicológico y social (ocupacional, en las relaciones afectivas y con el medio ambiente, etc.).

El paciente que llega por primera vez al H.D. para tercera edad orientado hacia la salud mental es un individuo que, hasta ese momento, había logrado mantener su homeostasis con el medio durante toda su vida y que, bruscamente, encuentra que las defensas que utilizó hasta entonces no le son útiles o, peor aún, resultan contraproducentes(11). Toma o no conciencia de que se encuentra desadaptado y lo vive como un rechazo del medio hacia él.

"Sobreviene, como dice Salvarizza, el colapso narcisista que (...) consiste en la caída desde la identificación con el yo ideal en la identificación con el negativo del yo ideal, con la consiguiente invasión masiva de sentimientos de inferioridad. (...) El resultado será la aparición de una depresión clínica" (pág. 119). Agravando esta situación, la pérdida de los roles sociales también condiciona la aparición de patología psíquica(12).

Refiere en su historia el hecho de no ser escuchado ni atendido por su familia o la falta de la misma, la pérdida de vínculos afectivos por fallecimientos, separaciones, jubilación, etc. Ha recibido tratamientos no específicos para cuadros depresivos, mal diagnosticados y tratados, muchas veces insuficientemente medicados, lo que favoreció su cristalización.

Los pacientes con cuadros psicóticos -crónicos, agudos, con o

sin reagudización de sus cuadros de base- tienen, en general, experiencias previas de internación o de tratamiento en hospital de día. No es este el caso de la mayoría quienes -salvo algún período de depresión reactiva del cual curaron solos o con alguna intervención médica, especializada o no- no tienen ningún acercamiento previo a una comunidad terapéutica.

Estos pacientes encuentran en el hospital de día un ámbito en el que van a ser escuchados y registrados por sus pares, con los que se vinculan a partir de su dolencia, la que puede o no ser similar al padecimiento del otro pero que va a ser escuchada y compartida por todos los integrantes de la comunidad terapéutica: otros pacientes, los psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas, secretarías, recepcionistas, etc. Se incluye al personal administrativo pues estos pacientes pasan en la institución muchas horas y establecen múltiples comunicaciones e identificaciones en distintos niveles, contribuyendo todas ellas a su contención e interviniendo de manera más o menos directa en el proceso terapéutico.

El objetivo es reintegrar al paciente a su medio familiar y social -en una palabra, resocializarlo- una vez que se lo ha ayudado a superar el episodio agudo o ha comenzado la rehabilitación de sus aspectos deteriorados por la enfermedad. Para su logro se debe tener presente que "toda posibilidad de ser dentro de un contexto humano es posible en relación con otro, o con los objetos contingentes. Toda satisfacción de necesidades o deseos es provista sólo en esas relaciones objetales. (...) La separación y el aislamiento deben ser comprendidos

como formando parte de la patología"(12).

La experiencia de ser escuchado por sus pares facilita la aceptación de la terapia dado que pueden hablar el mismo idioma con las particularidades propias de su generación. Las experiencias pasadas y la problemática particular logran homogeneizarse, logran-

do que las experiencias de cada uno de los integrantes de la comunidad terapéutica ayude al entendimiento de las dolencias del otro.

Esto no significa que deba conformarse una masa única común de pensamiento y acciones, sino que el ser escuchados y apoyados o enfrentados con los pares cada paciente logra nivelar los miedos a la discriminación generacional y a los propios déficits, generando más la confianza en sí mismo y en la posibilidad de su propia curación. La comunidad terapéutica actúa, así, como un grupo autorregulador para que esta homeostasis que se logra sea operativa en cada uno de los diferentes miembros.

Por todo esto, pensamos que los pacientes de tercera edad deben realizar sus tareas con sus pares y no con individuos de otras etapas evolutivas de características muy diferentes. La confrontación con individuos más jóvenes puede aumentar sus resistencias por el enfrentamiento con figuras representativas de sus propias relaciones afectivas (hijos o nietos) y de un pasado propio que ya no volverá, en un *timing* que no es el propio sino el del joven y que provoca en el viejo una competencia indeseable con aumento de su hostilidad, la que se volcará hacia sí mismo ante el fracaso empeorando su situación y dificultando la tarea terapéutica. Esto no significa que estos aspectos hostiles deban ser evitados. Por el contrario, es importante su inclusión en la terapia, pero siempre dentro de las posibilidades de cada uno, con el *timing* de cada individuo. No servirá de nada una confrontación brutal a la que el viejo no estará en condiciones de responder.

Rehabilitar a un paciente con patología mental es casi imposible sin acompañamiento familiar. Desde esta perspectiva es necesari-

rio trabajar con la familia, hacerla participar de los progresos, estabilizaciones o retrocesos del paciente. Este será dado de alta en algún momento y su familia deberá registrar los cambios que se dieron en él y reacomodarse también en una situación nueva, que permita el crecimiento de todo el grupo para una vida más armónica y rica.

De allí la gran importancia de las reuniones multifamiliares, que permiten al grupo familiar de un paciente sentirse contenido por la institución y por las familias de los otros pacientes; así, el prejuicio de tener en el grupo a un "loco", de ser una familia "marcada", se diluye lentamente al ver que lo suyo es una vicisitud compartida por otros, una contingencia más de lo humano.

Muchas veces no hay familia, y es entonces el hospital de día el que le da al paciente un marco de referencia y de pertenencia, una "neofamilia" con la que afrontar los sufrimientos de la vida diaria y de su enfermedad. El hospital de día le dará los elementos para que pueda enfrentar nuevas situaciones, elementos que le ayudarán a sentirse contenido, comprendido, apoyado, aceptado.

El rastreo bibliográfico que realizaron Bléandou y cols. en 1974 muestra que en los H.D. generales fueron ensayados tres modelos paradigmáticos: el H.D. centrado en la rehabilitación, el psicoterapéutico y el predominantemente psicoanalítico(2). Consideramos que el más apropiado para la tercera edad es el que combina los tres modelos, apuntando a no crear regresiones importantes, ya que serían contraproducentes y muy difíciles de manejar en estructuras de perso-

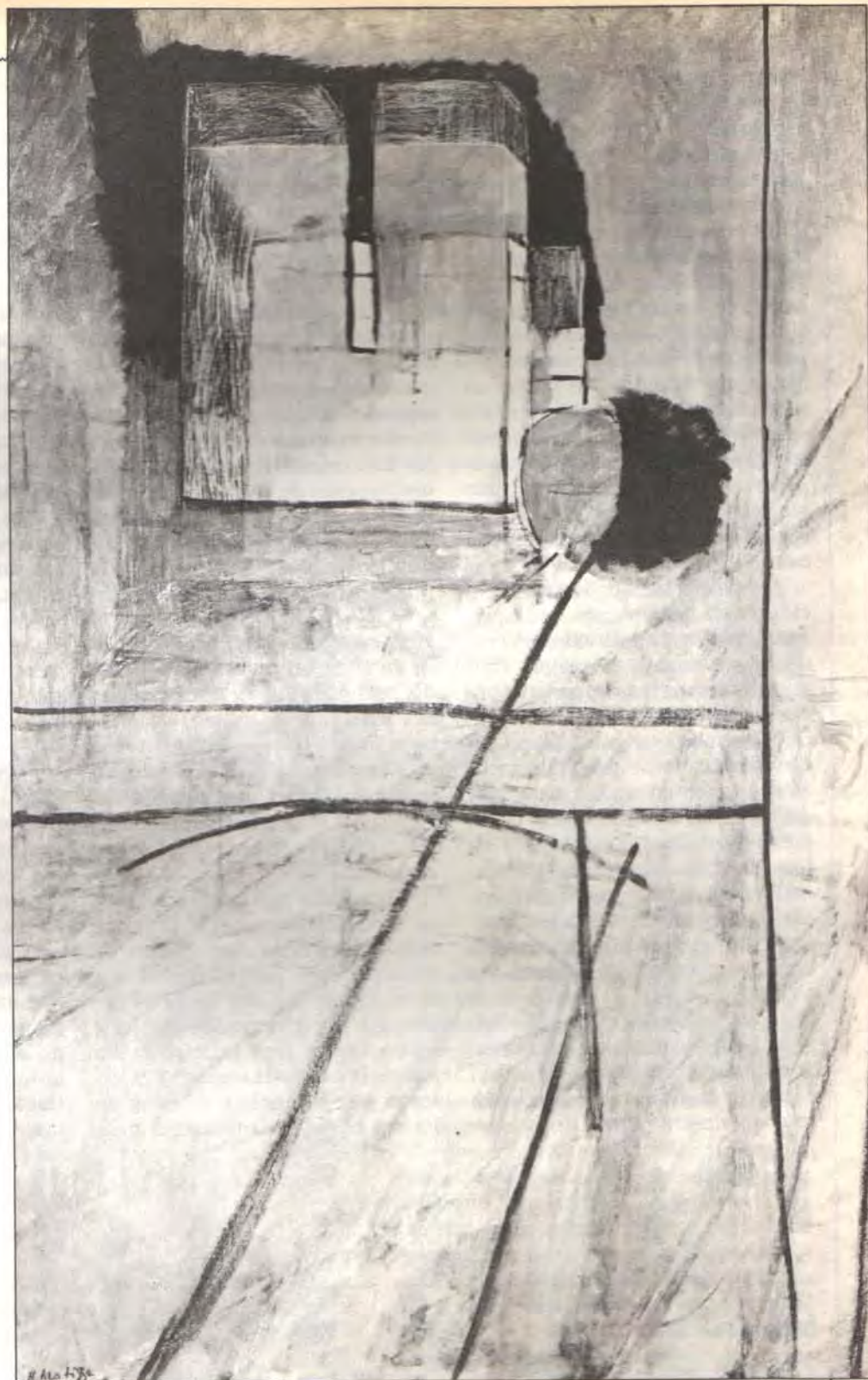
nalidad muy cristalizadas.

Este tipo de trabajo terapéutico apunta a la rehabilitación del individuo dentro de sus posibilidades vitales, cuidando de "desalentar en los viejos conductas competitivas" y de no provocar "falsas expectativas que siempre están destinadas al fracaso y que encierran la crueldad del desengaño" (12).

El hospital de día se maneja

con un enfoque multidisciplinario: la secuencia de terapias diferentes y de distintos profesionales intervinientes hacen que el paciente tenga la posibilidad de múltiples identificaciones, que lo ayudarán a adaptarse con mayor flexibilidad a modalidades y técnicas distintas; esto constituirá un pilar fundamental en su restablecimiento.

En lo referente a la medicación,



forma grupal hace que el conjunto de pares ejerza una función controladora de cada uno de sus miembros; esto es importante en pacientes que, por prejuicio, temor o resistencias a la aceptación de la enfermedad, no siguen las indicaciones médicas relacionadas con los fármacos. Esto se ve claramente en los pacientes que llegan al hospital de día con experiencias previas de tratamiento mental. La ayuda que brindan los pacientes mejorados en el hospital de día a sus compañeros con estados más comprometidos, en todos los aspectos, no es para nada despreciable y ha de ser tenida siempre en cuenta por los profesionales de la comunidad terapéutica.

¿Se puede hablar de cronificación en el tratamiento de la personalidad de un individuo mayor de 65 años, cuyos rasgos han cristalizado hace tiempo? ¿Implica esto un fracaso del tratamiento? Creemos que no. "Como todos saben, no se puede invocar ni la penuria material, ni la falta de personal tratante como causa de dificultades"(4). Después de los 60 años aumentan francamente los trastornos emocionales y, probablemente, la inseguridad que se vive a partir de esta edad sea un factor contribuyente a ello(9).

¿Es la salida del H.D. y la vuelta a la actividad previa necesariamente un éxito terapéutico? El regreso a la actividad laboral, visto generalmente como un progre-

so, puede no ser otra cosa que el "testimonio de un empobrecimiento libidinal manifiesto que revela las características de una cronización en externación. Bajo esta presión, el hospital de día ha actuado progresivamente como sitio de acogida y a veces de repliegue"(1).

"¿Es razonable reconocer la cronificación como una fatalidad y querer evitarla? ¿No es, por el contrario, el mejor modo de precipitarse en ella? Proponemos, en cambio, reconocer e incluir entre las funciones del hospital de día una función de amparo"(7).

En nuestra experiencia, la influencia de los factores socioeconómicos, sumados a la ideología predominante, ha provocado una segregación importante del viejo cuyos efectos se hacen sentir en su salud mental de un modo ineludible. Las personalidades más rígidas, menos adaptables, más débiles, no toleran este rechazo social. Es sólo en el grupo de sus pares que pueden recuperar y mantener su autoestima para poder enfrentar a esa sociedad.

El paciente que mejora durante su tratamiento en el H.D. teme volver a sentirse como antes de iniciarlo. Esto puede condicionar el momento del alta, pues lo enfrenta a sus temores conscientes e inconscientes ante la reinserción social. Por estas razones no es extraño que a muchos de ellos no les sea posible abandonar el mar-

co continente del H.D. una vez mejorados.

Ante la posibilidad del alta se acentúa la ambivalencia del paciente y se plantea la alternativa enfermedad-salud como la única posible, en la que la obtención de la salud implica, para él, el abandono —aunque sea parcial— de las nuevas relaciones tan dificultosamente creadas y de la nueva red de pertenencia y contención conseguidas. Muchas veces esto hace que durante el trabajo de pre-alta aparezcan recaídas que lo mantienen en la condición de enfermo que debe continuar el tratamiento.

No creemos que esto sea intrínsecamente malo. Por el contrario, pensamos que debe aprovecharse el avance logrado para derivar a los pacientes a centros de día en los que podrán continuar la contención por y con sus pares. El alta debe darse en forma paulatina adecuada a los tiempos de cada uno y evitando este refugiarse en la enfermedad. Para ello se deben evaluar no solo la patología individual sino también las transacciones del paciente dentro del sistema social al cual debe reintegrarse.

Simone de Beauvoir escribió en 1970: "Para que la vejez no sea una parodia ridícula de nuestra existencia anterior no hay más que una solución, y es seguir persiguiendo fines que den un sentido a nuestra vida, dedicación a individuos, colectividades, causas, trabajo social o político, intelectual, creador"(5) ■

Bibliografía

1. Bartoli, D., Sallhan, M., *Hospitalisation partielle et hospitalisation interminable*. L. Information Psychiatrique, 54 (5):497-509, 1978.
2. Bléandonu, G. et Despinoy, M., *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté*. Payot, París, 1974.
3. Cacabelos, R., *Desafío biomédico y sociosanitario*. Monografías Médicas Jano, vol. 3(4): 7-20, 1989.
4. Chanoit, P., Jothy B., *Hopital de jour ou asile de jour?* Revue de Médecine Psychosomatique, 19 (2):205-208, 1977.
5. de Beauvoir, S., *La vejez*. Editorial Sudamericana, Bs. Aires, 1970. Citada por Salvarezza, L., ob. cit.
6. Eastwood, M., *Los factores de riesgo de la demencia; hipótesis actuales y epidemiología*. Revista Clínica Española, 185(supl.1):16-17, 1989.
7. Gentis, R., citado en Chanoit, P., Jothy B., *Hopital de jour ou asile de jour?* Revue de Médecine Psychosomatique, 19 (2):205-208, 1977.
8. Hasegawa, K., *Epidemiología de la demencia asociada a la edad en Japón*. Revista Clínica Española, 185(supl.1): 14-15, 1989.
9. Kolb, L. C., Brodie, K. H., *Psiquiatría Clínica*. pág. 155, Nueva Editorial Interamericana, México, 1985.
10. Mateos Alvarez, R., Rodríguez López, A., *Epidemiología de las demencias: perspectivas metodológicas y datos de prevalencia*. Monografías Médicas Jano, vol. 3(4): 21-30, 1989.
11. Rolla, E., *Grupos de gente de edad, en Psicología individual y grupal*. Editorial Tres, Bs. Aires, 1962.
12. Salvarezza, L., *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. págs. 12 y 22, Paidós, Buenos Aires, 1988.
13. Stagnaro, J. C., "El hospital de día: historia y conceptualización". Conferencia de apertura a las Jornadas Interinstitucionales de H. de Día. Bs. As. 16 al 20 Nov. 1990.

el rescate y la memoria



En la Viena de principios de siglo, imperial y valsante, blandamente germánica y cosmopolita a ultranza, Arthur Schnitzler fue uno de sus personajes más representativos. Y en el café Grünstein, catedral de la "Jung Wien" los ídolos eran nuestro personaje, su amigo de juventud Hugo von Hoffmannsthal, Peter Altenberg y Karl Krauss. Junto al Burgtheater y a los periódicos -Neue Freie Presse y Wiener Tageblatt que publicaban en su sección de folletines obras de los más prestigiosos escritores de Austria y del resto de Europa- el Grünstein constituía el trípode cultural en el que se asentaba la vida intelectual vienesa.

Arthur Schnitzler había nacido en esa ciudad el 6 de mayo de 1862 y en ella cursó sus estudios de medicina. Descendiente de una familia de médicos, su padre había alcanzado fama como laringólogo. Arthur, que siguió la misma especialidad, trabajó en la Clínica paterna luego de graduarse, efectuando más tarde viajes de estudio por Alemania e Inglaterra, llegando a destacarse como cirujano y a escribir un texto de anticipación psicoanalítica titulado "Sobre la afonía funcional y sus tratamientos por hipnosis y sugestión" (...Über funktionelle Aphonie und Deren Behandlungen durch Hypnose und Suggestion, 1889).

A la edad de treinta años Schnitzler abandonó la profesión médica para consagrarse por entero a la literatura.

Si bien algunos han querido clasificar su obra en la corriente realista, no es en el realismo social que ella se ubica sino que abunda más en el tema amoroso o sexual internándose con singular agudeza en sus vicisitudes y desnudando represiones e hipocresías de la época en forma ácida y descarnada.

No es extraño entonces que Freud, su contemporáneo, leyendo sus primeras obras se sintiera fascinado y dijera que había encontrado en él a su doble, su Doppelgänger, confesándole en una carta del 8 de mayo de 1906 su envidia por el "conocimiento secreto" del corazón humano del que hacía gala el escritor.

Las más de treinta piezas de teatro que escribió

Schnitzler desde su primera obra *Anatol* (1893) lo convirtieron en el más seguro maestro del género hasta fines de los años '20.

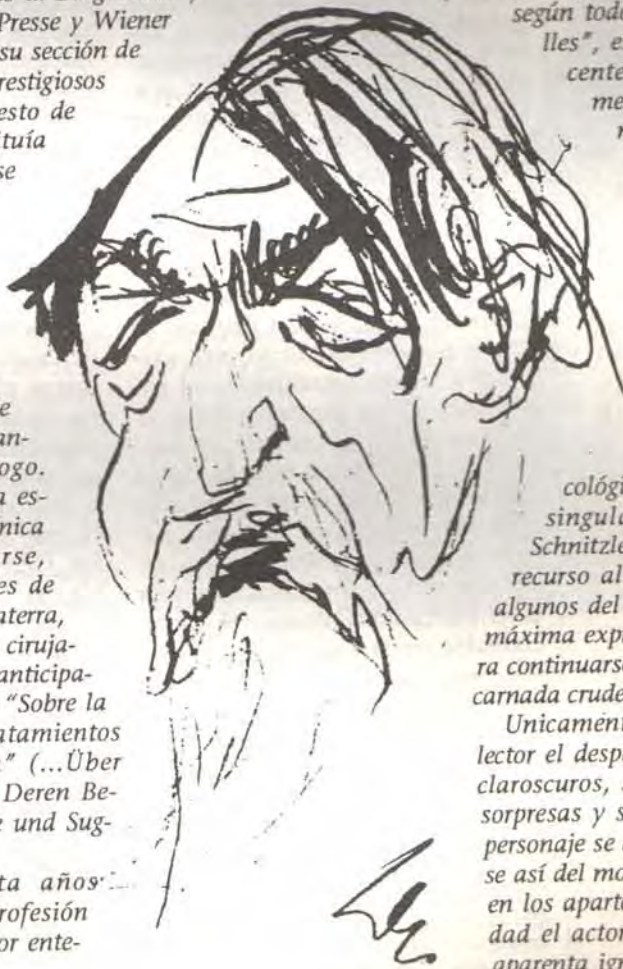
Como narrador la lista de sus obras, una cincuenta, empiezan con *Sterben*, en 1895, y concluyen con *Therese*, en 1928, una de sus raras producciones - esta última- en forma de novela larga. En efecto, su excelencia narrativa se expresó mejor, según todos sus críticos, en las "nouvelles", esos relatos que no rebasan el centenar de páginas, poco más o menos, y que en algunos casos limitan su extensión como en *Yo* (*Ich*, 1927) -que se publica junto a estas notas- a unas pocas carillas. Entre esos textos cortos *La Señorita Elsa* (*Fraulein Elsa*, 1924) es para muchos la obra maestra de Schnitzler y según de Torre "la más feliz adaptación del llamado 'monólogo interior' o también 'palabra interior' a la novela psicológica". Señalamos así otra de las singularidades de la producción de Schnitzler, quizás la más distintiva: su recurso al monólogo interior, clave para algunos del estilo novelesco, que llega a su máxima expresión en la obra del vienés para continuarse luego en Joyce con la más descarnada crudeza.

Únicamente esa técnica puede ofrecer al lector el despliegue del mundo subjetivo, sus claroscuros, sus vacilaciones irrisorias, sus sorpresas y sus secretos repliegues. En él el personaje se dirige a sí mismo diferenciándose así del monólogo dramático, tan utilizado en los apartes del teatro, en el que en realidad el actor se dirige al espectador al que aparenta ignorar. De allí que el "silent monologue", como gustan llamarlo los autores

anglosajones, tenga la característica antiteatral que le otorga su incongruencia, su incoherencia, su ilogicismo.

Hacia el fin de sus días Schnitzler rememora su propio trabajo en una obra póstuma: *Una juventud en Viena* (*Eine Jugend in Wien*, 1928) en la que el escritor se convierte en personaje de aquel patético mundo abolido. Arthur Schnitzler murió en 1931, según Guillermo de Torre "sin duda a tiempo, felizmente dado sus orígenes judíos, a tiempo para no ver manchada su ciudad con la represión de Dollfuss, antes de la tragedia del Anschluss, antes que las divisiones motorizadas hollaran el Prater" ■

Juan Carlos Stagnaro



YO

Arthur Schnitzler, 1927

Hasta ese día había sido alguien completamente normal. Se levantaba a las siete de la mañana, haciendo el menor ruido posible para no molestar a su mujer a quien le gustaba dormir un poco más, tomaba una taza de café, besaba en la frente a su hijito de ocho años que se preparaba para la escuela y simulaba suspirar al decirle a María que tenía seis años: "Qué le vamos a hacer, el año próximo será tu turno". Mientras él dirigía esas bromitas a los niños, su mujer hacía generalmente su aparición y entonces sostenían una conversación muy simple y hasta en ocasiones divertida, pero siempre apacible, ya que se llevaban bien en pareja, sin que existieran entre ellos malentendidos ni causas de descontento. No tenían nada que reprocharse uno al otro. A la una volvía de su trabajo sin estar particularmente cansado porque lo que tenía que hacer no era exigente ni de una naturaleza tal como para comprometer mucho su responsabilidad: era Jefe de Sección en una gran tienda de la Währingerstrasse de un rango más bien intermedio en su ramo. Almorzaban cosas simples y bien hechas junto a los niños que eran bien educados y lindos. El varón hablaba de la escuela, la madre del paseo que había hecho con la más pequeña antes de ir a buscar al primogénito y el padre pasaba revista a los pequeños acontecimientos matutinos ocurridos en la tienda, las nuevas colecciones, las novedades de Brünn, comentaba la pereza notoria del jefe que no llegaba casi nunca antes de mediodía, de tal o cual cliente que le había parecido gracioso, o de otro muy elegante que había ido a parar, Dios sabe cómo, a esa tienda de barrio y que lo había tratado inicialmente con altanería para finalmente quedar extasiado ante una corbata vulgar; daba noticias de la Srta. Elly que había encontrado, una vez más, un adorador, aunque él no tenía porqué entrometerse ya que ella trabajaba en la sección de zapatería para damas.

Luego se recostaba una escasa media hora y echaba una ojeada al diario. A las dos y media estaba

nuevamente en su puesto y entonces tenía mucho que hacer, en particular entre las cuatro y las seis, horas en las que se podía consagrar enteramente a los clientes. Mientras tanto en la casa todo transcurría normalmente, su mujer paseaba a los niños o bien su cuñada casada pasaba a visitarlos o bien lo hacía su madre, quién a veces estaba aún allí cuando él volvía.

A eso de las ocho se sentaban a la mesa mientras que los niños ya estaban en la cama. Sábado por medio iban al teatro, tercera galería, tercera o cuarta fila; él prefería la opereta pero de vez en cuando podían elegir una pieza seria y en ese caso terminaban la velada en un pequeño restaurante. Mientras tanto los niños estaban bien cuidados por la Sra. Wilhem, la esposa del médico que vivía en el primer piso, quién no habiendo tenido hijos estaba encantada de cuidarlos hasta el retorno de sus padres.

Precisamente esa tarde, sábado de Pascua, los Huber habían ido al teatro y luego habían cenado en su restaurante habitual y en el momento de acostarse el marido se había mostrado de tan buen humor que Anna terminó por decir que la debía confundir con la Sra. Constantin quien tanto le había gustado en el rol principal.

A la mañana siguiente, como todos los domingos, él partió para hacer su pequeño paseo, tomó el tranvía hasta Sievering, subió a pie hasta Dreimarskstein adonde encontró a un conocido con quién se quedó un rato charlando del tiempo, y luego bajó solo en dirección a Neuwaldegg. Atravesó el pequeño puente, como lo había hecho cientos de veces y desembocó en el gran parque con sus grupos de árboles magníficos que había visto Dios sabe cuántas veces. Fue en ese momento que su mirada encontró por azar un pequeño cartel hecho con una tablita clavada en un árbol, en el que en una escritura de trazo casi infantil podía leerse la palabra "Parque". No recordaba haber visto ese cartel anteriormente. El efecto era nuevo pero enseñada pensó: siempre estuvo allí, se nota que la tablita está vieja. Parque. Naturalmente que era un parque, nadie podía dudarle, el parque Schwartzenberg, dominio

privado perteneciente a los príncipes de Bohemia, abierto al público desde hacía décadas. Sin embargo, no habían puesto parque Schwartzberg o dominio privado sino simplemente y curiosamente: Parque. Se veía bien que era un parque, nadie podía dudarlo. Si bien no se distinguía mucho de la campiña vecina, no estaba delimitado, no tenía entrada principal, ni estaba sometido a reglamentos particulares, uno encontraba bosques y prados, caminos y bancos por lo que ese pequeño cartel con la palabra "Parque" escrita en él era más bien superfluo. Pero por otro lado debía tener su razón de existir. Quizás había gente que no estuviera tan segura como él de que se trataba de un parque. Quizá creían encontrarse con un bosque como tantos otros al borde de un prado, como los bosques y prados que acababa de atravesar descendiendo de la colina. Evidentemente era conveniente recordarle a esas personas que se trataba de un parque. Un bello parque, un magnífico parque. Si no hubiera existido ese cartel clavado al árbol algunos hubieran podido creer que era el paraíso. Ja, ja, el paraíso. Y quizás alguien se hubiera comportado en consecuencia... Alguien que se hubiese sacado la ropa y causado con ello un escándalo. ¿Cómo podía saber —habría dicho luego en la comisaría— que no era el paraíso sino un parque? Y bien, ahora, tal cosa no era posible. Habían sido muy razonables al colocar ese cartel. En ese momento se cruzó con una pareja, los dos ya no muy jóvenes y más bien gordos, y se echó a reír tan alto y tan fuerte que los otros tuvieron miedo y lo miraron azorados.

Como no era tarde se sentó en un banco. Efectivamente, se trataba bien de un banco, con toda seguridad era un banco aun cuando no tenía nada escrito sobre él. Y el estanque, que estaba un poco más lejos y que conocía bien, era seguramente un estanque —o una gran charca— o un pequeño lago o un mar, bueno, todo dependía de la manera de verlo, para un insecto era sin duda un océano. Para los insectos, en particular, hubiera sido bueno poner también allí, un cartel: estanque. Pero para los insectos no era justamente un estanque sin contar con que, además,

no saben leer. En fin quién sabe, si se lo piensa bien, sabemos tan poco sobre los insectos. En ese momento había uno que zumbaba muy cerca. Era mediodía. Tenía justo un medio día de vida, cinco

años podría decirse... a su escala, puesto que esos insectos de agua vivían un día y que para el atardecer ese ya estaría muerto. Quizás estaba festejando su quincuagésimo cumpleaños. Y los otros moscardones que zumbaban en torno de él lo felicitaban. Un festejo al que le tocaba asistir. Tuvo la impresión de estar sentado allí desde hacía

mucho tiempo y miró su reloj. No hacía más que tres minutos. Bien, era un reloj, ninguna duda al respecto, aún cuando no tuviera grabado en la tapa que lo fuera. Pero podía ocurrir que estuviera soñando. En ese caso no había reloj, él estaba acostado en su cama y soñaba y el insecto también era sólo un sueño.

Dos muchachos pasaron por el camino. ¿Era de él que se reían? ¿De sus pensamientos idiotas? Pero si no podían conocerlos. En fin... no era tan seguro que no pudieran. Hay gente que lee el pensamiento. Era muy posible que el que llevaba anteojos con montura de carey hubiera sabido muy precisamente lo que él tenía en ese momento en mente y que ello lo hubiera hecho reír. El asunto que quedaba por dilucidar era si ese jovencito con anteojos de carey había tenido razón para



reirse. Por que podía ser que todo ello fuera verdaderamente un sueño y en ese caso él habría soñado también la risa del otro.

Se dió una brusca patada y como si no fuera suficiente se pellizcó la nariz. Sentía perfectamente lo que se hacía y eso le pareció una prueba suficiente de su estado de vigilia. Si bien era cierto que todo ello no era absolutamente convincente ya que podía haber soñado también la patada y el pellizco en la nariz. Pero decidió conformarse por hoy.

Tomó el camino de regreso, a la una lo esperaba el almuerzo. Se sentía extrañamente liviano, casi corría, planeaba, y no solamente en el sentido figurado del término. Siempre había una fracción de segundo en la que ninguno de sus pies tocaba el suelo.

Subió al tranvía que corría aún más rápido que él; misteriosa esa fuerza eléctrica. Era la una y media. El insecto festejaba su quincuagésimo quinto cumpleaños. Las casas desfilaban a ambos lados a toda velocidad. Bien, ahora debía cambiar de tranvía. Sabía perfectamente que debía descender en esa parada. Qué extraño el saber todas esas cosas. ¿Y si había olvidado que vivía en la Andreasgasse? 14, Andreasgasse, segundo piso, puerta 12. Absolutamente. Todas las cosas como esas que pueden guardarse en un cerebro. También sabía que tenía la intención de estar en la tienda al día siguiente a las ocho de la mañana, que veía ante sí las corbatas, cada modelo de ellas. Aquí la rayada azul y roja, aquí la de lunares y aquí la de tonos beige. Las veía todas y también veía el cartel sobre la sección: corbatas. Era finalmente juicioso el cartel del árbol: Parque. Todo el mundo no tenía su presencia de ánimo ni su capacidad para saber de una ojeada, sin problemas, que eso es un parque y esto una corbata.

Había llegado ante su puerta. No recordaba haber descendido del

tranvía, ni haber caminado en la calle, ni haber franqueado el portal, ni haber subido la escalera. A lo mejor había volado. Se sentaron a la mesa. Eso era la sopera, eso los platos, cucharas, tenedores, cuchillos. Sabía exactamente cada una de esas cosas. Para él no había necesidad de escribirlas. Observó los objetos que lo rodeaban con cuidado. Todo estaba en regla. Y entonces contó la historia del insecto que festejaba sus cincuenta años. El insecto ofrecía un party. La palabra flotó en el aire. En su vida la había empleado. ¿De dónde venía esa palabra? ¿Adónde se iba?

A la tarde intentó vanamente dormir la siesta. Se había recostado en el diván del comedor y estaba solo. Tomó su block de notas. Se trataba bien de su block y no de su billetera ni de su estuche de cigarros. Escribió cómoda en la primera hoja, en otra armario, en otra cama y en otra sillón. Tuvo que corregirse varias veces y luego fijó las hojas sobre la cómoda y el armario, entró con precaución en el dormitorio en el que su mujer hacía la siesta y con una chinche fijó el cartelito cama. Salió de la casa sin esperar que ella se despertara. Fue al café y leyó su periódico, o más bien lo intentó. Todo lo que veía impreso en él le parecía perturbador y tranquilizador. Se encontraban nombres y designaciones que no dejaban lugar a dudas. Pero las cosas a las cuales esas palabras se referían estaban lejos. Era absolutamente sorprendente pensar que existía una relación entre esa palabra impresa Teatro Josephstadt, por ejemplo, y el edificio del mismo que se encontraba en una calle alejada de aquí. Leyó los nombres del reparto. Por ejemplo, Dubonet, abogado - Sr. Meyer. Ese señor Dubonet -y esto era lo más sorprendente de todo- no existía. Alguien lo había inventado, pero eso no impedía que su nombre estuviera impreso allí. En revancha, el Sr. Meyer que representaba a Dubonet existía perfectamente, y quizás lo había cruzado en la calle sin sospechar que se trataba del Sr. Meyer por que no llevaba un cartel cuando salía a pasear. Todos los días cruzaba así a cientos de personas sin tener la menor idea del lugar del cual venían, a dónde iban, sus nombres y podía muy bien ocurrir que

YO

una u otra de ellas apenas doblara la esquina cayese muerta víctima de un ataque. Sin duda sería al día siguiente que saldría en el diario que el señor Muller o algún otro había muerto súbitamente; pero él, el Sr. Huber, en la ocurrencia, no sabría jamás que lo había visto cinco minutos antes de su muerte. Terremoto en San Francisco. También estaba eso en el diario. Pero además de ese terremoto del diario había otro, el verdadero. Su mirada recayó luego sobre anuncios y programas. Algunos comercios citados le eran conocidos. Uno que otro anuncio hacía surgir al mismo tiempo que su texto la imagen de un edificio en el que él sabía o suponía que se encontraba la firma mencionada. Pero otras quedaban muertas. No veía más que letras impresas.

Levantó la mirada. La Srta. Magdalena estaba sentada a la caja. Ella se llamaba así. Un nombre poco frecuente para una cajera de café. No lo conocía sino por haberlo escuchado a los mozos, y nunca le había dirigido la palabra. Ella estaba sentada allí, más bien gorda, ya no tan joven y perpetuamente ocupada. El nunca le había prestado atención, ni una sola vez. Y he aquí, que ahora por que el azar había hecho que la mirara, ella pasaba a primer plano delante de los demás. Había mucha gente en el café, sesenta, ochenta o quizás cien personas. Entre ellos dos o tres, a lo sumo, a quienes les conocía el nombre. Incomprensible que esta cajera, parecida a otras cajeras se hubiera convertido de golpe en la persona más importante del lugar. Simplemente por que él la miraba. De todos los demás ignoraba todo. Todos sombras. También su mujer, sus niños, todos eran como nada en comparación con la Srta. Magdalena. Sólo restaba decidir qué etiqueta convenía pegarle. ¿Magdalena?, ¿señorita Magdalena? ¿o, cajera? Imposible salir de ese café antes de haber encontrado la denominación correcta. Era tranquilizador saber que afuera, en un cartel, la palabra parque estaba escrita en todas sus letras. La misma campiña en la que se había paseado esa mañana había desaparecido enteramente como detrás de una cortina. No existía más. Hacía bien pensar en ese cartel de madera. Parque.

Mientras tanto había terminado de tomar su café. El mozo retiró la taza con su platito y el vaso de agua. No había ante él otra cosa que el mármol blanco de la mesa. Espontáneamente tomó su lápiz y escribió en grandes letras: mesa. Esto también lo alivió un poco, pero ¡pensar todo lo que le quedaba por hacer!

De regreso en su casa, se percató de que habían quitado todos los carteles que había fijado sobre los muebles. Su mujer le preguntó qué le había pasado. Sintió que valía más no confiarle nada por el momento y le dijo que era una broma. Pero una broma útil ¿no? Era necesario habituar tempranamente a los niños a saber el nombre que debe llevar toda cosa o persona. Con el desorden increíble que reina en el mundo nadie se ubica.

A la tarde tuvo la visita de la suegra acompañada de la cuñada casada. Mientras ellas bebían su café en el salón con su mujer él aprovechó para escribir unos papeletos, suegra, cuñada y pegarlos a sus abrigos. Ellas no lo notaron al irse.

A la mañana siguiente antes de ir a la escuela le toca el turno a las vestimentas de su hijo y de su hija.

En la tienda pide ser recibido por el director y le hace algunas propuestas: hay que fijar etiquetas en todos lados, por ejemplo, sobre las corbatas e incluso indicar en ellas los colores. Corbata gris, roja, hay daltónicos. Insiste para que igualmente las vendedoras tengan su insignia.

Vuelve a casa se enoja porque de nuevo sacaron las hojitas con los nombres. Los niños vuelven de la escuela, se calma al ver que, por una u otra razón, les han dejado las suyas.

Entre tanto su mujer ha prevenido al médico. Cuando éste llega el enfermo va a su encuentro con un papel en su pecho en el que ha escrito con letras mayúsculas: YO ■



YO

UN HOMBRE NORMAL

Isidoro Vegh

Comentario al cuento de Arthur Schnitzler "Yo". Escrito en 1927 y publicado por primera vez en 1968 en Fischer-Almanach bajo el título de Novellette.

Normal, discurría su vida entre el trabajo, la casa y los paseos. En el hogar, charlas apacibles, sin malentendidos, decían de una relación sin sobresaltos con su mujer y sus niños.

En el trabajo, del cual regresaba sin mayor cansancio, no era mucho lo que le pedían, persistía en ese tranquilo clima apenas interrumpido en algunos horarios por una frecuencia mayor de la clientela, nada inesperada, más bien habitual.

De los paseos, un acuerdo oportuno con los vecinos le otorgaba quincenalmente la visa a una salida sin los niños que quedaban en seguro resguardo.

Así discurría la vida, cada cosa en un sentido prefijado que ofrecía un mundo sin contratiempos ni sorpresas.

En paseo más de cien veces reiterado por un conocido parque, inesperadamente sus ojos encuentran un letrero pegado a un árbol, que en letras de niño escribe PARQUE.

¿Cuál es su sentido, quién podría ignorar que es un parque?

Irrumpe un exceso en el ordenado mundo de su cotidiana existencia.

De ahí, una cascada in-crescendo lo lleva a preguntarse por el estanque que reposa enfrente, cómo lo verán los insectos que en él danzan su vida breve. Para ellos

valdría un cartel como éste. Pero no saben leer.

Extrañado, el recuerdo de su domicilio lo sorprende: podría ignorarlo.

¿Qué sucede en el enhebrado universo del señor Huber?: irrumpió un plus al sabido orden que interroga cada uno de los valores consagrados en la relación sin malentendidos de las palabras y las cosas.

Ahora hay cosas, personas cuyo nombre ignora, que podrían morir a la vuelta de la esquina sin jamás enterarse.

O leer su nombre en el diario, sin saber que es aquella que cruzó en la calle hace unas horas.

Hay nombres de comercios en los diarios que recuerdan edificios. Pero otros no son más que letras.

¿No convendría que las cosas portaran escrito, para asegurarlo, su nombre?

Un nombre para cada cosa, surge como reclamo imperioso de un mundo que arriesga su existencia deslizándose a lo impensable: tiene que pellizcarse la nariz, darse un golpe con el pie para obtener la tranquilidad de un indicio de vigilia: ¿qué asegura que no fuera un sueño?

Separado del confort del sentido asegurado, se desvanece la trama de las preeminencias, todo se iguala en una presencia sin valores: una desconocida cajera, de nombre apenas oído al azar es más importante que su mujer o su

hija. Un orden se deshace y arriesga al sujeto a su desorden.

Precavido, pega etiquetas en las ropas de su madre y de su hermana, en los atuendos escolares de sus niños, en cada uno de sus familiares.

El cuento culmina cuando en su pecho escribe Yo.

Ultima etiqueta, tal vez antes del derrumbe de una instancia que es también un pronombre.

Articulador del sujeto a la palabra, su pérdida lo dejaría a la deriva en un mundo sin señales ni letreros, en la indiferencia de los lugares, en la ignorancia de los lazos.

La paradoja que el cuento subraya, la irrupción catastrófica de un sin-sentido emerge en un mundo de sentido, sin malentendidos ni sorpresas, un mundo de equilibrio imaginario impermeable a los equívocos y al encuentro de lo real.

Una topología se ofrece que ubica en la misma superficie el sentido de un mundo y el acuerdo impensado de la lengua y el referente.

La ausencia de malentendidos se muestra paralela a la equilibrada distribución, sin conflictos, del mundo familiar y laboral, de la rutina cotidiana y el paréntesis pautado del ocio.

Superficie continua dispone a la creencia de armonía del Umwelt y el Innewelt.

La irrupción del extraño cartel, sin lugar en ese mundo sensato,

descalabra los acuerdos, introduce una ruptura amenazante.

El letrero final, Yo, puesto en el pecho del protagonista nos sugiere que esa superficie es la de su cuerpo, necesitado ahora, de un complemento: el nombre que garantice su continuidad.

*El yo es sobre todo una esencia-cuerpo; no es sólo una esencia-superficie, sino, él mismo, la proyección de una superficie*¹.

Proyección de una superficie en otra, es el encuentro de la imagen corporal en el campo del Otro, de la superficie que el Otro ve, internalizada por el sujeto.

Si se proyecta una esfera en un plano, todos los puntos de la esfera salvo el punto P pasarán al plano. El punto P se proyecta al infinito.

Si la esfera representa la superficie corporal y el plano el campo-es-

pejo del Otro, la garantía de la imagen yoica es que un punto se sustraiga al espejo del Otro. No es specularizable, ausente al mundo que el Otro sanciona, garantiza al sujeto con un resto, barrera al anodamiento en el sentido del Otro.

Si en cambio el sujeto no llegó a constituirlo, su yo igualado al sentido del Otro, no soporta sin desgarrar la irrupción de un sintido.

Este punto P es el que Lacan nombra objeto a: objeto de la pulsión es la suerte del humano para ir más allá del principio del placer; objeto causa del deseo desacerda la serie de las demandas familiares, laborales, recreativas con la presencia de un goce inesperado.

Resto que escapa a los pactos consagrados, cuota de goce, se instituye como producto que ga-

rantiza en cada vuelta de la vida la apertura de la superficie del Otro y la existencia del sujeto.

La otra solución es la que ofrecería un Otro soñado que devolviera al yo el certificado de autenticidad que asegurara su permanencia y su mundo al precio inexorable de la sumisión a sus valores.

¿1927 no es acaso el umbral de esta variante en la resquebrajada extensión de la Mittel Europa?

Sustracción de goce al campo del Otro, es operación instituyente. Se obtiene en cambio de un pago, que acepta perdido para siempre el goce incestuoso, goce del Otro.

Valor ético de una operación que la historia del relato y de los pueblos muestran en el precio de horror que sustituye a su eficacia ■

CEGLUTION 300

CARBONATO DE LITIO 300 mg

ESPECIFICO PARA EL TRATAMIENTO Y PROFILAXIS DEL TRASTORNO BIPOLAR



QUIMICA ARISTON S.A.

POSOLOGIA:

DOSIS DE ATAQUE: 2 tabletas
3 veces al día.

MANTENIMIENTO: 1 tableta
3 veces al día

PRESENTACION:

ENVASES CON 50
TABLETAS



EL PORVENIR DE LA PSIQUITRIA: CHANCES Y PELIGROS

Entrevista al Prof. Théophile Kammerer

por Luis Solano

El Prof. T. Kammerer, creador de la Escuela Psiquiátrica de Estrasburgo –Facultad de Medicina, Universidad Luois Pasteur–, que dirigió durante treinta años (1953-1982), fue el primer psicoanalista que ocupó cargos de relevancia universitaria en Francia. Su servicio fue lugar de cálida acogida para los psiquiatras argentinos que constituyeron el contingente más numeroso (especialmente los provenientes de Córdoba) entre los extranjeros que lo frecuentaron. Brasileños, alemanes, belgas, polacos y africanos compartieron con nuestros compatriotas la enseñanza que se impartía allí. El Prof. Kammerer inició su formación médica y psiquiátrica con los Prof. J. A. Barré y A. Porot y su formación psicoanalítica con J. Boutonnier y D. Lagache. Entre sus múltiples actividades de docencia e investigación cabe recordar su participación junto a Henri Ey en la elaboración del Libro Blanco de la Psiquiatría Francesa (1965-67), suerte de balance exhaustivo de la situación de la especialidad en su país, y en el proceso de separación de la Psiquiatría y la Neurología como especialidades distintas en Francia. Sus criterios y trabajos sobre la formación de especialistas le valieron por un lado la presidencia del Sindicato de Psiquiatras (1967-1982) y por otra su ingreso al Comité de la Asociación Mundial de Psiquiatría (A. M. P.). Actualmente el Prof. Kammerer se consagra al estudio de la historia de la psiquiatría en Estrasburgo durante el siglo XIX y a la del desarrollo del psicoanálisis en esa ciudad.

Luis Solano, quien se formara desde 1974 junto a T. Kammerer es un amigo y colega, residente en Fran-

cia y brillante psicoanalista ligado al Campo Freudiano que inaugura, como lector de Vertex, un nuevo estilo de entrevista al haber tomado la iniciativa de enviarnos el presente texto. Se lo agradecemos por la importancia de los temas tratados, así como por la de la figura que llega hoy a nuestras páginas.

El Prof. Kammerer, como nos escribe Solano, “está presente en el recuerdo de sus alumnos, discípulos y colegas como alguien dotado de una gran tolerancia, de una rara solicitud hacia los demás y de una posición ética en la existencia que le permitió seguir un camino propio en la especialidad”.

L. Solano: ¿Podría precisarnos cuál fué la especificidad de la escuela de Estrasburgo?

T. Kammerer: En primer lugar es necesario definir el término “escuela”. Si se trata de un lugar de elaboración y de profesión de una doctrina original pienso que no es conveniente aplicarlo aquí. Si, en cambio, significa un lugar de formación caracterizado por ciertas particularidades y también algunas posiciones de principios, que aclararemos luego, creo que podemos emplearlo sin inconveniente.

La Clínica psiquiátrica de Estrasburgo se benefició de una suerte particular ya que desde 1919 estuvo separada de la cátedra de Neurología. Tal separación sólo existía en París, mientras que en el interior de Francia ambas materias estaban reunidas en cátedras de Neuropsiquiatría. Cuando en 1969 se instituyó la separación en dos especialidades distintas para todo

el país, Estrasburgo llevaba una considerable delantera respecto de las demás facultades. También tuvimos otra chance circunstancial ya que durante toda mi gestión estuve rodeado del mismo equipo de colaboradores: L. Singer, L. Israël, E. Ebtinger y R. Durand de Bousingen. A pesar de nuestras diferencias supimos cohabitar y trabajar en armonía respetándonos mutuamente. Como nuestras diferencias de edad no superaban los diez años, pudimos recorrer juntos la mayor parte de nuestras carreras. Para evitar la dispersión del equipo dividí la Clínica, que con sus 130 camas superaba las normas establecidas, en cuatro servicios: dos de adultos, uno de psiquiatría infantil y un policlínico. Esta estabilidad en la cohesión contribuyó grandemente a crear un ambiente favorable para la formación de nuevos psiquiatras.

Solano: *Al introducir el psicoanálisis en la Clínica Ud. le dió a la misma una originalidad particular y sin duda una posición de vanguardia.*

Kammerer: Cuando me nombraron en la Cátedra de Psiquiatría en 1953, yo acababa de terminar mi formación psicoanalítica que había durado desde 1948 hasta 1952. La había realizado con vistas a aplicarla en mi práctica. A la sazón era el único psicoanalista francés titular de cátedra, cosa que me valió el ser visto por algunos de mis colegas como un marginal y por otros como un fenómeno insólito pero interesante. De entrada le acordé una gran importancia a la enseñanza del psicoanálisis. No tanto en su aspecto teórico sino porque permitía un abordaje clínico y terapéutico de las neurosis, tema que había sido tratado muy sumariamente hasta ese momento. Esa enseñanza ya estaba reservada a los psiquiatras en formación y suscitaba entre ellos un vivo interés. Fue así como la "peste" se introdujo en la institución. En 1958 ya había cuatro miembros de nuestro equipo con formación psicoanalítica. Sólo L. Singer se mantuvo refractario a ella y siempre le he estado agradecido por ello ya que su posición era indispensable para el sano equilibrio de la Clínica. Yo no quería hacer de ella una Clínica exclusivamente psicoanalítica porque su equipo médico se habría aposentado en las delicias desencarnadas de una pura psicogénesis. Luego tendremos la ocasión de comentar la importancia que yo daba a la bipolaridad orgánica y psicodinámica.

Solano: *¿Qué lugar otorgaba a la investigación quimioterápica y psicofarmacológica?*

Kammerer: En ese dominio la Clínica estuvo tan activa como las otras Clínicas universitarias francesas. Desde el nacimiento de la clorpromacina en 1953 todo nuestro equipo se puso a ensayarla. Inicialmente la aplicamos en el delirium tremens. Un poco más tarde, durante los ensayos con imipramina, tuvimos la sorpresa de constatar la eficacia de esa droga en la neurosis obsesiva. Por supuesto que además hicimos numerosos estudios sobre otros neurolépticos, sobre los tranquilizantes, y sobre los somníferos.

Otro dominio original que no debemos olvidar fue el de la investigación epidemiológica que se rea-

lizó bajo la dirección de Singer. Fue así que se estudiaron las tentativas de suicidio a partir de 1963 y el caso muy particular de los incendiarios en 1967. Pero sobre todo se trató la epidemiología urbana a través de una vasta encuesta que a partir de 1971, estudió la repartición de las enfermedades mentales barrio por barrio de la ciudad de Estrasburgo y se la correlacionó con la incidencia de factores ecológicos y sociológicos. Un trabajo análogo se emprendió en la ciudad de Mulhouse.

Solano: *Volvamos al psicoanálisis: ¿Cuál fue la influencia de Lacan sobre el psicoanálisis de Estrasburgo?*

Kammerer: Cuando en 1964 Israël fue designado por Lacan como psicoanalista de la Escuela Freudiana de París, la seducción de Lacan ya se ejercía sobre los psiquiatras jóvenes de nuestra Clínica. Me encontré allí ante un dilema ya que sus desarrollos teóricos me parecían interesantes y originales, pero su práctica psicoanalítica era discutible y ofrecía a los colegas jóvenes un ejemplo inquietante. Sin embargo yo no podía permitirme abrir en el seno de nuestro equipo, amalgamado desde hacía diez años, el tipo de hostilidades que desgarraban el ambiente psicoanalítico parisino. Decidí entonces evitar la ruptura y optar junto con Israël por un pluralismo "ecuménico" tolerante y mantener el diálogo. Fue así que la influencia de Lacan en materia teórica fue no sólo exclusiva sino también dominante y tomó en Estrasburgo un desarrollo considerable. Por mi parte no escatimé mis críticas acerca de la práctica y de los principios que proponía Lacan para la formación de psicoanalistas.

Solano: *¿Vuestra enseñanza clínica y vuestra nosografía fueron marcadas por el psicoanálisis?*

Kammerer: Sin ningún lugar a dudas en lo concerniente a las neurosis, que la escuela francesa había dejado a nivel de las concepciones de Janet. En ese tema yo adopté los tipos reformulados por Freud: neurosis de angustia, neurosis fóbica, histeria, neurosis obsesiva y los caracteres correspondientes. Por el contrario la concepción lacaniana de "la psicosis" única, que no daba cuenta en absoluto de las psicosis agudas y menos aún de los accesos periódicos de la psicosis maniaco-depresiva, me parecía "reduccionista" e inaceptable.

Solano: *¿Mantuvo Ud. la nosografía de las psicosis que había creado la tradición clínica francesa?*

Kammerer: No, y esto constituyó sin duda un aspecto de mi enseñanza que dió un carácter particular a la Clínica de Estrasburgo. Yo había adoptado, parcialmente al menos, la doctrina —a mi criterio fecunda— del neojacksonismo de Henri Ey con su concepción jerárquica de las estructuras; la de su disolución y su reorganización psicótica según sus diferentes niveles: maniaco-depresivo, paranoico, esquizofrénico y confuso-demencial. Esta visión original, permitía salir de la clasificación de entidades nosográficas,

concebidas como las diversas especies de enfermedades orgánicas de la medicina general definidas cada una según su etiología, su cuadro clínico y su anatomía patológica. Recordemos que a partir de Bayle, quien descubre el cuadro completo de la parálisis general, nuestros predecesores —de la época de Kraepelin— soñaban con descubrir un estatus análogo para cada psicosis. La definición de los niveles estructurales, utilizables como puntos de reparo paradigmáticos, daba la posibilidad de situar cada caso individual admitiendo al mismo tiempo todos los casos intermedios y las evoluciones eventuales de un tipo a otro, evitando en la misma maniobra los etiquetamientos definitivos.

Por el contrario la doctrina órgano-dinámica de la enfermedad mental sostenida por Ey me pareció demasiado psicogenética y no la adopté, prefiriendo profesar una posición que aceptara un pluralismo de factores de orden órgano y psicodinámicos.

Solano: *¿La fenomenología tuvo influencia en la enseñanza que Ud. impartía en Estrasburgo?*

Kammerer: En cierta manera no cabe duda que la tuvo. Pero no tuvimos la pretensión de calificarnos como fenomenólogos. Por otra lado señalaremos que en Francia los psiquiatras-filósofos eran raros. No contábamos más que con Minkowski, Henri Ey en un cierto momento, y Arthur Tatossian. No obstante, nuestras lecturas de Jaspers, nuestros encuentros regulares con el equipo de Heidelberg, con von Baeyer, con Tellenbach, nuestros contactos con Zutt en Francfort y con Gebattel en Bamberg, dejaron una impronta en nuestra escucha de los pacientes y una atención particular por su vivencia existencial. El ejemplo más importante de lo que digo lo dió Ebtinger con su monumental tesis de 1958 que versaba sobre la vivencia del paciente al despertar luego del electroshock. Un abordaje similar fue realizado por J. P. Bauer respecto de la vivencia que despertaban los fenómenos disquinéticos, en particular la acatisia y el espasmo de torsión, observados en algunos pacientes tratados con tioproperacina.

Solano: *Le propongo que volvamos al terreno de las psicoterapias. Ud. se interesó especialmente en la técnica del entrenamiento autógeno de Schultz...*

Kammerer: Siempre me preocupó la formación psicoterapéutica de los psiquiatras. Ella había sido descuidada durante largo tiempo en la escuela francesa. Entre la técnica analítica, limitada en sus indicaciones y la entrevista psicoterapéutica corriente, que también necesita una formación especial y

controles, hay un lugar para las técnicas tales como el entrenamiento autógeno de Schultz. Desde 1956 me pareció el método de elección. Los iniciadores fueron Durand de Bousingen y Becker quienes volvieron encantados de un Seminario que dictó Schultz en Hamburgo y transmitieron su entusiasmo a nuestro equipo. El estado de desconexión —Umschaltung— llamado también estado "autógeno", particularmente fecundo para las autosugestiones, fue inmediatamente objeto entre nosotros de investigaciones electroencefálicas comparativas con los registros de sueño. En razón de sus numerosas indicaciones terapéuticas en los trastornos "funcionales" y psicósomáticos que habían sido largo tiempo descuidados por los médicos, el uso de este método se extendió rápidamente a los servicios de neumonología, gastroenterología, dermatología, etc. Durand de Bousingen tomó a cargo la formación de médicos en sesiones anuales y luego de traducir al francés la obra fundamental de Schultz en 1957 fue solicitado en diversas regiones de Francia para dictar seminarios de formación.

En 1965 la hipnosis también encontró su lugar en nuestros temas de interés luego de que Kress y Ritter se formaron junto a Langer en Mayence. Si bien la hipnosis fue más limitada en sus indicaciones continúa siendo utilizada actualmente. Debo señalar que los diversos colaboradores formados en estas técnicas eran todos analizados y en consecuencia estaban provistos de una cierta autocritica en la relación médico-paciente.

Solano: *¿Qué piensa Ud. de la influencia de la psiquiatría norteamericana sobre la psiquiatría francesa?*

Kammerer: Hasta los años '70 la psiquiatría francesa y su nosografía, sus modalidades de formación y sus escuelas psicoanalíticas, habían sido relativamente refractarias a las influencias norteamericanas. El evento más relevante de la época subsiguiente fue la aparición del D.S.M. que surgió como respuesta a la urgente necesidad de armonizar las referencias nosográficas en los trabajos de investigación y permitir comparaciones válidas, especialmente en psicofarmacología y epidemiología. Pero al apetito clasificador, la curiosidad, y el esnobismo de algunos psiquiatras, siguió una tendencia equivocada al desviar el uso de ese manual de su destino inicial y utilizarlo como un tratado apto



"La psiquiatría es una disciplina compleja que se encuentra situada en una encrucijada privilegiada y peligrosa, en la que su unidad y su especificidad son constantemente cuestionadas"

se produjo y se produce más particularmente y en primer lugar en los servicios universitarios. La primera preocupación del psiquiatra joven es, entonces, la de clasificar correctamente a su paciente en detrimento de la escucha atenta y de la comprensión de su situación. Pero he aquí que los autores principales del Manual, que profesan posiciones antipsicoanalíticas, llegaron a suprimir el concepto de neurosis y lo volatilizaron en síntomas múltiples desprovistos de síntesis. Se precisan así dos peligros que amenazaron por una parte la relación médico-paciente y por otra toda la experiencia de la patología neurótica elaborada desde las investigaciones de Freud, lo cual sería una pérdida difícilmente reparable para la psiquiatría.

Solano: *¿Hay otros peligros que amenazan a la psiquiatría?*

Kammerer: El porvenir de la psiquiatría me preocupa. No puedo mencionar aquí más que los problemas, las zonas de fricción y de fractura. La psiquiatría es una disciplina compleja que se encuentra situada en una encrucijada privilegiada y peligrosa, en la que su unidad y su especificidad son constantemente cuestionadas. Privilegiada por que ella establece la articulación entre la Medicina y la Psicología. Peligrosa por que su objeto principal, la locura, es del dominio de lo irracional en el cual dominan las emociones, los afectos y las pulsiones que, a primera vista, son refractarias a un abordaje científico.

Esta irracionalidad será una de las causas profundas de la división entre los psiquiatras que quedan sujetos a opciones ideológicas comparables a las que se producen en las iglesias o los partidos políticos. El mayor divisor fue Freud quien separó a los psiquiatras entre simpatizantes y opositores de sus teorías. Y luego esto continuó en el seno del movimiento que él lanzó, por medio de divisiones intestinas que no cesaron de multiplicarse por motivos doctrinales o por querellas personales.

Por otro lado el psicoanálisis suscitó entre los psicólogos una adhesión masiva en todos los países, desarrollándose así una nueva profesión de psicólogo clínico psicoanalista que entró en competencia con los psiquiatras. Pero hay más aún, en lugar de mantener la psicología en su dominio los universitarios que la enseñan, muy juiciosamente han agregado a la formación en psicología clínica una formación biológica, bioquímica, psicofarmacológica y por qué no psiquiátrica —dada por psiquiatras— tratando de dotar a los psicólogos de una triple competencia biológica, psicológica y psiquiátrica, pero sin poder ofrecerles simultáneamente una experiencia práctica satisfactoria. Así se vio realizado un sueño común a los jóvenes psicólogos y psiquiatras de mayo del '68:

formar psicólogos-psiquiatras por fuera del largo circuito de los estudios médicos. Durante ese tiempo algunos psiquiatras entusiasmados por el desarrollo de las neurociencias, se reagruparon en una Sociedad de Psiquiatría Biológica que, acentuando la zona de fricción con los neurólogos, reforzó la división entre psiquiatras psicoanalistas y no psicoanalistas.

Si los psiquiatras quieren salvaguardar su dominio y calificación propios, deben conservar con vigilancia y firmeza su doble competencia bio-médica y psicológica superando sus divisiones internas. No es necesario, sin duda, que todo psiquiatra adquiera esa doble competencia, pero es indispensable que en el seno de cada equipo hospitalario las dos competencias estén representadas en un ambiente de armonioso diálogo. La experiencia clínica sobre el conjunto de la especialidad otorga a los psiquiatras una fiabilidad incomparable que no pueden adquirir ni los neurólogos, ni los psicólogos, ni los biólogos, a menos que esos otros especialistas trabajen con ellos.

Una de las mayores satisfacciones de mi carrera me fue dada el día en el que dos de mis colaboradores —Singer representando la psiquiatría biológica e Israël, psicoanalista— decidieron espontáneamente organizar presentaciones de enfermos en común aportando, cada uno de ellos, sus puntos de vista y comentarios. El auditorio, siempre cautivado por tales encuentros, tenía plena conciencia de que esta confrontación pacífica representaba los dos polos indisolubles de la psiquiatría.

Me parece esencial para el futuro de la psiquiatría, que ese diálogo y esa cohabitación sean siempre mantenidos como justa representación de la unidad del ser humano en su complejidad bio-psicológica ■

IMAGEN

Equipo de Acompañantes Terapéuticos

- Atención individual.
Domiciliaria e Institucional
- Internaciones Domiciliarias

Radio llamadas 312-6383 / 311-0056
315-2171 Código 10.425

Semblante de *a*

Psicoanalista, Fundador y ex presidente de
Mayéutica - Institución Psicoanalítica
J. E. Uriburu 1690, 18 "A", 1114 Cap.
Federal, Tel.: 803-1341

Roberto Harari

"No es oro todo lo que reluce, mas se debería igualmente añadir que tampoco reluce todo lo que es oro".

F. Hebbel, Tagebücher.

"La verdad es como el agua filtrada, que no llega a los labios sino al través del cieno".
M. J. de Larra, La Nochebuena, delirio filosófico.

"¿Qué es el hombre sino una contradicción vertical? ¿Y qué sería de la vida sin esta contradicción ambulante y pensante?"

A. Nervo, En torno a la guerra.

Presentación

"**S**emblante de *a*", concepto lacaniano crucial en lo referente a la dirección de la cura en general y al lugar del analista en particular, es la conjunción de dos términos –semblante, por un lado y *a*, por el otro–, cuya ubicación conceptual y semántica es necesario despejar de inicio.

Así, el término "semblante" corresponde al vocablo francés *semblant*, el cual debe ser discriminado de una palabra relativamente afín como es *semblable*, es decir, semejante. Si a ojos vista existe entre ambos correlación etimológica u otro tipo de parentesco –en tanto pertenecientes a una misma familia de palabras–, veremos que los campos conceptuales puestos en juego por cada uno de ellos son disímiles.

Semblante –el término existe en castellano, no es por lo tanto un neologismo– es definido por el *Diccionario de la Real Academia Española* como: "Cara o rostro humano./ Apariencia y representa-

ción del estado de las cosas, sobre el cual formamos el concepto de ellas". En otra acepción: "Alterarse o variarse las circunstancias de las cosas de modo que se espere diferente suceso del que se suponía". Destaquemos de lo apuntado la referencia a la apariencia, a la alteración, e inclusive al engaño, aunque este último sentido no equivale con exactitud a los previos.

Localizamos también, en castellano, el verbo "semblar", ser semejante, y aun un extraño término, que parece por completo pertenecer al francés: "semble", proveniente del latín *simile* –vocablo trabajado psicoanalíticamente por nosotros¹– y cuyo sentido denota: "De un modo semejante".

Ahora bien, si al concepto de semejante (*semblable*) se lo sitúa en el registro de lo Imaginario –remitiendo, por consecuencia, a una dimensión de especularidad–, el de semblante (*semblant*) es, por el contrario, un concepto novedoso, y que señala algo diverso de la

imagnarización. ¿Se localizaría entonces en otro registro, o, antes bien, en la concatenación de otros registros? Dejemos, por el momento, abierta la cuestión.

Paraconsistencia

Dentro de la lógica singular propia del psicoanálisis –a cuyo respecto Lacan ha intentado brindar una formalización más rigurosa– el concepto de semblante surge como una alternativa ante los meneados criterios de verdad de la lógica tradicional. Criterios de verdad que discriminarán, respecto del enunciado, si es verdadero o falso, planteando, en definitiva, una dimensión de polaridad: hay un par biyectivo donde las proposiciones se colocan bajo una calificación o bajo la otra. Lo notable del concepto de marras es que intenta romper con esa polarización; así, si agrupamos los elementos en un esquema de pares encolumnados divididos por una

barra, a nuestro concepto no cabría situarlo sino en la misma barra, a partir de lo cual no podría predicarse del semblante ni la verdad ni la falsedad. Esto implica toda una redefinición, propuesta ya en el clásico aforismo lacaniano: "la verdad tiene estructura de ficción", o también en la afirmación freudiana que reconoce a la teoría como siendo una *ficción teórica*. Ello no comporta el que haya teorías ficticias y teorías verdaderas, sino que asevera, de toda teoría, su carácter de ficción. Al respecto, es siempre recomendable la lectura del trabajo de J. Bentham citado por Lacan: *Teoría de las ficciones*. Esas ficciones, insistamos, no se oponen a verdades sino, por el contrario, afirmamos que la verdad no puede sino circular por esa estructura ficticia.

El concepto de semblante, en suma, procura obviar la dimensión de lo verdadero y lo falso, posicionándose en un lugar lógico alternativo.

Cabe preguntarse entonces: ¿cuál es esta lógica que permite plantear un criterio distinto de aquel de separar la verdad de la falsedad de modo "estricto"? No es, evidentemente, la lógica tradicional, en la que se postula un principio de identidad y, en definitiva, en función de él se puede enunciar una contradicción diciendo, de un juicio si es, o verdadero, o falso. Esta otra lógica implica una serie de desarrollos capaces de discriminar las negaciones en dos tipos: negaciones fuertes y negaciones débiles. La *negación fuerte* es la clásica y apunta, de modo ostensible, a una contradicción: si algo es A no es no-A. Por otro lado, existe una *negación débil*, tal que permite, sin tornar paradójico el sistema —es decir, sin volverlo inutilizable, puesto que de no haber ninguna contradicción todo el sistema se derrumbaría— que permite, decíamos, sin llegar al punto aludido, la subsistencia de un semblante del cual pueda predicarse una mismidad a condición de que al mismo tiempo pueda afirmarse también una alteridad². De otra manera: que no exista ni una identidad absoluta ni tampoco una otredad descalificatoria de esa identidad absoluta³.

Esta lógica paraconsistente, sos-

tenida por negaciones débiles sin que ellas impliquen una trivialización del sistema, se encuentra enunciada con claridad, y en estado práctico, en un concepto trabajado anteriormente, al que ahora retornaremos⁴. Se trata de aquello que Freud bautizó, de manera sorprendente, como "concepto inconsciente". Aclaremos: no es concepto de inconsciente ni tampoco una manera inconsciente de procesar conceptos al modo del proceso primario. No; él dice: un concepto inconsciente. Glo-sando lingüísticamente la cuestión, se trataría de una unidad del discurso inconsciente, a saber: pene, heces, niño, los cuales dan por resultado una unidad, un concepto inconsciente, el de "lo pequeño separable del cuerpo". Y asevera que por "estas vías de conexión pueden consumarse desplazamientos y refuerzos de la ocupación libidinal que revisten significación para la patología y son descubiertos por el análisis"(1).

Un concepto inconsciente abarca, entonces, de manera paraconsistente —mediante una negación débil— al pene, a las heces, y al hijo. Esta es, en consecuencia, una ecuación fundante del psicoanálisis, de la cual derivan luego, y por el lado de las heces, el regalo y el dinero. Pero las heces, el niño y el pene son una unidad. ¡Vaya unidad extraña! Desde el punto de vista fenomenológico, ¿qué tienen en común estos elementos? ¿Dónde se encuentra el simbolismo basado en la analogía? ¿Dónde hace pie el parecido entre ellos? Sólo en lo pequeño separable del cuerpo. Ahí se puede detectar, por ende, una lógica paraconsistente, una negación débil, una no trivialización del sistema, donde se postula la preservación de algo y, sin embargo, ese algo —mismidad en consecuencia— resulta recusado a través de una alteridad. ¿De qué forma? A través de la posibilidad, como decía Freud, de que eso pequeño separable del cuerpo pueda consumir desplazamientos por vías de conexión.

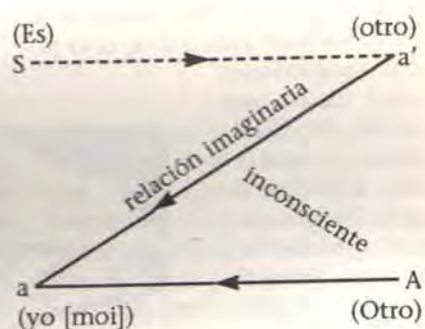
Este breve recorrido referido al primero de los términos de la conjunción apuntada al comienzo nos ha acercado, de modo inesperado, al segundo. De él nos ocuparemos a continuación.

a.

¿Qué es el famoso *a* ese del cual Lacan sostiene que fue su único verdadero "invento" en el psicoanálisis? A la "a" es necesario entenderla, cuanto menos, en las tres acepciones señalables a lo largo de la obra del maestro francés.

En primer lugar, tomemos el esquema L, el esquema Lambda del Seminario sobre "La carta robada". (Fig 1)

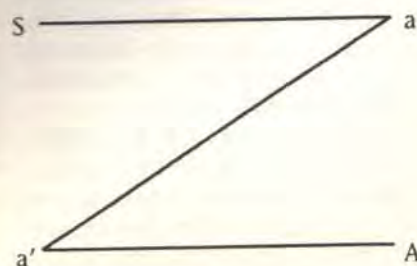
Figura 1



No resulta de interés, en relación con el tema que estamos indagando, dilucidar en qué consiste, cómo se va articulando, adónde va, en suma, este grafo. Interesa resaltar, simplemente, lo siguiente: en dicho grafo, *a* es *moi*; y se sabe que el *moi* es un sistema de identificaciones alienantes. Mediante tal sistema un sujeto, cuando intenta enunciarse, no puede hacerlo sino desde el lugar —así condicionado, de modo insoslayable— del desconocimiento-reconocimiento. Primera indicación entonces, surgida del Seminario sobre "La carta robada": *a* como *moi*.

Vayamos ahora a *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. En este texto Lacan dibuja el esquema L simplificado. (Fig. 2)

Figura 2



"Dentro de la lógica singular propia del psicoanálisis el concepto de semblante surge como una alternativa ante los meneados criterios de verdad de la lógica tradicional"

Abajo a la izquierda aparece la a' , mientras que arriba a la derecha localizamos la a . Semeja ser igual al otro esquema, pero no lo es: las posiciones $a-a'$ están invertidas. De todos modos, en tanto se trata de la dimensión de la especularidad imaginaria, uno podría preguntarse:

¿qué es lo que varía, si finalmente mentamos a la dimensión imaginaria? ¿No podrían invertirse, en todo caso? La respuesta anticipatoria es por la negativa, porque antes sería necesario dilucidar, por ejemplo, lo siguiente: ¿a quién se dirige el sujeto, quién es el interpelado? Más adelante, en este mismo texto, Lacan afirma: "en efecto, en cuanto

está estirado [el sujeto] en los cuatro puntos del esquema: a saber S , su inefable y estúpida existencia, a , sus objetos, a' , su yo (moi), a saber lo que se refleja de su forma en sus objetos..."(2). Acá resulta clara la diferencia: en a , que previamente daba cuenta de la dimensión del moi vinculada al a' —estableciéndose así la dimensión especular— se produce una torsión: a denota a los objetos, y a' al moi . Entonces, si bien se trasunta entre los dos esquemas una unidad conceptual, existe sin embargo una torsión que arroja como resultado la mencionada inversión de los términos $a-a'$.

La tercera acepción, el objeto a o $Petit a$ ⁵, es quizás la más conocida. La lista de objetos a , ese soporte que Lacan tematiza en *Subversión del sujeto* y sella en el *Semi-*

nario sobre "Los cuatro conceptos..." cuatro años después, reconoce cuatro elementos o "pisos": seno, heces, mirada y voz. Cabe destacar un punto fundamental: el objeto a es objeto causa de deseo. Y es preciso enfatizar lo de *causa*.



Una primera discriminación: se torna imprescindible diferenciar el *objeto causa de deseo* del *objeto del deseo*. ¿Cómo discriminarlos? En Primer lugar porque la posición subjetiva es radicalmente distinta en un caso y en el otro.

El objeto causa de deseo es el responsable de lo que Freud llamaba la *Verliebtheit*, esto es, el enamoramiento repentino, el "flechazo", aquel donde podría aplicarse el aforismo picassiano retomado por Lacan: "Yo no busco, encuentro"

Es decir, el sujeto va a aparecer allí capturado y aprehendido por un objeto al que él no ha buscado, por cuanto lo mueve "desde atrás". Que luego sitúe a ese objeto como enfrentado, y diga, creyéndose dueño imaginario de su deseo, que es él quien sale a bus-

car ese objeto, eso es harina de otro costal. Y en ese otro costal es donde cabe hablar de objeto *del* deseo: en la relación especular del *moi* al semejante. Dimensión que, al enunciarse, lo hace desde lo Imaginario,—"Me ha llegado la hora de sentar cabeza, voy a buscar una mujer para casarme"—, aunque su determinación se sitúe en otro registro (desconocido, claro está).

Es esta tercera acepción del a , en tanto objeto, causa del deseo, la que a partir de ahora tomaremos en cuenta, omitiendo de modo deliberado otras puntuaciones a su respecto (por ejemplo: objeto de la Pulsión, objeto de la angustia, plus-de-gozar).

Posición del analista

Ahora bien, al hacer mención del "semblante de a " necesariamente hablamos de aquello que acontece en la transferencia y, por consecuencia, en el artificio analítico. Al respecto, si hay algo por lo cual cada analista debería estarle siempre agradecido a Lacan, es por haber planteado de continuo una cuestión devenida clásica a partir de su enseñanza: la del *lugar del analista*. Y, en relación con ella, un punto crucial: que el analista ocupa un "lugar" en la economía psíquica del analizante.

Ahora bien, si vamos a discutir sobre la transferencia, puntualicemos que ha sido igualmente Lacan, en el *Seminario "Los escritos técnicos..."* quien llamó la atención sobre la primera referencia a

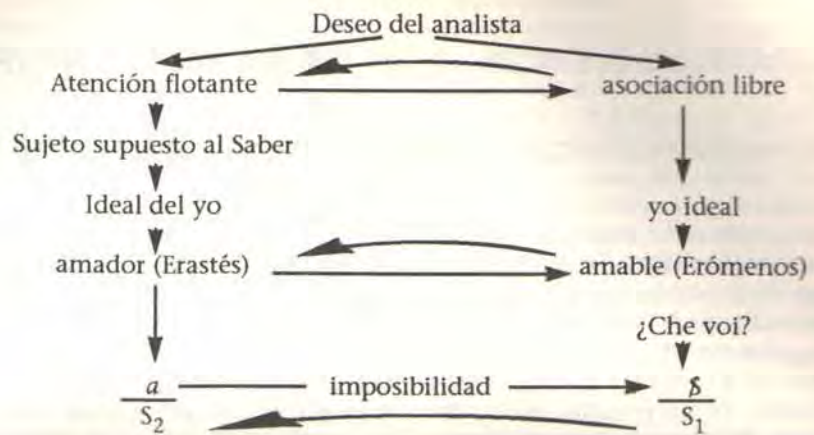
la misma localizable en la obra de Freud. Si uno intenta ser menos lógico-clásico que Laplanche y Pontalis no dirá, como ellos, que esa primera referencia es teórica, por cuanto se inscribe en un contexto distinto, un contexto cuya variación será radical, porque luego se tornará clínico. El "contexto distinto" aludido es *La interpretación de los sueños*. Allí, Freud asevera: "Vemos así que los restos diurnos, a los cuales tenemos el derecho de asimilar ahora las impresiones indiferentes, no sólo toman algo prestado del lcs. cuando logran participar en la formación del sueño -vale decir: la fuerza pulsionante de que dispone el deseo reprimido-, sino que también ofrecen a lo inconsciente algo indispensable, el apoyo necesario para adherir la transferencia" (3).

A partir de esto, reiteramos -nos lo enseñó Freud- lo siguiente: si la misma palabra aparece en dos contextos presuntamente divorciados, ese solo hecho indica parentesco entre los mismos. Vale decir: en lugar de hacer ejercicios académicos pasatistas a la manera de tan sólo indicar: "acá aparece así, en tanto allí emerge de esta otra manera", conduciremos nuestro raciocinio mediante una pertinencia propia del psicoanálisis. Entonces, a partir de dicha cita puede afirmarse que *el analista, en tanto soporte de la transferencia, cabe ser concebido como un resto diurno*. La *Übertragung* freudiana nos autoriza a situar al analista en ese lugar de resto; ubicándose como resto -nos lo dice implícitamente en la cita- permitirá la emergencia del deseo y, en última instancia, el encuentro fallido con esos objetos, restos todos ellos, que son su causa.

Ahora bien, en el recorrido de Lacan atinente a la cuestión del lugar del analista, pueden puntuarse dos grandes momentos.

Uno de ellos se localiza en el aludido Seminario "Los escritos técnicos de Freud", donde el analista aparece, quiérase o no, como aquel que, siendo el interpretador de lo Simbólico, de un modo u otro apacigua. Lo cual remite, a nuestro entender, a la noción kleiniana-bioniana respecto de que el analista debe ser un "buen continente". Esa sería su misión, si bien desde la perspectiva de lo

Figura 3



Simbólico. Empero, no es eso lo único abonado por el Seminario I; en efecto, también apunta que, de no existir cierto estado de *despersonalización transitoria* en el analizante, difícilmente pueda sostenerse que allí acaece un análisis. Mas a pesar de esto, se podría concebir, a partir de aquella definición de *Función y campo...* que reza: "Lo inconsciente es aquella parte del discurso concreto en tanto transindividual que falta a la disposición del sujeto, para reestablecer la continuidad de su discurso consciente" (4) -definición a la manera de la laguna mnémica- que, si se lograra restituir lo faltante, reinaría el "discurso concreto", ya sin fisuras. Aquí, sin duda, el analista termina siendo ese Otro, definido de muchas maneras por Lacan. ¿Cómo acortarlo? Angostando los sentidos, podríamos afirmarlo como el lugar del habla y de la palabra.

Por el contrario, no es esto lo que se connota cuando un Lacan posterior reclama del analista que obre como semblante de *a*, fundamentalmente a partir del Seminario "L'envers de la psychanalyse"; donde desarrolla los cuatro discursos. Semblante y *a* tienen, en esos cuatro discursos, y en especial en el discurso del Analista, una significación muy particular.

Para aclararla, iremos construyendo, punto por punto, un esquema. (Fig. 3) Comencemos por el *deseo del analista*, que, en el lanzamiento mismo del proceso analítico, introduce una variable "loca", como es la de pedir al analizante su libre asociación. Variable

loca porque allí lo pedido es la abolición de todo valor referencial. Se trata, así, de hablar *no* utilizando al lenguaje como un instrumento capaz de dar cuenta de algo situado por fuera de sí mismo. Propuesta loca también porque el analista parecería arrogarse el lugar megalómano de un interpretador omnímodo, al modo de: "diga lo que diga, igual yo lo voy a entender".

Por otro lado, no olvidemos que Freud solicita del analista un tipo de disposición psíquica bien distinta a la de estar atendiendo significados propios de la vida cotidiana. Se trata de la instalación, en el analista, de la atención flotante.

Asociación libre para el analizante, atención flotante para el analista, son dos posiciones establecidas al unísono: una está en función de la otra. Podemos, al respecto, valernos del elemental tema lacaniano: $S_1 \leftrightarrow S_2$, y decir que sólo hay S_1 si lo es para S_2 , el cual, por su parte, lo es solamente para S_1 . O también aseverar que, si queremos definir a un significante, no es viable hacerlo sino definiendo a dos. Lo mismo se cumple para las referidas posiciones, establecidas de modo sincrónico: la atención flotante sólo lo es para la asociación libre, y a la inversa. O: *habrá asociación libre si y sólo si hay atención flotante y a la recíproca*.

Ahora bien, vamos a trabajar con nociones del Seminario de Lacan "La transferencia", para ilustrar cómo lo apuntado provoca efectos marcantes en las respecti-

" ...si hay algo por lo cual cada analista debería estarle siempre
agradecido a Lacan, es por haber planteado de continuo una cuestión
devenida clásica a partir de su enseñanza: la del lugar del analista "

vas posiciones subjetivas. De la asociación libre, de ese decir lo que se le ocurra, las tonterías, las boludeces, deriva una posición consistente en reconstruir un lugar de yo ideal. Yo ideal por cuanto, como el niño, puede decir cualquier cosa sin verse constreñido –en tanto que represor– por ningún hilo discursivo en particular. Analizante, entonces, como yo ideal para un analista interpretador omnímodo que, como tal, es Ideal del yo. El lugar del yo ideal es el lugar del amable, del *Erómenos*. Amable no en el sentido de gentil, sino en el sentido de quien se posiciona como teniendo condiciones para ser amado. En el otro lugar, el amador o *Erastés*. La situación –“diga usted lo que diga, yo lo acepto”– se configura entonces en los siguientes términos: quien parece jugar un deseo es el analista, por cuanto éste, en posición de amador, procura al analizante amable. Si bien la dimensión resultante es la de una fascinación dual imaginaria, propia de un registro narcísico, Lacan desarrolla sin embargo, respecto del Ideal del yo, al Sujeto supuesto al Saber. Analista como Sujeto Supuesto al Saber. No se trata de su imaginaria portación de saber porque es un profesional, porque es alguien capaz, porque tiene fama, prestigio, etc. Nada de eso. Por el contrario, se trata de suponerle un sujeto al saber inconsciente, que no se sabe. Y a quien se supone ese saber, se lo ama. Es decir: no estamos en presencia de una aprehensión fenoménica, sino de un postulado de estructura. Y este, como tal, es constituyente del artificio analítico.

¿En qué se basó Lacan para forjar este concepto? A nuestro juicio, los desarrollos freudianos guías son fundamentalmente los del capítulo octavo de *Psicología de las masas*: “Enamoramiento e hipno-

sis”. Allí se puede inteligir aquello que los psicoanalistas de las entidades oficiales han denominado “la luna de miel” en el análisis. Enseña Freud: “...las aspiraciones que presionan hacia una satisfacción sexual directa” –piensa en el analizante–, “pueden ser enteramente apiñadas hacia atrás, como por regla general ocurre en el entusiasmo amoroso del jovencito; el yo resigna cada vez más todo reclamo, se vuelve más modesto, al par que el objeto se hace más grandioso y valioso. Al final llega a poseer todo el amor de sí mismo del yo, y la consecuencia natural es el autosacrificio de este. El objeto, por así decir, ha devorado al yo. Trazos de humillación, restricción del narcisismo, perjuicio de sí, están presentes en todos los casos de enamoramiento; en los extremos, no hacen más que intensificarse y, por el relegamiento de las pretensiones sensuales, ejercen una dominación exclusiva”(5). En la fórmula final, Freud asevera que el objeto se ha puesto en el lugar del Ideal del yo. Respecto de la hipnosis, sostiene: el hipnotizador ha ocupado el lugar del Ideal del yo.

Si el análisis se estagna allí, aunque formalmente se preserve, permanecemos en la hipnosis. Lacan afirma, en “Los cuatro conceptos...”, que el analista debe encarnar, en una hipnosis al revés, al hipnotizado. ¿Dónde radicaría, en última instancia, el progreso en el análisis? En la circunstancia siguiente: el analista, desde dicha posición de Ideal del yo, debe laborar para caer, para destituirse de ella, a los efectos de posicionarse como resto, como *a*. Y a la par: debe lograr que, en el lugar del yo ideal, en el lugar del amable, aparezca, por el contrario, el sujeto barrado; es decir, aquel cuyo barramiento lo sume en la condición de sujeto deseante. Ha acontecido, entonces, la *metáfora del*

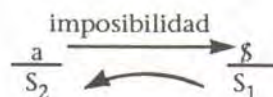
amor, determinando que el *Erastés* pudiese colocarse en el lugar del *Erómenos*, y a la inversa. Y es este nuevo *Erastés* quien ahora puede interrogarse –¿*Che voi?*– por el deseo del Otro, pues cuando tomaba posición en tanto amable, no había lugar al: ¿qué (me) quiere?

Por otro lado, entre los mentados Lacan escribe *imposibilidad*, o sea, la categoría propia de lo Real. ¿Por qué imposibilidad? Plantear el *a* como, causante del deseo del sujeto barrado ($\$$), y suponer a la par que aquél podría, en última instancia, colmar a dicho sujeto barrado, he ahí un modo de inteligir la imposibilidad. Se trata de una relación donde, de modo inexorable, surgirá el malestar.

Para concluir con el esquema, colocamos S_2 del lado del analista y S_1 del lado del analizante, ambos por debajo de las barras respectivas de *a* y de $\$$:

Esta derivación, sin duda, tiene cierta semejanza con el grafo de *Subversión del sujeto*. Lo que hemos desarrollado no ha sido otra cosa sino la articulación de algunas nociones aptas para comprobar –en nuestra hipótesis– cómo llega Lacan al *matema del discurso del analista*. (Fig. 4)

Figura 4



Allí, tres de los cuatro lugares ocupados por las letras o términos se denominan:



Al lugar vacante, si tomamos el *Seminario "Encore"* en el capítulo "A Jakobson", Lacan lo denomina "agente". Pero si consultamos por ejemplo el *Seminario "De un dis-*

curso que no sería del semblante", afirma de ese lugar –el situado gráficamente por encima del de la verdad– que cabe denominarlo *semblante*. Es el semblante el que se dirige al otro, provocando la producción, la cual está en disyunción con la verdad.

Dilucidemos, de manera somera, qué quiere decir cada uno de estos términos. En primer lugar, una notación ya clásica que, en ese sentido, no presenta mayores dificultades: $\$$, sujeto barrado. Da cuenta así, a diferencia de

cabe destacar que lo producido es algo muy distinto de aquello planteado por Strachey o por el kleinismo. Un kleiniano sostiene la idea de la introyección o la reintroyección como objetivo de la cura: objetos perdidos, objetos malos que, mejorados, "abuendados", volverán a ser introyectados luego de haber sido identificados proyectivamente debido a lo insoportable de su condición pretérita. Si el kleinismo labora en pro de una incorporación, desde la perspectiva lacaniana, por el con-

la producción de un significante, de un S_1 .

En el matema, en el lugar de la verdad, aparece un S_2 . Y aquí es preciso tener cuidado, porque podría afirmarse lo siguiente: S_1, S_2 ¿no es esto el juego del significante, o sea la matriz mínima del significante, antes recordada? Sin embargo, es necesario realizar otra lectura: S_2 es el saber, saber disyunto de la verdad donde, sin embargo, la dimensión propia del discurso del Analista consiste en poder colocar el saber en el lugar



la S sin barra –significante– de ese sujeto que, con motivo de la *Spaltung*, de la *béance*, de la hiancia, es sujeto, de –por– un orden desiderativo.

S_1 : significante *maître*, amo o maestro; también significante fálico o Nombre-del-Padre, de acuerdo con las distintas acepciones y contextos. Este está ubicado, en el discurso estudiado, en el lugar de la producción, es decir, en el lugar de lo producido por el discurso del Analista. Ahora bien,

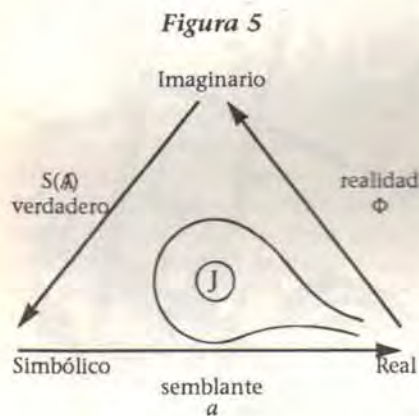
trario, se trata de "escupir", de eyectar un (conjunto) significante "amarrador". La incorporación, la introyección, rematan en una dimensión muy ligada a ellas: la identificación. Si abogamos, en cambio, por la des-identificación, por la singularidad, de ninguna manera podemos sostener la idea de la introyección de objetos ni tampoco la de la introyección de un superyo más o menos benévolo, tal como lo propone Strachey. En suma: mentamos

de la verdad. Definición topológica, situacional, por cuanto no se trata de hacer del saber verdad ni de la verdad saber, sino de un intento de saber sobre la verdad, cuyo estatuto será siempre el de lo semi-dicho.

Postizos del a : semblante de ser

Cabe una aclaración respecto del a y sus "pisos": si bien establecemos una suerte de lista so-

porte, de catálogo, ello no implica que el *a* se muestra "naturalmente" como tal, es decir, como seno, heces, mirada o voz, sino que existe una *apariencia* a partir de la cual es factible inferir al *a* "dentro" del semblante. De tal modo, queda definido el concepto de "agalma", puntuable en los Seminarios "La transferencia" y "Los cuatro conceptos..." entre otros. Así, se trata de esa suerte de tesoro interior que debe ser restado, extraído de la costra donde se aloja. Podemos remitirnos, para esclarecer lo antedicho, a un dibujo relacional incluido en *Encore*. (Fig. 5)



En esta figura vagamente triangular, donde toman posición los tres registros clásicos, ubica al semblante y al *a*. Es la acción de lo simbólico sobre lo Real aquello que, en última instancia, provoca la factibilidad del semblante de *a*. En el lado derecho de la figura escribe al Falo simbólico y a la realidad, esa "estúpida" realidad de la vida cotidiana en la cual nos entendemos y por la cual creemos desenvolver nuestras actividades. En el lado izquierdo sitúa la imposibilidad de decir toda la verdad; por eso coloca lo verdadero—recordemos ese juego serio que hace en otro lugar: *vrai-ment*, verdadero-miente—, porque es una verdad que, al no ser toda, no se disyunta de la mentira. Lo cual se escribe como significante del Otro barrado, *S(A)*, un Otro, que no es un Otro absoluto. Enseña, así, que no existe lo verdadero de lo verdadero.

In sistamos entonces: el *sem-*

blante de a marca la acción del orden simbólico sobre lo Real; este es un punto importante para resaltar, porque Lacan ha reiterado, hasta el hartazgo, su postura en el sentido de sostener que ella no es nominalista. ¿Qué quiere decir esto? ¿Quiere decir que una definición del *sapiens* al modo de Cassirer—"el hombre es un animal simbólico"—, convendría a Lacan? De ninguna manera, pues ese *a*, ese resto, pertenece a un orden—el de lo Real— inengullible en la garganta del significante: esto es, que no resulta aprehensible por el significante. He ahí la imposibilidad, he ahí a aquello que no cesa de no escribirse, entendiendo a la escritura como la vía por la cual podría capturarse ese real por lo simbólico.

Hay un punto más en el esquema de "Encore" es ese elemento ventral donde leemos *J*, goce. Goce en tanto aquello que, más allá del principio del placer, está abierto a lo Real, según lo señala el grafismo. Además, *J* guarda una estrecha proximidad con semblante de *a*.

El semblante, entonces, si retomamos la definición dada al comienzo, "es una apariencia y representación", es esa costra que oculta, sin tener otra alternativa o posibilidad, al *a*. Lacan afirma en el Seminario "Encore": "Sólo con la vestimenta de la imagen de sí que viene a envolver al objeto causa del deseo, suele sostenerse a menudo, —es la articulación misma del análisis— la relación objetal" (6).

"Sólo con la vestimenta...": es decir, sucede una captura por el hábito, y es con él que se establece aquello conocido como la relación de objeto. Aquí se desliza una denuncia teórica de Lacan: ¿de qué puede ocuparse una teoría de las relaciones de objeto? Puede ocuparse del hábito, de la envoltura; no da cuenta del *a*, por cuanto se detiene en la fascinación de sus vestimentas. Agrega más adelante: "La afinidad del *a* con su envoltura es una de las articulaciones principales propuestas por el psicoanálisis" (7).

"La afinidad del *a* con su envoltura": es por ello que la sola

apariencia es engañosa, y es por ello que el semblante considera a la apariencia, superándola a un tiempo. Recordémoslo: el *a* es objeto parcial porque parcializa la función a la que se refiere.

Despertar

Habíamos hecho mención de esa suerte de continencia, de apaciguamiento que propugnaba el analista ubicado en el lugar del Otro y cuyo resultado, decíamos, es una especie de análisis (?) hipnótico. ¿A qué arribamos, en cambio, si el analista puede ocupar el lugar de semblante de *a*? No ya a un análisis hipnótico ni a un analista hipnotizado, sino a algo que tiene una estrecha pero paradójica relación con la hipnosis, en tanto constituye su antípoda: lo que el analista promueve posicionándose en el lugar de semblante de *a* es el despertar. Despertar en un sentido bastante particular, captado muy bien por André Breton. En tal orden, no es casual que su libro *Los vasos comunicantes* concluya con tres cartas que Freud le dirige, aunadas a su "réplica" (Y esto, más allá de las desinteligencias entre ambos). Pues bien, en el cuerpo del texto Breton incluye esta ilustrativa cita de su compatriota Pascal: "Nadie tiene seguridad fuera de la fe de si está despierto o si duerme; visto que durante el sueño no se cree menos firmemente estar despierto que cuando se está despierto efectivamente... De modo que si la mitad de la vida se pasa durmiendo por propia confesión, ¿quién sabe si esta otra mitad de la vida en que creemos estar despiertos no es un sueño un poco diferente del primero, del que despertamos cuando creemos dormir?" (8).

Del despertar onírico, promovido por el dormir, salimos cuando nos despertamos—en el sentido biológico del término—, para así seguir durmiendo despiertos.

Vale decir que el genuino despertar es el producido cuando una interpretación justa roza el real involucrado por nuestra práctica. Y ello sólo es factible si, como prerequisite, logramos sostenernos en tanto *semblante de a* ■

Notas

1. Cf. el trabajo *Simile*, presentado en la *Reunión sobre la enseñanza de Lacan y el psicoanálisis en América latina*, llevada a cabo en Caracas, Venezuela, en julio de 1980. Dicho trabajo se encuentra publicado en *Del corpus freudo-lacaniano*, Trieb, Buenos Aires, 1981, p. 121 y sigs.

2. Quizás podrían comprenderse, a partir de esto, los planteos realizados por Freud en su trabajo *El sentido antitético de las voces primitivas*. En efecto, si bien Benveniste le formuló una ajustada crítica desde la perspectiva lingüística,

cabe dudar que Freud se hubiese equivocado por desconocer la lingüística de su época y por haberse "casado" con los planteos de Karl Abel. Antes bien, intenta allí -en nuestra lectura- sentar el estatus y el alcance de la contradicción, según pormenorizaremos.

3. Para una profundización de esta problemática ver el punto "Mismidad y otredad" en nuestro capítulo "Ser (el) analista: ¿fin del análisis?", en *Discutir el psicoanálisis*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1986, pp. 119/136.

4. Cf. "Modo de ex-presión", en *Del corpus...* (cit.), p. 131.

5. Aquí suelen presentarse problemas con la traducción al castellano. Objeto

petit a, objeto *a* pequeña, o minúscula. Con frecuencia, y erróneamente, se dice "objeto *a* pequeño", calificando de este modo al objeto, cuando, en verdad, se trata de calificar a la letra como pequeña, minúscula, por oposición a la grande, a la mayúscula (A). Que el adjetivo se refiera al tamaño del objeto es absurdo; por cierto, se trata de lo "pequeño" separable del cuerpo, pero esa no es la razón por la cual Lacan pone *a* minúscula. Por el contrario, siempre ha calificado con *el* a un lugar topológico, un lugar de constitución, de determinación, de correlación, por oposición y diferencia con A mayúscula, y no a una empiria visible.

Bibliografía

1. Freud, S., *Historia de una neurosis infantil. Obras Completas (O. C.)*, Amorrortu, Buenos Aires, 1980, t. XVII, p.78, traducción modificada.
2. Lacan, J., "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis", *Escritos II*, Siglo XXI, México, 1981, p. 235.
3. Freud, S., *La interpretación de los sueños, O. C.*, (cit.), t. V, p. 556.
4. Lacan, J., "Función y campo de la palabra [habla] y del lenguaje en psicoanálisis", *Escritos I*, Siglo XXI, México., 1980, p. 79.
5. Freud, S., *Psicología de las masas y análisis del yo, O. C.*, (cit.), t. XVIII, p. 107 traducción modificada.
6. Lacan, J., *Séminaire "Encore"*, XX, clase del 20/3/73, versión GT/SD.
7. Lacan, J., *Séminaire "Encore"*. (Cit .) id.
8. A. Breton: *Los vasos comunicantes*, J. Mortiz, México, 1965, p. 110.



Instituto Interdisciplinario de Investigación y Asistencia
Integrante de la red S.O.S. drogue International
Director Dr. Bruno Bulacio

TRAYECTORIA

INVESTIGACION

SINGULARIDAD

Seminario de Formación
Grupos de Investigación

Para la clínica
del paciente toxicómano.
Asesoramiento familiar

Orientación, Tratamiento,
Prevención, Asesoramiento Profesional
Investigación y Docencia

I.D.I.A., Maipú 863, 10° "A", (1006) Cap. Fed.

Tel. 322-7822

LA POLÉMICA PUTNAM-FERENCZI; la relación entre filosofía y psicoanálisis

Juan José Ipar *Médico psiquiatra. Psicoanalista. Profesor de filosofía. Médico concurrente del Hospital "J. T. Borda", Jefe T. P. de la Cátedra de Psiquiatría (UBA), Profesor titular de Psicopatología de la Facultad de Psicopedagogía (Univ. del Salvador), Profesor de Filosofía, Facultad de Filosofía y Letras (UBA). Bulnes 1853 2º 6 - 1425 Cap. Federal*

Introducción

En 1912, Ferenczi publica en la revista *Imago* un artículo intitulado "Filosofía y Psicoanálisis" a modo de comentario crítico de la exposición que J. J. Putnam había realizado en el 3er. Congreso Psicoanalítico Internacional celebrado en Weimar el año anterior(1).

La tesis central de Putnam es, según Ferenczi, que el psicoanálisis, "cuya importancia (*Bedeutung*) como método psicológico (sic) y terapéutico acepta, debería buscar su enlace con conceptos filosóficos más amplios" (el subrayado es nuestro). Ya el título de la presentación de Putnam es elocuente: "*Über die Bedeutung philosophischer Anschauungen und Ausbildung für die Entwicklung der psychoanalytischer Bewegung*" ("Sobre la importancia o significación de las ideas y la preparación filosóficas para el desarrollo del movimiento psicoanalítico"). De todo esto se infiere que para Putnam la filosofía tiene más importancia y es más amplia que el psicoanálisis. De alguna manera, al recomendar que el psicoanálisis se someta o, al menos, adapte "sus nuevos conocimientos a un enfoque filosófico determinado"(2), lo que se está planteando es que ese recién llegado al campo del saber, el psicoanálisis, debe normalizar su relación con las otras ciencias y con la filosofía en particular, y que esa relación ha de ser de subordinación respecto del saber filosófico.

Desde una perspectiva positivista, Ferenczi considera tal actitud peligrosa no sólo para el psicoanálisis sino también para cualquier otra ciencia y, consecuente con dicha postura, reclama libertad de acción para la "verificación objetiva de la verdad" y la exención de la obligación de construir un "sistema" de conocimientos psicoanalíticos conectados entre sí sin contradicción. Y va más allá, mucho más allá en verdad: el psicoanálisis (en yunta con la psicología) tiene el derecho y el deber de "examinar y observar las circunstancias en las que se originan los productos mentales de toda índole, sin excluir los sistemas filosóficos, y de mostrar que las leyes generales de la vida mental son válidas también para éstos"(3). No se trata, pues, de indagar qué quedaría en pie del psicoanálisis luego de un análisis filosófico (epistemológico diríamos hoy) de sus resultados —eso sería prematuro y nocivo— sino que, por el contrario, lo que Ferenczi propone es el examen psicoanalítico de las doctrinas filosóficas. El argumento se puede reducir a un silogismo categórico con dos premisas y una conclusión:

I. Hay leyes generales de la vida mental válidas para examinar y observar las circunstancias en que se originan los productos mentales, descubiertas por el Psicoanálisis y la Psicología;

II. Los sistemas filosóficos son productos mentales

Conclusión: Las leyes generales de la vida mental descubiertas por el Psicoanálisis y la Psicología son válidas para examinar las circunstancias en que se originan los sistemas filosóficos(4).

Resaltaremos tan sólo tres cosas de esta argumentación:

a) que los sistemas filosóficos son reducidos a meros productos mentales (psicologismo psicoanalítico), cosa que pone en tela de juicio su relación con la "realidad" (*vide infra*);

b) que las doctrinas filosóficas son vistas invariablemente por Ferenczi (y por Freud mismo) como "sistemas", es decir, como una colección cerrada de conocimientos articulados arquitectónicamente y sin contradicción, conforme a la exigencia lógica del pensamiento; y

c) que Ferenczi considera que el Psicoanálisis, al igual que la Psicología —que también es mencionada por él sin distinguirla del Psicoanálisis— es capaz de enunciar "leyes generales de la vida mental".

Estos tres puntos de la argumentación de Ferenczi son de rai-gambre netamente positivista: filosofía es sinónimo de metafísica y metafísica es sinónimo de exceso o desmesura racional. Los objetos metafísicos (Dios, alma y mundo) son incondicionados e infinitos y, por consiguiente, no hay experiencia perceptible posible de ellos. No son "hechos" y

por ello es que no sirven de base para una ciencia "positiva". La filosofía o metafísica carece de objetos aptos para ser examinados científicamente(5) y se ve condenada a especular sobre vaguedades que exceden la científicidad para internarse en el terreno del desvarío o, en el mejor de los casos, de la poesía.

Desde la óptica positivista, lo más recomendable que puede hacer la filosofía es limitarse a compendiar las ciencias, presentando una exposición sinóptica de las mismas.

En un artículo destinado a un diccionario(6), Freud caracteriza al Psicoanálisis como una ciencia empírica que se ocupa de una clase especial de fenómenos, los fenómenos inconscientes, recortando del campo fenoménico un sector propio y específico de aplicación. Luego, como extensión el método psicoanalítico es erigido en metodología apta para el examen de los productos de las ciencias que se dedican a otros sectores del mundo fenoménico (Psicoanálisis aplicado).

Ferenczi nos suministra en una nota un ejemplo(7) de aplicación del Psicoanálisis a doctrinas filosóficas: basándose en los procesos de proyección e introyección que la práctica psicoanalítica ha descubierto y descrito, el materialismo resultaría ser un caso extremo del primero al diluir el *self* (sic) en el mundo externo, y el solipsismo el caso extremo del segundo porque "niega totalmente el mundo externo, es decir, lo absorbe den-



tro del *self*". En la obra del propio Freud son bien conocidos los numerosos pasajes en los que hace profesión de antimetafísico. En su *Autobiografía*, por ejemplo, confiesa casi con orgullo su ingénita y completa incapacidad para pensar filosóficamente. En *Psicopatología de la vida cotidiana*, afirma la posibilidad de que gran parte de la metafísica termine siendo metapsicología; y en el capítulo II de *Totem y tabú* compara los sistemas filosóficos con los delirios.

Una dificultad cartesiana

Mucho se ha criticado la caracterización que Descartes hizo del ego como una *res* (cosa) o *substantia*, cuestión ésta que lo condujo a infinidad de problemas tanto me-

tafísicos cuanto gnoseológicos. Husserl señala bien que Descartes ha descubierto un nuevo continente filosófico que es necesario investigar: la subjetividad. Pero, por desgracia, recurre para concebirla al bagaje categorial que le ofrecía la escolástica heredera del tomismo aristotélico y el *ego* recién descubierto termina catalogado como sustancia (aquello que es *per se*, lo que no necesita de otra cosa para existir, lo que es siempre sujeto y nunca predicado). Hay que esperar hasta Kant para ver al *ego* concebido como *función*, término más amplio y ambiguo que el de sustancia y, sobre todo, exento de connotaciones metafísicas. El *quid* es que los modernos tenían ante sí la tarea de construir un nuevo vocabula-

"Conocer algo es conocer su causa, y el deseo parece no tenerla. Hay algo de caprichoso, de antojadizo en el deseo que lo vuelve irracional e inepto para un tratamiento científico"

rio filosófico para poder analizar los nuevos problemas que se presentaban a su reflexión, y ello explica la confusión en el uso preciso de ciertos términos que son escasamente discriminados hasta nuestro siglo: ego, conciencia, sujeto, etcétera.

En una situación semejante a la de Descartes parecen haberse visto Ferenczi y Freud: al querer cimentar la metapsicología incorporan a ella toda una batería conceptual tomada en préstamo de las diferentes ciencias positivas de la época (biología y física principalmente). Esta asimilación del Psicoanálisis a la ciencia positiva trajo como consecuencia una monstruosa proliferación de teorizaciones psicoanalíticas enderezadas a mostrar la "cientificidad" del Psicoanálisis. Hasta hubo intentos de introducir en él el método estadístico, paradigma popular de la objetividad ("las estadísticas no mienten", "los números cantan la verdad", etcétera).

El apartamiento del Psicoanálisis del modelo positivista se verifica bajo la influencia de J. Lacan, quien lo relanza hacia su tema fundamental: el deseo. El Psicoanálisis no es una ciencia de la sexualidad (para eso está la Sexología), ni de la conducta (tema de la Psicología), sino un saber del deseo. Es, justamente, esa relevancia que el Psicoanálisis otorga al deseo lo que lo distingue de la ciencia. El deseo no es psicológico, en el sentido de reductible a formulaciones psicológicas; en una palabra, no es científizable. Por el contrario, es en función del deseo que la Psicología (y la cultura toda, si no tenemos miedo a exagerar un poco) puede existir, y en esto se funda la pretensión del Psicoanálisis de examinar todos los "productos" culturales como efectos del deseo. Es en esta dirección que puede decirse que el deseo es lo más *wirklich*(8).

Cuando Descartes dice: "*Claudam nunc oculos, obturabo aures, etc.*"(9) (Cerraré ahora los ojos, obturaré mis oídos, etc.), cree factible este aislamiento del sujeto no sólo del mundo exterior sino también del interior; esto es, una operación en virtud de la cual el yo (o el sujeto, aquí todavía no están claramente discriminados) pone entre paréntesis sus propios impulsos y deseos, alcanzando la mentada y aspirada "objetividad". La "mente pura y atenta" cartesiana es un sujeto purificado de deseo: antes que nada, este sujeto filosofará, es decir, buscará el fundamento para la ciencia y, luego, se dedicará al trabajo científico que es el que verdaderamente interesa a la Modernidad. Siguiendo a Freud, desde muchos ámbitos del saber se cuestiona esa presunta pureza del sujeto de la ciencia y filosofía. El deseo es inextirpable y se las compone para encontrar sus objetos de satisfacción aún en situaciones muy comprometidas. Hay deseo en todo, incluso en el saber puro. Desde Bacon, el otro gran precursor de la Modernidad, saber y poder quedan indisolublemente unidos: es menester conocer la Naturaleza para poder dominarla, y para poder conocerla hay que someterse a ella, verla tal y como es. Esta visión a la vez interesada y desinteresada de la Naturaleza marca una dualidad fundamental de la ciencia moderna: el ego, entidad que busca reproducirse en sus obras, debe ser dejado de lado a fin de lograr el reconocimiento de eso otro que es la Naturaleza.

El papel de Dios

El Prof. Putnam sugiere también en su artículo que el Psicoanálisis debiera "adaptarse" (someterse) a la tesis de que existe en el Universo una única energía im-

pulsora, "una personalidad poseedora de las más elevadas dotes intelectuales y morales"(10). Este ser *quasi* divino, además, "permite" al mundo físico desarrollarse conforme a tendencias que le son inherentes. ¿Es este un punto de vista monista o dualista?, se pregunta Ferenczi. De cualquier modo que sea, responde, tanto las filosofías monistas cuanto las dualistas tienen "derecho a la existencia". Lo que no se ve es la razón por la cual el Psicoanálisis deba armonizar con el enfoque que esboza el Prof. Putnam, pues ello no sería, para Ferenczi, más que una reactualización de los viejos mitos de la creación. Por lo demás, el mundo —que es uno— puede perfectamente ser concebido como monista o dualista(11) y los descubrimientos del Psicoanálisis pueden incluirse sin inconvenientes en cualquier sistema del mundo.

Empero, la "filosofía" que mejor se adecua al punto de vista psicoanalítico —es la más "deseable" también— es el agnosticismo, que declara imposible la resolución de los problemas últimos que tanto preocupan a los filósofos(12) y deja en suspenso su elucidación. Pero, por suerte, dice Ferenczi, no existe "nada que nos fuerce a considerar como evidente (otro "toque" cartesiano) ninguno de estos sistemas filosóficos", de modo tal que no quedaría afectado el impulso "que nos lleva a proseguir la búsqueda de nuevas verdades"(13). En estos pasajes es más clara la idea que tiene Ferenczi, al igual que Freud, de que la filosofía —cualquiera de ellas— es un sistema cerrado que no admite nuevas ampliaciones o rectificaciones, mientras que el Psicoanálisis, como cualquier otra ciencia, no ha cobrado todavía su forma definitiva, si es que la puede llegar a tomar, dado que un indefinido progreso en la investigación no está descartado a causa de

la inagotable productividad de lo inconsciente. Hay un impulso (*Trieb*) que está en la base de la investigación psicoanalítica o científica y la filosofía aparece como una amenaza, como un contraimpulso de cierre, de redondeo y acabamiento del deseo de saber. (Parménides hablaba del *logos* circular). La ciencia (y el Psicoanálisis, tal como lo conciben Ferenczi y Freud) reclama para sí la posesión de este deseo de saber, que había sido anteriormente propiedad exclusiva de los filósofos, en contraposición al vulgo que no aspira a un saber desinteresado sino que procura desordenadamente el éxito (*eutujía*) y el placer (*hedoné*). La Metafísica de Aristóteles comenzaba diciendo "Todos los hombres desean por naturaleza conocer...", y la filosofía llevaba ese deseo (*órexis*) a sus esferas más elevadas. La situación ahora es completamente diferente: el *eros* filosófico se ha desvanecido y debe dejar paso al nuevo *eros* encarnado por la ciencia. La filosofía es percibida como una desposeída en busca de venganza y es necesario proteger a las jóvenes y virginales ciencias de esta vieja gruñona y malvada. Por ello es que el agnosticismo, que no es una posición filosófica sino una postura ante la/s filosofía/s, resulta tentador a todo aquel que se repunte científico pues recomienda poner en suspenso, desalentar, al *eros* que impele a filosofar y reemplazarlo por un *eros* más acotado como el científico.

Volviendo a Putnam, ¿que va-

lor podemos asignarle a esta "vuelta a Dios"?

No es otra cosa que la necesidad acuciante (propia de un *eros* filosófico) de encontrar un fundamento metafísico para la ciencia, tal como Descartes lo había hecho en sus *Meditaciones*. Aun desde una perspectiva puramente científica, Newton y sus seguidores, que establecieron el paradigma de la investigación científica moderna, estuvieron influidos por la corriente "latitudinaria" que propugnaba "la conveniencia de construir un sistema que, dentro de coordenadas mecánicas, diese cuenta de los fenómenos naturales mediante la participación de Dios en el acontecer mundano". En otros términos, se admite y recomienda una explicación mecánica de la Naturaleza pero no se excluye a Dios y se le reserva el honorable rol de causa primera.

El Prof. Putnam reactualiza esa demanda que tan claramente planteara Descartes: primero hay que meditar (*cogitare*), esto es, filosofar -aunque más no sea un poco- para después dedicarse a la ciencia. Es una idea arquitectónica: hay que comenzar por un basamento filosófico y después rematar con las diferentes ciencias. En este esquema la filosofía es una y primera y las ciencias son múltiples y representan una suerte de coronamiento e ilustración de la filosofía. Pero en el esquema de Ferenczi y el positivismo estas relaciones se invierten pues hay un enjambre de filosofías, casi un extravagario, que compiten encarni-

zadamente por el favor del público entendido, y solamente hay una ciencia que se articula en las ciencias particulares, las cuales tienen unidad y complementariedad entre sí (recuérdese la armonía Psicología-Psicoanálisis que recalcamos más arriba). Además, los integrantes del campo científico son verdaderamente serios y gracias a su esfuerzo y empeño la Humanidad será paulatinamente conducida a su destino más brillante, mientras que la república de los filósofos está habitada por una mezcolanza vocinglera de visionarios, taumaturgos, mistagogos y poetas. Para Ferenczi, asegurar la cientificidad del Psicoanálisis vale tanto como salvarlo de la acusación de charlatanismo, reproche que aún en nuestros días lo persigue como una sombra, más allá de una aceptación tan universal como dudosa(14). Claro está, se parte de una premisa engañosa, la de que todo lo que no es científico es charlatanería. Acaso tal malentendido no sea una pura casualidad: el charlatanismo es una figura delictiva -se trata de abusar de la credulidad ajena mediante la palabra, como los sofistas denostados por Platón- y pondría de manifiesto la estrecha relación del Psicoanálisis con lo marginal y fuera de la ley. El Psicoanálisis cae fuera del paradigma científico, de ahí que Ferenczi intentara forzosamente asignarle la capacidad de enunciar "leyes generales de la vida mental" como lo hacía su "hermana" la Psicología. La operación cartesiana que imaginariamente purificaba al su-

VILLA GUADALUPE

CLINICA PSIQUIATRICA

Director: Dr. Eduardo Kalina

TRATAMIENTOS DE ABORDAJE MULTIPLE EN PSIQUIATRIA

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

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS INTEGRALES

- AMINOGRAMAS
- MINERALOGRAMAS
- TEST COMPUTARIZADOS
- POTENCIALES EVOCADOS
- MAPEO CEREBRAL (BRAIN MAPPING)
- ELECTROENCEFALOGRAMA PROLONGADO

INTERNACION Hoteleria 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. 72-0258 / 71-2766 Fax: (541) 71-2248

jeto de deseo a fin de volverlo "objetivo" y capaz de consagrarse al quehacer científico, da a entender que es el deseo mismo lo que se pretende excluir del paradigma de científicidad. Ya desde Aristóteles(15), conocer algo es conocer su causa (*aitía*) y el deseo parece no tenerla. Hay algo de caprichoso, de antojadizo en el deseo que lo vuelve irracional e inepto para un "tratamiento" científico (el *jeu de mots* va con intención).

Es por todo esto que discurrir acerca del deseo era un simple y recurrente tema de las charlas de café. Allí es donde se "parlotea" ("charlatanea") del deseo en general, y en particular del que más atormenta, el deseo femenino.

Cherchez la femme significa que hay algo indefinible en el deseo femenino, cosa que lo rebaja a mero capricho sin causa, a coquetería frívola, a veleidad voluble, a vanidad hueca.

Cuando Lacan dice que el objeto *a* es causa del deseo, sorprende. No es lo que se venía diciendo. Se veía en los objetos algo hacia lo cual se mueve el deseo (la libido busca objetos para la descarga/satisfacción), en todo caso, una causa final pero no una causa eficiente. Tradicionalmente, el objeto mueve (hace mover) el deseo del sujeto pero no lo constituye ni lo origina. Persiste como incógnita determinar qué clase de causa es, para Lacan, el objeto *a*. De cualquier modo, la declaración de que es causa del deseo basta para arrancar el tema del deseo de los cafés y transformarlo en eje de un saber no popular.

Queda como platónico corolario la conclusión de que el Psicoanálisis es un saber no filosófico, no científico y no popular que se ocupa básicamente del deseo humano. Es una definición indefinida(16) semejante a la que los escolásticos daban del alma diciendo que era una "sustancia no corpórea". No hay objeto designado (definido) para la pulsión según Freud y acaso ello sea lo que impide una definición positiva tanto del deseo como del saber que de él se ocupa. Por otro lado, Lacan presenta al objeto *a* como un resto no significable, lo que se pierde de la necesidad cuando se articula en

significantes. Eros (el deseo) es hijo (efecto) de Penía (la carencia); quiere decir, entonces, que se desea algo porque algo no se tiene. Los dos algo nunca son idénticos y, de tal suerte, el deseo resulta incólmable. Esta imposibilidad de satisfacción del deseo humano es lo que molesta de él y genera la necesidad de eliminarlo del escenario de la ciencia. Desde Aristóteles al menos, se intenta separar al deseo de saber de los otros deseos, presentándolo como universal, racional, desinteresado y, sobre todo, posible de satisfacer.

Conclusión

Hemos revisado someramente un tema de los primeros años de la historia del Psicoanálisis, el de su asimilación a la ciencia positiva de la época y su correlativo apartamiento de la filosofía, tendencia ésta que sólo se ha revertido en las décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial. Existe hoy mutuo interés entre filósofos y psicoanalistas. Queda por tematizar más profundamente esta dificultad en dar una definición o delimitación positiva –y no positivista– del Psicoanálisis, buscando un símil mejor que la ciencia finisecular como lo hizo Ferenczi en aquellos años, y evitando asimismo una hibridación del Psicoanálisis con otros saberes o creencias (Psicoanálisis marxista, existencial, revolucionario, nacional y popular, etc.) a la manera en que se lo practicó en las décadas del 50, 60 y 70. La pregunta que sub-

tendió la controversia entre Putnam y Ferenczi sigue vigente y abierta a discusión: ¿qué es el Psicoanálisis? ■

Notas

1. S. Ferenczi, *Problemas y métodos del Psicoanálisis*, Paidós, Ediciones Hormé, Buenos Aires, 1966.
2. Op. cit., págs. 300 y 301.
3. Op. cit., pág. 301.
4. Nótese que el "derecho" del Psicoanálisis se limita a examinar las circunstancias en que los sistemas filosóficos se originan y no se extiende a sus contenidos o articulación interna. Las circunstancias aludidas se relacionan con el deseo que está a su base (*vide infra*).
5. El conductista Watson decía que no podía ponerse al alma en un tubo de ensayos.
6. *Psicoanálisis y Teoría de la Libido* (dos artículos de Enciclopedia). Véase el primer artículo in fine.
7. Op. cit., pág. 302.
8. El término alemán *wirklich* significa "real" no en el sentido de "perceptible", "no ilusorio ni imaginario", sino en el de "efectivo", "que tiene efectos".
9. Con estas palabras comienza la Tercera de las *Meditaciones metafísicas*.
10. Op. cit., pág. 303.
11. Parece un eco de las *Antinomias de la Razón Pura* kantianas, según las cuales se puede demostrar tanto que el mundo tuvo un comienzo como que no lo tuvo, etc. El entendimiento cae en Antinomias, según Kant, en tanto no se aplica a intuiciones (sean éstas puras o sensibles) y cree "conocer" lo que meramente "piensa".
12. Aristóteles, *Metafísica*, A, caps. I y II.
13. Op. cit., págs. 303 y 304.
14. No hace mucho, en una situación que con benevolencia podría calificarse de "confusa", el gran Mario Bunge, numen tutelar de la científicidad, reeditó esta acusación.
15. Aristóteles, *Metafísica*, A, caps. I y II.
16. Kant inventa los juicios indefinidos (*S* es no *P*), intermedios entre los afirmativos y los negativos.

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



LECTURAS

M. A. de Boer, *Desarraigo y depresión en Comodoro Rivadavia (y otros textos)*, Ed. Ediciones, Comodoro Rivadavia, 1993, 82 págs.

Desde la que, no sin dolor, Miguel Angel de Boer llama ex-Capital "Nacional" del Pétroleo, nos envían esta publicación que es local en su cuidada factura y local por la problemática que aborda, pero nacional por el mensaje que contiene que nos concierne y nos compromete a todos. De Boer es médico psiquiatra y en su obra nos testimonia de su gusto por la escritura (en sus cuentos cortos) y su tarea periodística, en la que como formador de opinión, despliega una gran habilidad para transmitir en los medios de comunicación masiva de su provincia conceptos propios de la reflexión psiquiátrica, psicológica y psicosociológica sin reducirlos a lo banal o accesorio. Ciudadano responsable, demócrata consecuente, apasionado defensor de los Derechos Humanos, el autor se nos presenta como un ejemplo de profesional comprometido con su comunidad.

Para todo el que esté interesado en conocer su libro, solicitarlo a nuestra redacción o a Miguel Angel de Boer, 9 de julio 880, Comodoro Rivadavia, Chubut.

Vertex

Philippe Caillé, *Uno más uno son tres*, Ed. Paidós, Barcelona, 1992, 185 págs.

El modelo sistémico en terapia familiar produce sus retoños, en la medida que tiende a predominar en el campo de la práctica. Se trata

ahora de la "nueva teoría sistémica" diferente de la de 1er orden orientada –según plantea el autor– por Bowen, Haley, Minuchin y otros. Caillé, francés, y pese a sus posturas explícitas, de origen psicodinámico, ofrece un libro bien escrito, con un encuadre avalado por muchos años de práctica terapéutica. Sitúa a los cónyuges y su producto: la pareja –que metafórica como la construcción de un bote–, en una interrogación que dice eludir aspectos reparatorios o los referentes sociales dominantes. Esta interrogación se plantea como un marco continuo que contempla sus absolutos (que define como las ideas-guía y las condiciones de intercambio necesarias para construir la sociedad conyugal), y los proyectos hacia donde dirigen la "embarcación". Pasa revista a datos antropológicos para observar la coherencia o incoherencia con que la pareja entra o no en contradicción entre sus absolutos y sus proyectos. Es interesante el planteo de una corporalidad dibujada que analiza a la manera de una interpretación psicodramática para explicitar y resolver conflictos. Se podría criticar una cierta habilidad puesta en juego para desplazar sutilmente dos temas que sobrevuelan el libro y la técnica empleada: la situación transferenceal y los mecanismos inconscientes de la transubjetividad. Un libro claro y ameno de la mano de un terapeuta que ama su trabajo y tiene cosas que decir.

Vertex

Guillermo A. Obiols, Silvia Segni de Obiols, *Adolescencia, posmodernidad y escuela secundaria –La crisis de la enseñanza media–*. Kapelusz Editora, Buenos Aires, 1993, 136 págs.

Como un desarrollo del trabajo que en 1991 fue acreedor al Premio

José Bleger que otorga la Asociación Psicoanalítica Argentina, este libro analiza al adolescente y su escuela secundaria en las condiciones de posmodernidad que nos toca vivir. Dirigido a profesionales del campo psi, profesores, directivos y padres preocupados por la profunda crisis de la escuela secundaria, se plantea como una apertura a la discusión sobre un tema sin duda polémico, más que como respuestas que pretendan constituirse en recetas orientativas de conductas.

La obra consta de tres partes. La primera, *"Modernidad y posmodernidad: Elementos para entender un debate"* incluye una consideración de la temática de la muerte de las ideologías, el final de la historia, la cultura de la imagen, las sociedades posindustriales y la cultura posmoderna. La segunda, *"Ser adolescentes en la posmodernidad"*, reseña y pone en discusión las teorías clásicas de la adolescencia a la luz de las nuevas condiciones sociales, aquellas concepciones que enfatizaban en la brecha generacional y los duelos de la adolescencia así como un replanteo del rol adulto en estas condiciones. La tercera y última parte titulada *"La crisis de la escuela secundaria"* considera diversos aspectos de la institución escuela media analizando su transformación en una guardería de adolescentes, los problemas que se plantean con la disciplina, la relación entre aprendizajes cognoscitivos y socio-afectivos, la cuestión de la creatividad, el rol docente y sus versiones patológicas y las pedagogías "light", entre otros.

La escuela secundaria vive en crisis. Los autores piensan que es una posibilidad histórica para que emerja en condiciones de habilitar a los adolescentes, a los que les toca transitarla, para el mundo del trabajo y el estudio.

Vertex

Michele Zappella, "No veo, no oigo, no hablo", Paidós, Barcelona, 1992, 168 págs.

"Quien construye al lado del camino, tiene muchos maestros", dice el autor que dice un proverbio italiano y agrega: "Maestros han sido los padres los familiares y ese pequeño grupo de especialistas que curan a los niños autistas con el método de sujetarlos de cerca y cara a cara" (p. 103). Zappella desde la ciudad de Siena, incurSIONA en el mundo autista, llevado por el afecto, la curiosidad y el desafío intelectual. Sus herramientas teóricas parten de las observaciones etológicas de la formación del engrama paretal, de los trabajos de Bolwby sobre las distancias adecuadas en el proceso de individuación; y debatiendo con Martha Welch, Zaslow y Allan, muestra y cuenta los dispositivos en funcionamiento de su terapia sobre el niño autista y sus padres. Hace hincapié en el hecho de sujetar al niño para producir las primeras reacciones de rabia. Este objetivo sirve para producir una situación de estrés que produzca efectos neurobiológicos sobre la actividad y plasticidad cerebral; romper defensas estereotipadas y deteriorantes y lograr la apertura al lenguaje y a nuevos vínculos. Si este laborioso trabajo se completa, se pasa

a la elaboración de la relación parental para lograr efectos que lleven simultáneamente a la afirmación de la identidad y a la socialización. Sin mencionarlo coincide con la hipótesis de Wallon: de-socializarlo de la madre para socializarlo con los otros.

Más allá de los debates que el libro merece (su filiación sistémica, su crítica al conductismo y al psicoanálisis, así como la versión libre de la comparación entre lo etológico y el lenguaje social), es un aporte que contribuye a iluminar desde la práctica, el difícil camino de comprender y curar el autismo y la psicosis infantil.

Vertex

SEÑALES

3er. Curso de Actualización en Psicofarmacología

Organizado por la Fundación de Docencia e Investigación Psicofarmacológica (FundoPsi) y el Instituto de Postgrado de la Asociación de Psiquiatras Argentinos tendrá lugar los días 21 y 22 de

agosto próximos, el 3er. Curso dirigido por el Dr. Julio Moiseszowicz. El encuentro se realizará en el Paseo "La Plaza", Salón "P. Neruda", Corrientes 1660 de la ciudad de Buenos Aires.

Como ocurrió ya en las dos oportunidades anteriores (1991 y 1992) este evento contará con prestigiosos diestantes entre los que ya han confirmado su presencia los Dres. Dorado, Guala, Monti, Suárez, Lupo, Frieder, Mielnick, Leiderman, Oubiña, Zaratiegui, Bronstein, Bertoldi, Funes, Jorge, Mariani y Etchazarreta quienes desarrollarán sus intervenciones sobre temas como Desórdenes de Pánico, Terapéutica de las conductas suicidas, Tratamientos del Insomnio, Psicofarmacología en los trastornos de la alimentación, en los síndromes premenstrual y menopáusico, en las demencias degenerativas, etc. También se incluirán conferencias sobre mapeo cerebral, diagnóstico por imágenes, pruebas neuropsicológicas y aspectos civiles y penales ligados al uso prolongado de psicofármacos. La coordinación general estará a cargo de los Dres. Frieder, Dorado y Marmer.

Informes e inscripción: FondoPsi, Gurruchaga 2144, Capital Federal, Tel: 72-4076, de lunes a viernes entre 13 y 18 horas.



CONSULTORIA ORGANIZACIONAL



DESARROLLO ORGANIZACIONAL Y RELACIONES HUMANAS

Dr. Felipe Carlos Curtó

Lic. Amalia Díaz

Lic. Hilda Galletti

Dr. Diego José Rapela (Asesor)

DESTINATARIOS

Inst. de salud
Inst. educativas
Inst. de servicios
Peq. y med. empresas
Empresas familiares

PROBLEMAS

Crisis internas por inadecuación al contexto externo cambiante
Dificultad en el ejercicio de roles directivos
Conflicto y tensiones entre grupos internos de pares
Trastornos en la comunicación
Desavenencias "generacionales"
Disminución del rendimiento y la eficiencia

ANALISIS, NO RECETAS

La propuesta es trabajar con los integrantes de la institución, comenzando con sus directivos, en la elaboración de un diseño adecuado para resolver los problemas específicos de esa institución.

(Desarrollar capacidad de plasticidad en la conducción; favorecer la innovación organizativa; fomentar las relaciones de colaboración entre grupos significativos; propiciar canales formales de comunicación; utilizar en forma óptima los recursos; desarrollar capacidad para manejar conflictos en un ambiente inestable y en continua transformación).

DUARTE QUIROS 40 - 8° A - 5000 CORDOBA
TEL.: 051-680174 / 051-601131 / 051-229810

Coloquios de Colonia del Sacramento

La Fundación Colonia del Sacramento organiza un Coloquio los días 4, 5 y 6 de junio sobre el tema "Interpretación, Conocimiento y Creación" en el hotel Casino El Mirador de la ciudad de Colonia.

Conocidos especialistas de Argentina y Uruguay participarán en múltiples mesas redondas que analizarán el tema central en todas sus facetas. Entre ellos cabe señalar a Vicente Cremanti, Horacio Etchegoyen, Gregorio Klimovsky, Osvaldo Guaraglia, Marcelo y Maren Viñar, Janine Puget, Isidoro Berenstein, Ernesto Liendo, René Epstein, y muchos otros. Varios de ellos están vinculados al Comité Científico y a las correspondencias de Vertex en ambos países.

Para informes dirigirse a: Librería Paidós, Las Heras 3741, Loc. 31, Buenos Aires, o a Librería América Latina, 18 de julio, Montevideo.

Noticiero APSA

IX Congreso Argentino de Psiquiatría

I Congreso de Medios Audiovisuales y Psiquiatría

Encuentro de Psiquiatras del Mercosur

Con la presidencia del Dr. Juan Carlos Ferrali se realizará este evento en Iguazú, Argentina, los días 3 y 4 de junio de 1993. Durante el mismo se dictarán cursos sobre los temas: Psicofarmacología, Psicoterapias y Familia, y tendrán lugar reuniones plenarios en las que se confrontarán la Psiquiatría y las ciencias relacionadas con el campo de la salud: Biología, Medicina, Psicología, Psicoanálisis, Sociología y Antropología.

En sendas mesas redondas y Simposios se abordarán los temas tales como: Depresión, Ansiedad, Trastornos Psicósomáticos, Droga-

dependencia, Emergencias en Psiquiatría, Sueño, Psiquiatría Biológica, Psicogeriatría y Psiquiatría Militar, Esquizofrenia y Derechos de los Enfermos Mentales.

El IX Congreso Argentino se realizará inmediatamente antes del IX Congreso Mundial de Psiquiatría de la World Psychiatric Association que tendrá lugar en Río de Janeiro, Brasil. El mismo contará con la presencia de reconocidas figuras del quehacer psiquiátrico provenientes de todo el mundo y se realizará entre el 6 y el 12 de junio de 1993.

Curso-Seminario: Administración y Auditoría de Servicios y Sistemas de Salud Mental

Durante el año 1993 se está dictando en la sede de APSA este Curso destinado a Jefes de Programa de Salud Mental, Jefes de Servicio, directivos de asociaciones profesionales, auditores, que se desempeñen en ámbito público -de ju-

Premio FUNDPSICO/Paidós 1944-1994

Con motivo del lanzamiento de la Fundación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (FUNDPSICO) en octubre de 1981, y de la celebración del cincuentenario de la Editorial Paidós de la Argentina en 1994, ambas instituciones han decidido organizar en conjunto el Premio FUNDPSICO/Paidós 1944-1994, que se otorgará al autor del mejor trabajo original e inédito sobre temas de psicología. El premio está dirigido a los psicólogos egresados de universidades argentinas y consistirá en la publicación del libro y \$3.000. Las bases podrán retirarse en Editorial Paidós, Defensa 599, 1er piso, y en Librería Paidós, Las Heras 3741.



CENTRO DE ESTUDIOS EN PSICOTERAPIAS

Directores

Héctor Florini - Humberto Gobbi
Nilda Guerschman - Pedro Menéndez

INSTITUCION PSICOANALITICA DE
ASISTENCIA Y FORMACION

FORMACION DE POSTGRADO PARA MEDICOS

CICLO 1993

- Niveles anuales de formación en teoría y técnica de psicoterapias psicoanalíticas e institucionales
- Práctica asistencial guiada
- Curso regular para interior del país y extranjero (3er. sábado de cada mes)
- Jornada anual

Lafinur 3270 (1425) Buenos Aires
Tel.: 802-6419

Lunes a viernes de 10 a 21 horas

jurisdicción nacional, provincial, departamental, municipal- de la Seguridad Social (obra social) y/o privado; de profesión médico (sanitarista y/o psiquiatra, preferentemente), psicólogo, asistente social, enfermero, psicopedagogo, sociólogo, antropólogo, licenciado en Ciencias de la Educación, terapeuta ocupacional, abogado, contador, licenciado en Economía; dirigentes gremiales vinculados a la conducción de obras sociales.

Su finalidad es formar los equipos de conducción de los programas y servicios de salud mental -tanto del sector público como de la Seguridad Social, e instituciones privadas y profesionales-, promoviendo mejores niveles de conceptualización de los procesos que hacen a la salud mental, desde su formulación doctrinaria hasta su implementación y evaluación, favoreciendo el conocimiento y el interjuego entre las instituciones y los profesionales responsables de las mismas.

Sus objetivos específicos son:

- Informar, informarse y elaborar la realidad en Salud Mental
- Informarse y elaborar proyectos de integración del sistema de salud, en particular con relación al área de Salud Mental
- Analizar pautas y procesos de acreditación y auditoría
- Interpretar la demanda de asistencia, evaluándola con criterio epidemiológico
- Informarse y adiestrarse en el manejo de los principios, méto-

Jornadas de Actualización en Psicofarmacología Infanto-Juvenil

Organizadas por Cuadernos del Niño/s y Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría y con el auspicio de los Servicios de Psicopatología de los Hospitales "R. Gutiérrez", "J. P. Garrahan" y "P. de Elizalde", el Hospital Infanto Juvenil "Dra C. T. García" y la Dirección de Salud Mental de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires, tendrán lugar estas Jornadas los días miércoles 4 y 11 de agosto de 1993 de 9 a 13 horas en el Aula Magna del Hosp. "J. P. Garrahan"

Participarán como disertantes entre otros los Dres. Moizeszowicz, Frieder, Waisburg, Chamo-

les, Ulnik, Barrera, Stagnaro y los miembros de los equipos de interconsulta de los hospitales "J. P. Garrahan" y "R. Gutiérrez". Los directores y Jefes de Servicio de las instituciones auspiciantes Dres. Barrera, Fernández Landoni, Yunes y Pattin cerrarán las Jornadas con una mesa redonda de síntesis de lo discutido.

La coordinación y Secretaría de las Jornadas están a cargo de los Dres. H. Massei y J. C. Stagnaro

Informes e inscripción en la redacción de Vertex: Callao 157 P. B. "C", Tel.: 49-0690 de 10 a 16 horas y en las Secretarías de los Servicios auspiciantes.

dos y técnicas de la administración sanitaria en términos de la planificación, conducción y evaluación de programas y servicios

- Redefinir los distintos modelos y técnicas asistenciales y preventivas
- Elaborar el perfil de los agentes de Salud Mental requeridos para el proceso de cambio
- Capacitar en técnicas estadísticas y registros de salud
- Capacitar en técnicas de presentación escrita y oral de proyectos y evaluaciones, con monografías pertinentes

Dirección y Coordinación a cargo de:
Director General:

Dr. Juan Pablo Abadie. Profesor Adjunto de Salud Mental, UBA.

Director Asociado:

Lic. Leonardo Daino. Antropólogo, Docente con dedicación exclusiva de la Escuela de Salud Pública

Coordinador General:

Dr. David Silva

Informes en sede de APSA

Nueva dirección de APSA: San Martín 579 2° piso, Cap. Federal.
Tel.: 393-3381/3129/3059

RUSSELL - Base de datos en psicoanálisis Sistema de informatización bibliográfica psicoanalítica

CON RUSSELL USTED PODRA

- Tener en su computadora las referencias de más de 20.000 trabajos psicoanalíticos y libros de todas las corrientes en castellano, francés e inglés. Las actualizaciones mantendrán su Base al día
- Efectuar fácil y rápidamente búsquedas en pantalla. El sistema permite consultar cada vez uno o varios temas y/o autores y/o publicaciones y/o fechas. El diseño de la interacción entre **RUSSELL** y el usuario hace posible una utilización muy sencilla y fácil de aprender, aun para quien no posea conocimientos específicos de computación.
- Incluir en el sistema sus propio resúmenes, palabras clave, notas, comentarios, etc. Administrarlos y recuperarlos con todas las prestaciones y la potencia de la Base de Datos.
- Implementar las aplicaciones que su ingenio le inspire

RUSSELL cuenta con el auspicio del Centro Argentino de Información Científica y Tecnológica (CAICYT), dependiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

Director de **RUSSELL**: Dr. Jorge Bekerman
Médico Psiquiatra, psicoanalista.

DEMOSTRACIONES DE RUSSELL EN COMPUTADORA

- En **RUSSELL** o bien en el domicilio o consultorio del interesado, posea o no computadora. Si posee computadora también puede solicitar le sea enviado en diskette de autodemstración.

PRECIOS PROMOCIONALES POR PRESENTACION - FACILIDADES DE PAGO
DESCUENTO ESPECIAL PARA SUSCRIPTORES DE VERTEX
RUSSELL: Pte. Perón 1730, 4° 58 - (1037) Buenos Aires - Tel.: 49-8301